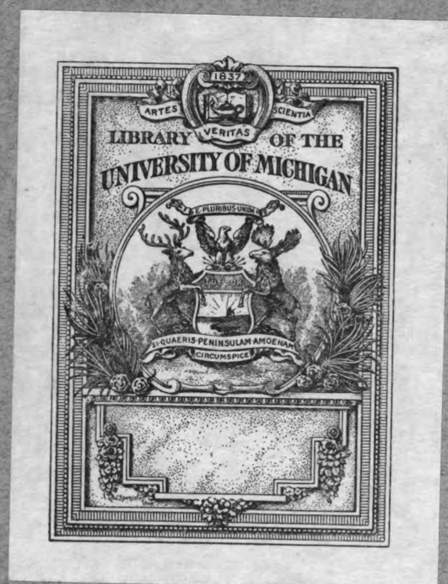

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig**, St. Petersburg. **Dr. O. Brehm**, Libau. **Dr. X. Dombrowski**, St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne**, Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser**, St. Petersburg.

Dr. P. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand**, Mitau. **Dr. W. Kernig**, St. Petersburg. **Dr. L. v. Lingen**, St. Petersburg. **Prof. O. v. Petersen**, St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann**, Moskau.

Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling**, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach**, St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen**, St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann**, St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen**, Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio, Jurjew (Dorpat), **Dr. Johannes Krannhals**, Riga, und **Dr. Paul Klemm**, Riga.

herausgegeben von

Dr. Franz Dörbeck.
St. Petersburg.

XXXV. JAHRGANG.

ST. PETERSBURG.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp., № 15.

1910.

Типографія А. Э. Винеке, Екатерингофскій пр., № 15.

INHALTSVERZEICHNIS.

Originalien.

Verhandlungen medicinischer Gesellschaften, Congressberichte u. Berichte aus Heilanstalten.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

Feuilleton.

Nekrologe.

Sachregister.

Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Artikel.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

X.

Z.

Autorenregister.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

№ 1 St. Petersburg, den 2. (15.) Januar 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Ueber die häufigsten Berührungspunkte zwischen Neurologie und Gynäkologie.

Referat, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress zu Dorpat.

Von

Dr. W. v. Holst.

Gewisse wechselseitige Beziehungen zwischen den Frauenkrankheiten und Nervenleiden sind den Aerzten aller Zeiten aufgefallen.

Man darf sogar behaupten, dass die Bedeutung der Generationsvorgänge und Genitalerkrankungen für das Gemüts- und Nervenleben der Frau von ärztlicher Seite oft zu hoch veranschlagt worden ist.

So entdeckte man im Uterus, den man zur Zeit des Hippokrates für ein besonderes, bewegliches Tier hielt, den Ausgangspunkt der meisten nervösen Beschwerden und ehrte ihn über Gebühr, indem man von ihm den Namen einer verbreiteten Nervenkrankheit herleitete.

Dem ärztlichen Beispiel folgend, gewöhnte sich jedermann daran, bei den Frauen so ziemlich alle Leiden kurzer Hand auf Geschlechtsvorgänge zurückzuführen, und der Goethesche Ausspruch vom tausendfachen Ach und Weh, das nur von einem Punkte zu kurieren wäre, entsprach nicht nur vor hundert Jahren der Allerweltsweisheit.

Als um die Mitte des vorigen Jahrhunderts Scanzoni in Würzburg und bald darauf Amann in München als erste unter den Gynäkologen den „Einfluss der weiblichen Geschlechtskrankheiten auf das Nervensystem mit besonderer Berücksichtigung des Wesens und der Erscheinungen der Hysterie" genauer Untersuchung und kritischer Beurteilung unterzogen, hatte sich der Standpunkt der damals massgebendsten Neurologen Deutschlands in der genannten Frage noch wenig vom hippokratischen entfernt. Romberg erklärte die Hysterie als eine „von Genitalreizung ausgehende Reflexneurose" und Leubuscher führte die „Störungen der weiblichen Genitalfunctionen" als den hauptsächlichsten Ausgangspunkt der Hysterie an. „Eine jede pathologische Veränderung des Uterus, der Ovarien, der Tuben kann und hat Hysterie in ihrem Gefolge, eine Tatsache, welche auch durch die Resultate der Therapie bekräftigt wird".

Ob diese Auffassung noch gegenwärtig vertreten werden kann, soll unter Weglassung aller noch so interessanten Theorien in den hier folgenden beiden Referaten untersucht werden. Eine „vollständige" Aufzählung der weniger verbürgten als durch ihr Alter geheiligten Belege für die wechselseitigen Beziehungen zwischen Frauen- und Nervenleiden wird hier nicht angestrebt. Dagegen dürfte aus praktischen Gründen der Versuch gerechtfertigt sein, aus der Menge scheinbar netzartiger Verknüpfungen zweier Specialgebiete von beiden Seiten aus die wichtigsten Punkte aufzusuchen, und dazu erbitte ich mir jetzt Ihre Aufmerksamkeit.

An erster Stelle sollen die Hauptphasen des weiblichen Geschlechtslebens vom Gesichtspunkt des Nervenarztes, d. h. soweit sie die Veranlassung zu nervösen Beschwerden oder Erkrankungen bilden, besprochen werden.

Wenn ich mit den Menstruationsstörungen beginne, so geschieht es nicht blos wegen der natürlichen zeitlichen Reihenfolge, sondern noch mehr, weil sie meiner Erfahrung nach uns Nervenärzte besonders häufig beschäftigen. Da aber die Menstruationsstörung meist nicht den einzigen Grund zu unserer Befragung ausmacht, so muss man sich von selbst danach erkundigen, um dem verbreiteten Vorurteil entgegenzutreten, dass die Menstruationsbeschwerden für den Nervenarzt keinerlei Interesse hätten. Nur ausnahmsweise und dann nach vorangegangener Erhebung eines negativen Lokalbefundes duch den Frauenarzt haben wir mit den leichteren Graden von Dysmenorrhoe zu tun, die durch Kreuzschmerzen, Ziehen im Unterleib und in den Oberschenkeln gynäkologisch charakterisiert sind. Doch müssen wir sie kennen als den Uebergang von der Norm des

gesunden Weibes zu den schwereren Fällen. Nach der Häufigkeitsskala meiner Aufzeichnungen, die keinerlei statistische Bedeutung beansprucht, treten einzeln oder vereint zu den vorher genannten Symptomen körperliche Mattigkeit, Herzklopfen, Uebelkeit, Verstopfung oder Durchfall, Kälte an Händen und Füssen und Absonderung eines übelriechenden Schweisses.

In einer zweiten Gruppe geben migräneartige Kopfschmerzen, die vor, während oder nach der Periode auftreten, in wechselnder Vereinigung mit den früher erwähnten Beschwerden die Veranlassung zur Consultation des Nervenarztes. Nicht klein ist die Zahl der unverheirateten Frauen, Bonnen, Lehrerinnen, Telephonistinnen, Kassiererinnen, bei denen diese Kopfschmerzen sich als nur zu treue Begleiter jeder Menstruation bis hinauf ins Klimacterium erweisen. Zu den Kopfschmerzen gesellen sich psychische Schwäche- und Reizerscheinungen, wie enorme geistige Ermüdbarkeit und dadurch bedingte Leistungsunfähigkeit, oder eine Reizbarkeit, die bei der numerisch kleinsten Gruppe in Erregungszuständen ihren stärksten Ausdruck findet.

Die mannigfaltigen Combinationen dieser Typen untereinander bedürfen keiner besonderen Schilderung. Aber ausdrücklich sei noch einmal betont, dass zur Erklärung der Beschwerden hinreichende genitale Veränderungen in fast allen Fällen, von denen hier die Rede ist, teils auf meine Veranlassung von gynäkologischer Seite ausgeschlossen worden waren. Aufklärung und Hilfe wurden vom Nervenarzt verlangt.

Dass auch die Neurologen bei ihren Erklärungsversuchen der Menstruation im Hypothesendunkel tappen, darf man ihnen als Outsiders nicht verübeln. Sie sind, soweit ich sehe, geneigt, sich der Auffassung anzuschliessen, die bei der Menstruation nicht nur an Vorgänge in den Geschlechtsorganen, sondern im Gesamtorganismus und besonders im Gefäss- und Nervensystem denkt. Diesen periodischen Vorgängen erweist sich zwar das rüstige Nervensystem des normalen Weibes durchaus gewachsen, ein widerstandsunfähigeres dagegen nur notdürftig. So wenig gewachsen, wie beliebigen anderen Anforderungen des Lebens.

Diese Widerstandsunfähigkeit darf als gemeinsames und daher wichtigstes Zeichen der functionellen Neurosen gelten, die dank ihres Symptomenreichtums in keiner medicinischen Specialität ganz fehlen. Besonders reich gesegnet mit erkannten und unerkannten Neurosen ist die Sprechstunde des Frauenarztes. Daraus ergibt sich für ihn die Notwendigkeit, über die exacten, aber tatsächlich oft belanglosen pathologischen Localbefunde hinüber zu der möglichst verständnisvollen Berücksichtigung der nervösen Gesamtconstitution zu gelangen.

Denn in einer kaum hoch genug veranschlagbaren Zahl müssen die dysmenorrhoischen Beschwerden und die hinzukommenden psychisch-nervösen Erscheinungen blos als Ausdruck eines versagenden Nervensystems aufgefasst und dementsprechend behandelt werden. Von einer differentialdiagnostischen Besprechung der in Frage kommenden Neurosen muss aus Zeitmangel abgesehn werden.

Es kommt auch für den Nichtneurologen in letzter Linie auf eine Diagnose an, die den neusten Begriffsumgrenzungen der stets im Fluss befindlichen psychiatrischen Systematik gerecht wird. Nur die Erkenntnis der nervösen Widerstandsunfähigkeit als Voraussetzung aller weiteren krankhaften Erscheinungen ist hier von entscheidender Bedeutung. Nicht immer liegt sie klar am Tage, und ausserdem widerstrebt die Vertiefung in ungreifbare Zustände an und für sich oder als unwissenschaftlich manchem, der im befriedigenden Bewusstsein moderner Exactheit zu arbeiten gewohnt ist.

„Es ist aber und bleibt so", wie Martius kürzlich betont hat, „mag das Missbehagen der einseitig Exacten auch noch so gross sein, die functionellen Abweichungen, die sich weder anatomisch, noch chemisch, noch etwa bakteriell fassen lassen, sie bestehen und verlangen ihr Recht auf Beachtung und Behandlung". Und wer Forels Verdienste um die Erforschung sexueller Fragen genügend einschätzt, wird ihm eine Mahnung nicht verübeln, die er folgendermassen formuliert: „Ich will aber noch ganz im Allgemeinen bemerken, dass Specialärzte sehr häufig den grossen Fehler begehen, Zustände local an den Geschlechtsteilen zu behandeln, deren Ursache allein in den Gehirnfunctionen liegt und daher nur durch psychische Behandlung beseitigt werden könnte. Ich nenne z. B. einen grossen Teil der Menstruationsstörungen der Frauen".

Wir wenden uns jetzt einer Menstruationsanomalie zu, die weniger durch subjective Beschwerden, als durch die von altersher mit ihr verknüpften Befürchtungen weibliche Gemüter erregt und zur Befragung des Arztes veranlasst, dem Ausbleiben der erwarteten Periode — der Amenorrhoe. Abgesehen von der allbekannten Sistierungsmöglichkeit durch Schreck oder Gemütsbewegungen anderer Art, kommt auf constitutionell-nervöser Grundlage Amenorrhoe nicht selten auch ohne jede Gelegenheitsursache vor. Bei Blutarmut, Fallsucht, Tuberculose hat man bei gleichfalls normalem Genitalbefunde meines Wissens schon weit früher dieselbe Beobachtung gemacht. Falls man unter Berücksichtigung des nervösen Allgemeinzustandes zur richtigen Auffassung von der Bedeutungslosigkeit des Symptoms im gegebenen Fall gelangt, so kann man meist durch die dementsprechende beruhigende Versicherung die Befürchtungen der besagten Patientin zerstreuen. Während der Amenorrhoe bei den functionellen Neurosen somit wenig praktische Bedeutung zukommt, muss sie als Frühsymptom schwerer Psychosen weit mehr als bisher berücksichtigt und diagnostisch verwertet werden. Es sei mir gestattet, an das volkstümliche Missverständnis anzuknüpfen, das da heisst: sie verlor ihre Periode und wurde dadurch geisteskrank. Erst die Umkehrung dieses Satzes trifft den richtigen Sachverhalt, denn weil sie im Begriff war, geisteskrank zu werden, blieben ihre Menses aus. Diese Tatsache dürfte keinem praktischen Arzt unbekannt sein, nicht nur aus diagnostischen Gründen, denn wie sinnlos und schädlich unter solchen Bedingungen eine Localbehandlung ist, um die allerdings die Patientin in der falsch gedeuteten Angst ihres Herzens gerade bittet, bedarf keiner Betonung. Man hat der Kraepelinschen Ansicht nach bei der grossen Gruppe von Verblödungspsychosen, die er unter dem Namen Dementia praecox zusammenfasst, da alle erkennbaren äusseren Ursachen fehlen, mit der Möglichkeit einer Selbstvergiftung zu rechnen, die in näherem oder entfernterem Zusammenhang mit den Geschlechtsorganen stehen könnte. Unter anderem zeigt sich dieser Zusammenhang in Menstruationsstörungen, vorwiegend Ausbleiben der Menstruation bei 18% der erkrankten Frauen. Bei Besserung des Zustandes tritt mit der Zunahme des Körpergewichts auch die Periode wieder auf, wenn gleich diese beiden Restitutionszeichen, da sie sich auch beim Fortschritt der Verblödung vorfinden, keine eindeutige Wertung zulassen. Für weitere psychiatrische Einzelheiten gebricht es an Zeit, und es sei daher nur noch einmal die Amenorrhoe als unter Umständen ominöses Signal Ihrer Beachtung empfohlen.

Beim unbeschränkten Symptomenreichtum der functionellen Neurosen überrascht es nicht, dass das extreme Gegenteil der Amenorrhoe, die habituell zu frühe oder zu reichliche oder zu langanhaltende Menstrualblutung, die Menorrhagie, auch ohne pathologischen Genitalbefund mit und ohne Gelegenheitsursachen auf constitutionell-nervöser Grundlage nicht selten vorkommt.

Oft spielen Schreck oder Ueberanstrengung die aus-

lösende Rolle. Aber auch mangelhafte Schonung während einer Menstruation verstärkt bei disponierten Persönlichkeiten, wie ich mehrfach feststellen konnte, die nächstfolgende. Im Anschluss an den gesteigerten Blutfluss sei erwähnt, dass auch weisser Fluss bei nervösen Frauen ohne locale Krankheitsgründe von andern und mir vielfach beobachtet wurde.

Bei einer Dame meiner Clientel trat Fluor albus und nervöses Unbehagen auf, nachdem ihr von chirurgischer Seite Thyreoidintabletten verordnet waren. Beides gab sich sofort nach Weglassung der Tabletten.

Im Anschluss an die Menstruationsstörungen des geschlechtsreifen Weibes sollen jetzt die nervösen und psychischen Erscheinungen besprochen werden, die das Aufhören der Menses unter gewissen Umständen kennzeichnen.

Dass das Erlöschen der Geschlechtsreife für den weiblichen Organismus nicht nur einen indifferenten Wegfall, vielmehr eine Anpassung an neue Verhältnisse bedeutet, ist allbekannt. Doch wie die Menstruation beim normalen Weibe unter geringfügigen Beschwerden einhergeht, so kommt die Mehrzahl gesunder Frauen ohne sonderliche Leiden über die sog. kritischen Jahre hinweg.

Die gegenteilige Ansicht, dass fast jede Frau eine climacterische Neurose durchzumachen habe, die von einigen Aerzten vertreten wird, widerspricht den Erfahrungstatsachen. Dagegen unterliegt keinem Zweifel, dass die Wechseljahre für widerstandsunfähige Constitutionen eine gefährliche Klippe bedeuten. Der Nervenarzt wird am häufigsten wegen der von Kisch ausführlich geschilderten vasomotorisch-parästhetischen Erscheinungen aufgesucht. Es sind das die Wallungen, das Gefühl, als ob ein heisser Strom von den Füssen zum Kopf aufsteige, im Zusammenhang damit Schwindel und Ohrensausen, Kälte- und Vertaubungsgefühl in Händen und Füssen, Unruhe in den Beinen, speciell vor dem Einschlafen. Ferner hypochondrische Anwandlungen, wie die Furcht vor dem Gebärmutterkrebs, genährt durch die Metrorrhagien, oder Angstgefühle mit und ohne Herzklopfen.

Zu diesen körperlichen Symptomen gesellt sich häufig eine anhaltend trübe Stimmung. Nur für eine verschwindend geringe Anzahl lebenslustiger Frauen wird man als Grund der Verstimmung den sog. officiellen Abschied von Jugend und Lebensgenuss gelten lassen.

Bei der überwiegenden Mehrzahl ist von psychologischer Motivierung als zureichendem Grunde nicht die Rede, sondern es handelt sich um einen tieferen inneren Zusammenhang, der in der Psychose des Rückbildungsalters, der sog. Involutionsmelancholie Kraepelins, seinen unzweideutigsten Ausdruck findet. Dass diese Begriffsumgrenzung angegriffen und zum Verlaufsabschnitt der periodischen Depression gestempelt wurde, ist für unsere Fragen belanglos, da an dem Wesen und der Häufigkeit des Symptomenbildes durch Differenz in der systematischen Placierung nichts geändert wird.

Die Entwickelung dieser Geisteskrankheit vollzieht sich allmählich, mit oder ohne gewöhnliche climacterische Beschwerden. Die Kranken werden arbeitsunlustig, niedergeschlagen, ängtlich, weinerlich, von Befürchtungen und Zweifeln gequält. Sie fühlen sich schwer krank, werden aber oft für hysterisch im übel-vulgären Sinn gehalten. Wenn irgend möglich, so muss schon in diesem Stadium jeder Arzt den Ernst der Situation soweit durchschauen, dass er für Hinzuziehung eines Psychiaters Sorge trägt. Der Schaden, den therapeutische Polypragmasie anrichtet, kann irreparabel werden, und nur Ruhe erweist sich als nützlich, am besten als absolute Bettruhe in einer Specialanstalt. Im späteren Verlauf wird die Erkrankung der Psychose durch Wahnbildung, vorherrschend Verständigungs- und Beeinträchtigungsideen erleichtert.

Nicht selten verrät der Gesichtsausdruck eine ängstliche Spannung, und die Angst ist es, die solche Kranke gefährlich werden lässt, sei es durch Suicidneigung sich selbst, oder gelegentlich auch ihren nächsten Angehörigen, die sie vom Fluch dieses Daseins erlösen wollen.

Der Krankheitsprocess kann sich auf Monate und Jahre erstrecken, und seine Prognose ist nach Kraepelins Erfahrung nicht allzu günstig, da nur 32% seiner Kranken zur völligen Genesung gelangten.

Der praktische Arzt muss mit dem Vorkommen dieser Krankheit vertraut sein, da es in seine Hand geleg ist, die Heilungsaussichten durch Vermeidung der falschen und frühzeitige Einleitung der richtigen Behandlung erheblich zu steigern.

Ueber die nervösen Begleiterscheinungen von Schwangerschaft und Wochenbett kann ich aus eigener Erfahrung nichts berichten. Sobald eine Frau, und sei es auch ohne stichhaltigen Grund, wie bei der eingebildeten Schwangerschaft, sich einmal für schwanger hält, so wendet sie sich an den Frauenarzt, und es ist durchaus zweckmässig, dass sie sich von da an in allen Schwangerschaftsnöten an ihn hält, Der Umstand, dass es auch auf diesem Gebiet an interessanten Grenzfragen nicht fehlt, ändert nichts am altbewährten Brauch. Mit der Uebelkeit, den neuralgiformen Zahn- und andern Schmerzen, den Geschmacksgelüsten ist der Frauenarzt besser vertraut und dem unstillbaren Erbrechen, einerlei ob es hysterisch oder autotoxisch bedingt sei, vermag der ausnahmsweise in einem verzweifelten Fall hinzugeholte Nervenarzt auch nicht sogleich Halt zu gebieten. Seine Hinzuziehung möge man daher m. E. auf die schweren Choreafälle, die gewöhnlich im Anfang, und die Psychosen, die häufiger in den letzten Monaten der Schwangerschaft auftreten, beschränken. Ungefähr derselbe Gesichtspunkt sollte für das Wochenbett gelten.

Schwangerschaft und Wochenbett spielen in der Aetiologie der Psychosen keine ganz unbedeutende Rolle, doch nur als auslösende Gelegenheitsursachen. Weder die Fürstnersche Paranoia hallucinatoria noch irgend eine andere Geistesstörung wird von der Kraepelinschen Schule als specifische Graviditäts- oder Puerperalpsychose anerkannt, da sich bei sorgfältiger klinischer Beobachtung ergibt, dass auch Einzelschübe der Katatonie, sowie Phasen des manisch-depressiven Irreseins und acute Amentia im Anschluss an Schwangerschaft und Wochenbett aufzutreten pflegen, je nach der Disposition der betreffenden Frauen. Eine Gesetzmässigkeit liess sich nicht herausfinden, und auch nicht jedes Wochenbett löste die Erkrankung aus, sondern es können normale Puerperien mit solchen, die zur Geisteskrankheit führen, abwechseln. Die rechtzeitige psychiatrische Versorgung versteht sich auch hier von selbst.

Bevor ich zu den gynäkologischen Erkrankungen übergehe, die für den Nervenarzt praktische Bedeutung haben, — von einer Besprechung der organischen Nervenkrankheiten, die den Frauenarzt interessieren könnten muss wegen Zeitmangel abgesehen werden, — erwächst mir die Verpflichtung, mit einigen Worten die gesundheitliche Bedeutung des Geschlechtsverkehrs für das Nervenleben der Frau zu streifen.

Aus alten Zeiten ist auch auf unsere Generation noch die Ansicht überkommen, dass Mangel an Geschlechtsverkehr auf die Dauer das Gesamtbefinden der Frau ungünstig beeinflussen könne.

Die geschlechtliche Enthaltsamkeit, zu der junge Mädchen, Witwen und alte Jungfern verurteilt sind, wurde als Quelle hysterischer und anderer Leiden angesehen. Gewiss lag dieser Beobachtung ein wahrer Kern zu Grunde, falsch war nur die Erklärung, dass die unbefriedigten geschlechtlichen Wünsche, die im Geheimen nagen sollten, an allem Unheil schuld wären, und ebenso falsch, dass deren Befriedigung Hysterie, Blutarmut und

andere Krrankheiten wie mit einem Zauberschlage heile. Denn nicht die Ausübung der nie gekannten und darum wohl nicht gar so heiss ersehnten Geschlechtsfunctionen trug beim Eintritt der jungen Mädchen in die Ehe zur Besserung ihrer Gesundheitsverhältnisse bei, wie das kurzsichtig-cynische Urteil besagte, sondern die günstige Veränderung ihrer gemütlichen und gesellschaftlichen Lage. Die bisher zwecklos wartende Jungfrau hatte einen Lebenszweck und mitunter am Gatten eine Stütze erhalten. Wo materielle Bedürftigkeit vorlag, war Sicherstellung eingetreten. Wer vorurteilslos beobachtet, dem kann es nicht entgehen, wieviel leichter als Männer gesunde Frauen und besonders Jungfrauen geschlechtliche Enthaltsamkeit ertragen. Aber das untätige und zwecklose Dahinwelken der wohlhabenden, die Sorgen und Widrigkeiten der unbemittelten Mädchen dürfen als psychische Schädlichkeit nicht unterschätzt werden. Die alte Auffassung von den üblen Folgen der Enthaltsamkeit gehört ins Reich der Fabel!

Nicht über die Heilkraft des Geschlechtsverkehrs sondern über die nur zu hohen Ansprüche der ehelichen Pflichten an das Nervensystem widerstandsschwacher Frauen können wir Nervenärzte ein Lied singen.

Schwangerschaft, Wochenbett und daraus folgende Erkrankungen, Sorgen um Mann und Kind, nicht zu reden von ehelichen Zwistigkeiten, die in hoffnungslosen Fällen Trennung der Gatten als einzigen Ausweg erscheinen lassen, fallen gegenüber der Ehelosigkeit als schwächende Factoren beim widerstandsunfähigen Nervensystem schwer in die Wagschale. Dass es äussere Verhältnisse gibt, unter denen der normale Geschlechtsverkehr als beruhigender Abschluss gesundheitsfördernd wirken kann, soll nicht bestritten werden.

Ich denke dabei an die fortgesetzte sexuelle Reizung, wie sie bei langwährendem Brautstand vorkommt, ohne zum normalen Abschluss zu führen, die sog. frustrane Erregung.

Unter den Folgen frustraner Erregung haben ferner die Frauen impotenter Männer zu leiden, doch wird die Impotenz des Gatten von der in ihren berechtigten Ansprüchen enttäuschten Frau für alles und jedes verantwortlich gemacht. Ich sage das unter dem Eindruck einer kürzlich gemachten Erfahrung, die ich in gedrängter Fassung erzählen möchte. In meiner dauernden Behandlung befindet sich ein junges Ehepaar, er wegen Impotenz, sie wegen nervöser Beschwerden, die sie mit Bestimmtheit auf seine immer wieder missglückenden Cohabitationsversuche zurückführt. Ich hatte keine Veranlassung, ihr zu misstrauen, und gab die Berechtigung ihrer Erklärung zu. Während einer Auslandreise ohne den Gatten verschwinden angeblich alle ihre Beschwerden, doch kaum nach Riga zurückgekehrt, klagt sie unter Hinweis auf dieselbe Ursache von neuem über die nervösen Beschwerden. Wegen ausbleibender Menses und infolge ihrer Angst vor einem Unterleibsleiden empfahl ich zu ihrer offensichtlichen Befriedigung Consultation eines Frauenarztes. Am Tage nach dieser Consultation erklärte sie mir, sie hätte nur aus Angst vor am Ende eingetretener Schwangerschaft die Hinzuziehung des Frauenarztes so sehr ersehnt. Ihr Liebhaber zeichne sich durch grosse sexuelle Leistungsfähigkeit aus, und im Hinblick auf die über allen Zweifel erhabene Impotenz ihres Mannes hätte eine Schwangerschaft den letzten Rest ehelichen Friedens vertrieben oder eine Scheidung herbeigeführt, die sie des Skandals wegen keineswegs wünsche. Nach Ausschliessung der Schwangerschaftseventualität hätten ihre Beschwerden sofort nachgelassen. Sie sehen, selbst die notorische Impotenz des Gatten darf nicht unter allen Umständen als gesundheitsschädigender Factor auf Treue und Glauben acceptiert werden.

In der deutschen medicinischen Literatur wird die Durchschnittsfrau als sexuell mehr oder weniger frigid geschildert, und dieses übereinstimmende Urteil kann nicht aus der Luft gegriffen sein. Nur darf sich, wie mir scheint, der Irrtum nicht einbürgern, dass sexuelle Frigidität bei der Frau die Norm bedeutet. Unter den grossen klinischen und poliklinischen Zahlenreihen, auf die sich manches derartige Urteil stützt, finden sich in überwiegendem Procentsatz ärmere Frauen. Dass denen unter Krankheit, Müh und Not die Sinnlichkeit vergeht, selbst wenn sie keine durch Trunk verrohte Männer haben, wird niemand wundern. Und auch die Frauen des Mittelstandes müssen vielfach ihre letzten Kräfte in der Sorge um Kinder, Haushalt oder gar Nebenerwerb darangeben, so dass sie vor der Zeit verbraucht sind. Wo aber diese Schädigungen nicht mitwirken und wo die Ehe nicht ausschliesslich aus sog. Vernunftgründen ohne jede Liebesleidenschaft geschlossen wurde, darf, von seltenen individuellen Ausnahmen abgesehn, die völlige Frigidität der Frau nicht als Normalzustand angesehen werden.

Als Grundlage unserer bisherigen Besprechung haben die Hauptphasen und Aufgaben des weiblichen Geschlechtslebens gedient. Weit schwerer fällt die Beurteilung einiger häufig vorkommender gynäkologischer Erkrankungen rsp. Anomalien, die man bisher als ursächlichen Ausgangspunkt nervöser Leiden aufgefasst hat. Erosionen an drr Portio, Cervixstenose, Endometritis, Ovarialerkrankungen, vor allem aber die bewegliche Retroversio-flexio uteri gravidi wurden für die Entstehung eines nervösen Symptomencomplexes verantwortlich gemacht, der sich von seinem anfänglichen Sitz im Gebiet des Plexus lumbalis und sacralis allmählich über so ziemlich das ganze Nervensystem erstrecken sollte.

Hegars Beschreibung dieser Erscheinungen, die er mit dem Namen Lendenmarkssymptome belegte, lasse ich hier folgen: „Weh und Gefühl der Abgeschlagenheit im Kreuz, Ziehen und Reissen in den Hüften und Beinen, Halblähmung der unteren Extremitäten, Coccygodynie, Anästhesie und Hyperästhesie des Introitus vaginae, Beschwerden bei der Harn- und Stuhlentleerung; oft gesellt sich eine Neurose in Körperteilen hinzu, welche entfernter von den Sexualorganen liegen, und Erscheinungen in Nerven, welche aus höheren Abschnitten des Rückenmarks entspringen; dahin gehören Intercostalneuralgien, Mastodynie, Cardialgie, Erbrechen, Globus Aphonio, Husten, Asthma, Delirium cordis und andere"

Mehr Spielraum für krankhafte Aeusserungen der angenommenen primären Genitalveränderung kann man in der Tat nicht verlangen, denn selbst an die abgelegensten Fernwirkungen ist bei der Hegarschen Aufzählung vorsorglich gedacht.

Zugegeben, dass Reize aller, vor allem schmerzhafte Art von jeder Stelle des Körpers aus imstande sind nervöse Reactionen von längerer Dauer hervorzurufen so scheint doch bei der Auffassung geringfügiger Genitalveränderungen als Ursache so schwerer nervöser Störungen ein Missverhältnis vorzuliegen. Umsomehr da nach den gynäkologischen Erfahrungen selbst die schwersten carcinomatösen Processe an den weiblichen Genitalien ohne nennenswerte nervöse Begleiterscheinungen zu verlaufen pflegen.

Und in der Tat ist die Hegarsche Lehre im Lage der Gynäkologen seit 14 Jahren auf immer häufigere Widerspruch gestossen. Theilhaber und Krönig gebührt das Verdienst, diese Beziehungen vom Jahr 1895 an wiederholt unabhängig von einander untersucht zu haben, und sie sind es, die auf Grund zuverlässiger klinischer und poliklinischer Beobachtungsreihen als erste der Ansicht Geltung verschafft haben, dass die Hegarsche Lehre, die sich übrigens in vielen Punkten mit den Ansichten von Schultze deckt, dass die Lehre von der Abhängigkeit der mannigfaltigsten ne

vösen Symptome von einem der vorher genannten Frauenleiden strenger Kritik nicht Stand halte.

Schon in Berlin hatte Winter sich dieser Auffassung auf Grund eigener ähnlichen Erfahrungen angeschlossen. Auch er erkannte, dass die uncomplicierte Retroversio-flexio im Gegensatz zur speciell Schultzeschen Meinung beschwerdefrei bestehe und mithin eine bedeutungslose Lageanomalie darstelle, eine Anschauung, die durch die Arbeit seines Schülers Schroeder in Königsberg noch weiter in dem Sinne gefestigt wurde, dass bei etwa ¼ aller Frauen Retroflexio ohne jegliches Symptom vorkommt.

Ferner erschien aus der Landauschen Klinik eine Arbeit, die durch eindeutige Zahlen auf die Incongruenz zwischen Lagecorrectur und nervösen Symptomen hinwies.

Aus einer Arbeit vom September vorigen Jahres aus der Pfannenstielschen Klinik geht hervor, dass auch dort die Theilhaber-Krönigsche Auffassung seit Jahren voll acceptiert ist, während Zweifel und Fehling bisher auf dem Hegar-Schultzeschen Standpunkt verharren. Nur in einem Punkt ist zwischen den Gynäkologen eine Verständigung erzielt worden, in der Erkenntnis von der Bedeutungslosigkeit kleincystischer Degeneration der Ovarien, die früher nach Batteyr und Hegars Beispiel wegen ihrer vermeintlichen Bedeutung für die Entstehung von Nervenleiden als vollwertige Indication für die Castration des Weibes galt. Jetzt werden statt der früheren Lobeserhebungen nur noch Warnungen vor den Folgen der Castration veröffentlicht.

Im Hinblick auf diesen Abweg der operativen Gynäkologie versteht man den Ausspruch des norwegischen Gynäkologen Vedeler aus dem Jahre 1886: „der Gynäkolog rühmt sich, Chirurg geworden zu sein, es ist aber hundertmal mehr Anlass für ihn vorhanden, sich als Neuropathologe zu zeigen".

Der damals treffende Ausspruch hat in den zwei Jahrzehnten in sofern an Gültigkeit eingebüsst, als man heute den unermesslichen Segen, den die operative Gynäkologie der leidenden Frauenwelt gebracht hat, nur rückhaltslos anerkennen kann, während sich gegen die zweite Hälfte der Aeusserung weniger einwenden lässt. So wäre z. B. eine mehr neurologische Beurteilung der hyperästhetischen Zone, die im Hypogastrium und zwar öfter linkerseits gelegen ist, nicht vom Uebel. Besonders in der Anamnese einer grossen Zahl von Damen, die aus dem Reichsinnern zu mir kommen, spielt die chronische Oophoritis eine verhängnisvolle Rolle, indem sie die Veranlassung gab, das vielleicht ohne sie schon bescheidene Mass an Nervenkraft durch Ichthyol-, Moor- und Massagekuren, sowie durch die Vorstellung von einer bestehenden ernsten Erkrankung noch weiter herabzusetzen. Nur wenn die Autorität des früher befragten Gynäkologen zu schwer in die Wagschale fiel, wurde zu einer weiteren gynäkologischen Consultation geraten, sonst habe ich mich nach Berücksichtigung der Anamnese und auf Grund meines neurologischen Untersuchungsbefundes oft berechtigt gefühlt, das Vorliegen einer chronischen Oophoritis zum Nutzen der betreffenden Patientinnen rundweg in Abrede zu stellen. Ich kann mich des Verdachts nicht erwehren, dass Charcots irrtümliche Erklärung der Ovarie, nach der das Ovarium den schmerzhaften Ausgangspunkt gewisser reflectorischer Erscheinungen bildet, speciell in Russland zur Popularisierung der Oophoritisdiagnose beigetragen hat. Der Umstand aber, dass sich noch an anderen Stellen des Körpers hyperästhetische rsp. hysterogene Zonen finden, ferner, dass auch bei hysterischen Männern im linken Hypogastrium die Hyperästhesie nicht vergeblich gefühlt wird und schliesslich, dass nach der Landau-Remakschen sorgfältigen Untersuchung die Ovarie am deutlichsten bei Frauen, nachgewiesen werden konnte, denen die Eierstöcke exstirpiert worden waren, sollte zur äussersten Vorsicht bei der Begründung von Schmerzen durch chronisch erkrankte Ovarien mahnen. Die Frage der Existenz oder Nichtexistenz einer echten Ovarialneuralgie wird im Correferat behandelt werden, und auch in Betreff der gynäkologischen Reflexneurosen muss ich mich kurz fassen. Nach Fränkels Vorbild bezog man auf die Endometritis chronica atrophicans, also auch auf andere Genitalveränderungen, Erscheinungen wie Krampfhusten, Aphonie, Dyspepsie und heilte sie beispielsweise durch Einlegen eines Pessars. Da ex juvantibus Schlüsse als erlaubt gelten, so wurde der Nasenschleimhaut von Schiff und Fliess der Ehrenplatz eines besonders complicierten Reflexverhältnisses zu den Genitalorganen eingeräumt, und Cocainisierung sollte vorübergehend, Verätzung der Genitalstellen in der Nase auf die Dauer jede Dysmenorrhoe unmöglich machen. An den glänzenden therapeutischen Effecten brauchen wir nicht zu zweifeln, umso mehr an der Art ihrer Erklärung. Ein weiteres Eingehen auf diese teils gewagten, teils willkürlichen Behauptungen ist hier nicht möglich, nur soviel sei bemerkt, dass ihnen wenigstens der theoretische Boden durch die kritische Analyse des Leipziger Neurologen Windscheid entzogen worden ist. Praktisch hat diese Tatsache leider um soweniger zu bedeuten, als derartige Lehren immer wieder gestützt wurden durch die bekannten Wunderheilungen hysterischer Symptome mittelst Localeingriffen wie Aetzung einer Erosion oder Aufrichtung der Gebärmutter, die Laien und Aerzte in Staunen versetzten. Die Erkenntnis, dass es sich dabei fast ausschliesslich um Suggestiverfolge handelte, war erst der letzten Zeit vorbehalten. Wenn wir uns noch einmal die Seltenheit nervöser Begleiterscheinungen bei den schweren chronischen Genitalerkrankungen in Erinnerung rufen, wenn wir weiter durch Theilhaber und Krönigs katamnestische Nachforschungen erfahren, dass die Zahl der Dauererfolge, was die günstige Wirkung auf die nervösen Symptome betrifft nach operativen Lagecorrecturen, die ihren localen Zweck vollkommen erfüllt hatten, nur sehr gering war, wenn wir schliesslich die ausserordentliche Verbreitung der functionellen Neurosen mit in Betracht ziehen, so können wir der Schlussfolgerung, dass die nervösen Beschwerden irrtümlicherweise mit der gleichzeitig bestehenden Lageanomalie in Zusammenhang gebracht werden, unsere Zustimmung schwerlich versagen.

Was mich anlangt, so habe ich mich von der Richtigkeit der neuen Lehre durch so viele eigene Erfahrungen überzeugen können, dass mir der Gedanke an Causalnexus bei Coincidenz schwerer Neurosen mit geringfügigem gynäkologischem Localbefund schon lange nicht mehr zulässig erscheint. Die Gefahr dieser Annahme ist allerdings für den Neurologen von vornherein geringer, da ihm die „ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltige körperliche Störungen umsetzen können", geläufig ist.

Neben dem durch Stimmungsschwankungen, Unstetigkeit und Beeinflussbarkeit ausgezeichneten hysterischen Charakter sind jene leichten Umsetzungen nach Kräpelin und Möbius als Haupthandhaben für die Hysterieumgrenzung zu verwerten. Zieht man diese Verhältnisse in Betracht, so darf es einen nicht weiter wundern, dass autoritative ärztliche Aeusserungen über angeblich bedeutsame Localbefunde nicht resonanzlos verhallen, sondern ihre krankmachende rsp. symptomerzeugende Wirkung entfalten. Möge der Retroflexio das Schicksal der Wanderniere beschieden sein, die jetzt, nach einer Sturm- und Drangperiode — von seltenen, bedeutungsvollen Ausnahmen sei hier abgesehen — ein friedliches und

symptomenloses Dasein fristet, solange keine palpierende Hand sie zu unverdienter Bedeutung erhebt.

Die therapeutischen Schlüsse ergeben sich aus dem Gesagten von selbst und über zweckmässige Allgemeinbehandlung soll kein Wort verloren werden. Auch kann ich mir die Mühe sparen, gegen die lange fortgesetzten therapeutischen Localeingriffe, die noch mehr als Worte das Krankheitsbewustsein bestärken, zu Felde zu ziehn, da dieser Kampf zum Segen für die Frauen von Berufeneren geführt wird. Umso mehr sei, wo die allgemeine Behandlung versagt, der einmalige operative Eingriff empfohlen, teils weil er vielleicht in localer Hinsicht eine Erleichterung herbeiführt, die reizbaren Personen besonders zu gönnen ist, teils weil er unter Umständen durch die Suggestivwirkung, dass die Wurzel alles Uebels beseitigt wäre, den stärksten Anstoss zur weiteren Gesundung darstellen kann.

Mit der sonst verbreiteten Messerscheu wird man hier kaum zu rechnen brauchen, denn aus Behandlungs- und Beachtungsbedürfnis, Sensationslust und hysterischer Neigung zum Märtyrertum entspricht nicht selten eine passive Operationswut, die von Dr. v. Knorre treffend als furor operari bezeichnet worden ist. Noch vor wenigen Wochen wurde ich von einer jungen Hysterischen ganz im Allgemeinen um die Anordnung einer Operation gebeten, welcher, darauf kam es ihr nicht an.

Ausdrücklich betont sei zum Schluss noch folgender allgemeine Gesichtspunkt: Mögen diese Patientinnen auch noch so neurasthenisch oder hysterisch sein, so lange ihr krankhafter Grundzustand sich gynäkologisch äussert und sie sich „frauenleidend" fühlen, sollen sie unter Aufsicht des Frauenarztes bleiben. Seiner Autorität wird es mit Hilfe der einmaligen Operation oder gelegentlicher Controlluntersuchungen mit negativem Befunde am ehesten gelingen, die irrtümlichen aber festwurzelnden Krankheitsvorstellungen, die sich auf die Genitalveränderungen beziehen, zu beseitigen.

„Disposition oder Exposition"

Zur Frage der Pathogenese der Schwindsucht.

Von

Dr. S. Unterberger.

St. Petersburg.

„Disposition oder Exposition" und „Heredität oder Contagionismus" bedeuten in der Schwindsuchtsfrage im Grunde ein und dieselben Fragen. Diese Fragen sind nach den neuesten Forschungen über die Pathogenese der Krankheiten klar gestellt, aber leider noch nicht in das Bewusstsein der Aerzte ganz eingedrungen. Es handelt sich dabei, wie wir sehen werden, nicht um wesentliche Unterschiede sondern um graduelle, und um dieses wieder einmal klar zu stellen, dazu sollen folgende Zeilen dienen.

Von 12 an Tuberculose Verstorbenen gehören 11 der Schwindsucht an, und die Schwindsucht ist das Gebiet, auf welches ich die Aufmerksamkeit der Leser richten möchte.

Alle Infectionskrankheiten können nicht von einem Standpunkte aus betrachtet werden, wir müssen sie in Grenzen teilen. Zu der Gruppe Schwindsucht kann man noch Lues und Lepra *) zählen, weil bei diesen Infectionskrankheiten die Vererbung eine Rolle spielt und weil diese Krankheiten stets geherrscht haben und wohl nie aufhören werden.

Wer heutzutage wissenschaftlich die Disposition zur Schwindsucht discutieren will, muss sich vorerst mit dem Dispositionsbegriff als solchem auseinandersetzen. Wie müssen wissenschaftlich Stellung nehmen zu den modernen pathogenetischen Theorien, in denen die Disposition als ernst zu nehmendes wissenschaftliches Princip auftritt.

Welche Begriffe existieren aber noch immer unter den Aerzten über Disposition und Vererbung der Schwindsucht?

Während Koch im Jahre 1884 vorläufig die Annahme einer Disposition noch bestehen zu lassen meint, erklärt er auf dem Londoner Congress im Jahre 1901, dass die erbliche Tuberculose doch praktisch gar keine Bedeutung habe. Die Disposition gibt Koch zu, die Erblichkeit leugnet er, sagt Martius.

Dieser scheinbare Widerspruch erklärt sich aber sofort, wenn es nun klar wird, dass Koch nicht an die Vererbung im exact biologischen Sinne gedacht, sondern lediglich die germinative event. placentare Infection im Auge gehabt hat. Auch Behring spricht sich nicht biologisch exact aus, wenn er von praegenitaler und postgenitaler Heredität spricht. Gemeint ist wiederum nicht Vererbung, sondern Infection.

Solange angeborene Tuberculose mit erblicher Anlage zur Tuberculose resp. Phthise sogar unter Gelehrten verwechselt wird, lässt sich wissenschaftlich nicht streiten. Einer der ersten und wichtigsten Grundsätze wissenschaftlicher Discussion, sagt Martius, ist der, dass technische Ausdrücke und Begriffe, um deren sachlichen Inhalt der Streit sich dreht, in möglichst eindeutiger und scharf umgrenzter Bedeutung gebraucht werden. Ebenso wenig wie eine eigene Physik oder Chemie darf der Pathologe seine eigene Biologie zu seinem Privatgebrauch willkürlich sich zurecht machen.

Der moderne Forschergeist sucht nicht mehr im alten ontologischen Sinne das wahre „Wesen" der Krankheiten, Krankheitsursachen u. s. w. zu ergründen, sondern er beschreibt treu die beobachteten Vorgäng und sucht bei jedem Vorgange die demselben notwendig und zureichend, also ursächlich vorhergehenden Vorgänge Das ist sein Begreifen der Natur. Causa aequa effectum — das ist der Kern der neuen ener getischen Auffassung des Causalverhält nisses, in welchem sich die moderne auf dem Ge setze der Erhaltung der Kraft basierende Na turbeschreibung wesentlich von der alten Ontologie unter scheidet.

Die auslösenden (Mikroorganismen) und die au lösenden (körperliche Anlage) Kräfte bilden zu sammen die notwendige und ausreichende Ur sache der Infectionskrankheiten.

Von diesem Standpunkte aus ist es von vornherei falsch das Wesentliche, das Determinierende, das Spe cifische des Vorganges ausschliesslich in einem de

---

*) Anmerkung. Da Lepra und Schwindsucht unter den Infectionskrankheiten zu einer Gruppe gehören, so möchte ich hier die Ansicht Dr. Sands,—Trondhjem anführen die er auf der letzten Lepra-Conferenz in Christiania aussprach, die wenig bekannt ist, aber für die Hereditätsfrage sehr lehrreich ist. Dr. Sand, der auf eine 35-jährige Leprapraxis zurüc blickt, hat die Ueberzeugung, dass die Ansteckung des Au satzes nicht durch unmittelbare Uebertragung von Mens auf Mensch geschieht. Ueber die Hälfte der von ihm beobac teten 1500 Fällen erkrankten zwischen dem 20. bis zum 4 Lebensjahre. In 97 pCt. der 512 Lepra-Ehen blieb die ei Hälfte die ganze Zeit des Ehelebens gesund, bei den aus di sen Ehen stammenden Kindern seien in 25 pCt. späterhin Lep erscheinungen aufgetreten, — war die Mutter befallen, erkrankten die Kinder weit häufiger an der Lepra. Währe des 35-jährigen Bestehens des von Sand geleiteten Lepros riums sei keine Uebertragung in der Anstalt auf Gesun (Aerzte, Pflegepersonal) beobachtet worden. Sand spric sich entschieden für Vererbung der Anlage zur Lepra, t Erblichkeit aus.

beiden Momente, nur in der Anlage oder nur in dem krankmachenden Reize zu suchen.

Aus der Erfahrung lernen wir nun, wie weit es generelle, wie weit es individuelle Dispositionen gegenüber bestimmten Erregern gibt, und aus der Erfahrung erst ergeben sich für den Erreger die Patogenitätsverhältnisse, — dass er aber dabei stets nur Auslöser, nie Ursache der Krankheit ist, steht a prior fest vom Standpunkte des Energiegesetzes (Schlüter).

Gibt es zwischen den Individuen einer Gattung constitutionelle Unterschiede der Widerstandskraft gegen den Tuberkelbacillus, so existiert die tuberculöse Anlage, je nach der Grösse der Widerstandskraft variabel gross. Gibt es solche constitutionelle Unterschiede nicht, ist die Widerstandskraft aller Individuen der Gattung gegen den Bacillus gleich gross, so existiert nur die generell gleichmässige Disposition. Das letztere wäre natürlich in betreff der menschlichen Tuberculose sehr wohl theoretisch denkbar. Ist aber — wie sich zeigen wird — diese Annahme von der für alle Menschen gleich grossen Pathogenität des Tuberkelbacillus falsch, so muss notwendigerweise die individuelle tuberculöse Anlage als Tatsache angenommen werden.

Der Anhänger der individuellen Disposition erklärt die unbestreitbare und unbestrittene Tatsache, dass von zwei unter anscheinend ganz gleichen Lebensbedingungen lebenden Menschen der eine tuberculös erkrankt, der andere nicht, eben durch die Annahme der Mitwirkung einer individuellen Disposition bei dem Erkrankten, der Gegner erklärt dieselbe Tatsache durch den Zufall der Infection und will von besonderer Disposition nichts wissen. So bestreitet der Contagionismus auch das Vorhandensein einer erblichen Familienanlage zur Schwindsucht und bemüht sich beharrlich, die Tatsache, dass Kinder tuberculöser Eltern sehr häufig ebenfalls tuberculös werden, lediglich aus der für solche Kinder verstärkten Infectionsgefahr zu erklären.

Gilt der allgemeine Satz: keine Infectionskrankheit ohne lebende Erreger, so lässt sich derselbe jedoch keineswegs umdrehen. Nicht jeder Erreger ist ein Krankheitserreger. Auch bei der Tuberculose wissen wir jetzt sicher (Jersey), dass das Blut und die Drüsen überfüllt sein können mit Tuberkelbacillen ohne Tuberkelknötchen zu erzeugen. Es ist einleuchtend, sagt Martius, dass es wenig Sinn hat, diese physiologische Symbiose unter dem Gesichtswinkel der Infectionskrankheiten zu betrachten; für diese kommen eben nur pathologische Symbiosen in Betracht.

Den Gegensatz zwischen physiologischer und pathologischer Symbiose dachte man sich in der Anfangszeit der neueren bakteriologischen Aera als einen absoluten. Das folgt mit zwingender Notwendigkeit aus dem von vielen Autoren bis in die neueste Zeit hinein verteidigten Dogma von der Unfehlbarkeit der Ansteckung durch pathogene Mikroorganismen bei allen Individuen einer für die betreffende Krankheit überhaupt disponierten Species. Selbstverständlich stand eine derartige Annahme nicht völlig in der Luft. Sie stützte sich auf unanfechtbare Ergebnisse der Tierexperimente. So sind die Mäuse dem Milzbrandvirus, die Meerschweinchen dem Tuberculose- und Diphtheriebacillus gegenüber absolut widerstandslos. Die (künstliche) Infection ist mit der Sicherheit eines Naturgesetzes, wie Gottstein sagt, von der typischen Erkrankung gefolgt. Diese sehr prägnanten, experimentellen Tatsachen führten in etwas voreiliger Verallgemeinerung zu dem Schlusse, dass das Verhältnis zwischen Erreger und Wirt in der menschlichen Pathologie das Gleiche sei, d. h. dass der Mensch einem gegebenen Erreger gegenüber, wenn überhaupt, auch absolut empfänglich sei. Dieser Schluss hat sich nun als ein folgenschwerer Irrtum herausgestellt.

Wenn es keine spec. Disposition gibt, dann gibt es auch keine specifische Immunität. Disposition und Immunität sind aber keineswegs absolute Grössen, sondern es kommen die mannigfachsten quantitativen Abstufungen dieser Eigenschaft zur Beobachtung. Diese Begriffe dürfen daher keine Qualitäten sein, für welche anfänglich diese Bezeichnung gewählt war, sondern einfach nur Massbestimmungen. Statt des Factors von gleichmässiger Höhe, welcher den Begriff der Disposition ursprünglich bezeichnete, soll daher dieses Wort als Ausdruck für eine variable Grösse im Sinne der Mathematik angewendet werden, für welche jeder beliebige Wert von Null bis unendlich eingesetzt werden kann. Der höchste Grad der Disposition, bei welcher die Widerstandskraft des Organismus gegenüber dem pathogenen Mikroben stets und völlig unterliegt, findet sich beim Tierexperiment, aber so gut wie gar nicht bei der natürlichen Infection des Menschen. Relativ sehr hoch ist die menschliche Disposition gegenüber dem Milzbrandbacillus.

Ein hoher Grad von Skepsis gehört dazu, gewissen hierher gehörigen Erfahrungen der praktischen Aerzte gegenüber die individuelle Disposition zu bezweifeln. Wenn man erlebt — und es dürfte nicht sehr viele Aerzte geben, die solche Fälle nicht erlebten – wie ein Mann mit seiner schwindsüchtigen Frau jahrelang in ärmlichen Verhältnissen zusammen wohnt, isst, schläft, ohne jede Vorsichtsmassregel, auch ohne Sorge und Beseitigung oder Desinfection des massenhaften Auswurfes, auch nach dem Tode der Frau in dem undesinficierten Raume weiterlebt und trotzdem niemals tuberculös erkrankt, während auf der anderen Seite oft Kinder reicher Leute unter sorgfältiger Pflege und peinlicher Behütung vor dem Verkehr mit Tuberculösen doch die Krankheit acquirieren, dann erscheint es dem Unbefangenen doch gar zu künstlich, diese Verschiedenheit immer wieder einem höchst merkwürdigen Zufalle bei der Infection zur Last zu legen. Die Annahme der entscheidenden Mitwirkung einer individuellen Disposition, sei sie ererbt oder erworben, ist bei weitem einleuchtender und natürlicher.

Martius hat vor einigen Jahren in zwei Vorträgen die Unzulänglichkeit der reinen statistischen Methode für die Lösung unseres Problems treffend dargelegt und unter klarer Fragestellung die Principien skizziert, nach denen die Frage der erblichen Anlage künftig bearbeitet werden muss, um sie zur schliesslichen Lösung zu bringen.

In diesen Vorträgen wird nun zum ersten Male ein neuer Weg, dem Ziele näher zu kommen, in Vorschlag gebracht, die wissenschaftliche Genealogie.

Das epochemachende Buch von Lorenz bildet einen Markstein in der Geschichte der Vererbungsforschung. Hat man sich einmal von diesem Autor über die grundverschiedene Bedeutung vom Stammbaum und Ahnentafel belehren lassen, so erscheint einem unsere ganze bisherige Vererbungsstatistik in einem eigentümlichen Lichte. Wer diese verschiedene Bedeutung eingesehen hat, wird zugeben müssen, dass wir einen neuen Weg, die Verwendung der Ahnentafel, betreten müssen, um in der Frage der Erblichkeit pathologischer Anlagen weiterzukommen. Denn nur um pathologische Anlagen, Anomalien, Schwächen der Constitution kann es sich bei der echten Vererbung handeln; die Krankheit selbt ist ja ein Vorgang und als solcher niemals erblich. Ob dieser krankhafte Vorgang schon intrauterin oder erst extrauterin erfolgt, das hat mit dem eigentlichen Vererbungsproblem nichts zu tun.

Der Stammbaum geht also herab von einem Stammvater zu Kind und Kindeskin-

dern, die Ahnentafel *) beginnt mit einem Individuum oder mehreren Geschwistern und steigt, die väterliche wie die mütterliche Seite gleichmässig berücksichtigend, herauf zu den 2 Eltern, 4 Grosseltern u. s. w.

In der Ahnentafel steckt, soweit sie eben ausgeführt ist, die ganze Erbmasse des als Ausgangspunkt gewählten Individuums.

Dr. Schlüter, unter den Auspicien von Prof. Martius hat das grosse, reichhaltige Material von Prof. Riffel gesichtet und Ahnentafeln aufgestellt.

Ein Blick auf diese Ahnentafeln erlaubt uns den Schluss zu ziehen, dass die grosse Bacillenfurcht bei der Pathogenese der Schwindsucht nicht begründet ist. Wir sehen, wie durch Generationen die Verbreitung der Schwindsucht unter den Eheleuten nur vereinzelt vorzukommen scheint, wie die ererbte Anlage im Individuum das Massgebende ist bei der Entstehung der Schwindsucht. Ein ganz prägnantes Bild stellt die Familie Weick vor, welche durch 6 Generationen in demselben verseuchten Orte, wie die anderen Familien vollkommen verschont geblieben!

Die Arbeiten von Trousseau, in neuester Zeit von Hueppe, Goldstein, Martius, Weicker, Meissen und noch vielen anderen zeigen, wie wir gesehen, zur Evidenz, dass Bacillen nur da im Organismus eine Krankheit hervorrufen können, wo eine specielle Anlage (Disposition) vorhanden ist. Ein Funke erzeugt nur da einen Brand, wo ein feuergefährliches Gebäude ist.

Die bekannten Biologen der Neuzeit, Weissmann, Hertwig, Heider, Boveri und viele Andere kommen bei ihren Studien zum Schluss, dass für die Vererbungslehre von Wichtigkeit ist: erstens, dass Samen- und Eizelle zwei gleichartige Bestandteile, die Geschlechtskeime, enthalten, in deren Vereinigung das für die Vererbung wichtigste Moment zu erblicken ist: zweitens, dass die Chromosome die Träger der Vererbungssubstanz darstellen; drittens, dass bei der Befruchtung die gleiche Zahl von Chromosomen väterlicher und mütterlicher Provenienz zusammen treten, um den ersten Furchungskern zu bilden, und dass bei der nachfolgenden Ontogenese dieselbe Zahl auf die Nachkommen weiter übertragen wird (es ist dieses das Gesetz der Zahlenconstanz); viertens, dass einzelne Chromosome bald blasser, bald saftiger gefärbt sind, somit qualitativ Unterschiede zeigen.

Durch die Tatsache, dass die gleiche Zahl der Chromosome weiter vererbt wird, kommen wir zum Schluss, dass bei jedem Menschen alle Eigenschaften seiner Vorfahren vorhanden sein müssen, aber nach der Beobachtung der qualitativen Verschiedenheit der Chromosome, — bald schwächer, bald stärker, d. h. latent oder manifest — auftreten. Für die Erscheinungen des Atavismus findet diese Beobachtung eine Erklärung: in einer Generation tritt die Eigenschaft in latenter oder manifester Form auf, um in der nächsten, oder eine Generation überspringend, manifest oder latent zu sein u. s. w. Da die Anlage in der Lunge zur Schwindsucht eine complicierte ist, aus unendlich vielen Componenten (Determinanten) besteht — daher der Verlauf immer ein verschiedener — und da dieselben qualitativ stets verschieden sind, so erklart sich das complicierte Bild der Schwindsucht auf ganz natürliche Weise. Der Bacillus erzeugt dort Schwindsucht, wo er einen günstigen Boden, eine günstige Anlage findet.

Die Constitutionspathologie stellt somit die Rolle der Disposition in der Hereditätsfrage bei der Krankheitsentstehung in das rechte Licht. Dabei müssen wir stets im Auge haben und nie vergessen, dass ererbt nur das ist, was aus den Chromosomen der beiden Geschlechtszellen sich entwickelt. Angeboren (congenital) ist alles, was ein Kind mit auf die Welt bringt. Intrauterine Erwerbungen: Tuberkelbacillen, Pocken, Scharlach, sind somit als angeboren, nicht als ererbt zu bezeichnen.

Wichtig ist jetzt nur, die Frage zu entscheiden, welches denn eigentlich die Gewebszellen sind, an welche die spec. tuberculöse Anlage gebunden ist. Endgültig ist diese Frage immer noch nicht entschieden, doch scheinen die neuesten Arbeiten, so unter anderem die Arbeiten von Weleminsky dafür zu sprechen, dass die Tuberkelknötchen sich stets im Lymphsystem entwickeln. Von Alters her ist die „lymphatische Constitution" eng verbunden mit der Schwindsucht und wir sehen ja meist auch das Lymphsystem bei der Phthise ergriffen. Der Tuberkel wird ja auch als Lymphom von Virchow bezeichnet.

Wenn wir das Lymphsystem für den anatomischen Sitz der Tuberculose halten müssen, so erklärt sich leicht das vielfältige Bild derselben in allen Organen, da alle Organe Lymphgefässe besitzen. Bei der Anlage wird beim Kinde das krankhaft disponierte Lymphsystem nicht gleichmässig sondern bald in einem, bald in dem anderen Organ vererbt und wir sehen, dass Tuberculose bald in den Lungen, bald in Knochen, Gehirn und anderen Organen auftritt, ganz wie wir es bei der Anlage zur Arteriosclerose beobachten, wo bald Gehirnapoplexie, bald angina pectoris, bald endarteriitis obliterans die Todesursache bildet.

Bei der Pathogenese der Schwindsucht *) spielt somit die vererbte Disposition die praevalierende Rolle, gegen welche wir mit hygienisch-diätetischen Massregeln am schnellsten mit Erfolg zu Felde ziehen. Die vererbte Disposition ist nicht etwas in der Luft schwebendes, sie ist also kein Wort „pour masquer notre ignorance", sondern sie stellt einen Factor dar, mit dem man unbedingt rechnen muss.

Natürlich müssen wir im Kampfe mit der Schwindsucht die Tuberkelbacillen vernichten, wo wir ihrer habhaft werden, und den Auswurf, der nicht nur Tuberkelbacillen sondern auch viele andere pathogene Mikrober enthalten kann, vernichten, aber der Kampf soll nich bestehen in erster Linie im Vernichten der Tuberkelbacillen, die wir nie aus der Welt schaffen können ebenso wie die Funken, die die Brandschäden anrichten Dabei müssen wir nicht vergessen, dass der Schwindsüchtige an und für sich keine Gefah bietet für die Umgebung, wenn er zu

*) Anmerkung. In dieser Frage sind wir unseren Nachkommen verpflichtet, Ahnentafeln aufzustellen unter unseren Patienten, damit sie ein wertvolles Material erhalten zur Lösung der Hereditätsfrage bei der Schwindsucht.

Die Tatsache allein, ob eines der Eltern oder beide an der gleichen Krankheit gelitten haben wie der Explorand, ist nicht entscheidend. Auf dieser engen Basis aufgebaute Statistiken bringen uns wissenschaftlich nicht weiter.

*) Anmerkung. Interessant bleibt die Frage, ob de Tod an tuberculöser Schwindsucht ohne Tuberkelbacille erfolgen kann. Auf den ersten Blick scheint das eine gan ketzerische Frage, denn es herrscht doch das Dogma: kein Tuberculose ohne Tuberkelbacillen. Vergegenwärtigen wir un aber die modernen Begriffe über die Pathogenese der Kran heiten durch eine variable Grösse in der Anlage un in dem Tuberkelbacillus, so kann man sich doch leicht vo stellen, dass die Anlage in einem Organismus so stark en wickelt sein kann, dass es einer ganz minimalen Dosis vo Auslösungskräften — auch nicht tuberculöser Natur — bedar um den Tod des Individuums zur Folge zu haben. In Epide mien von Influenza, Scharlach, Masern, Cholera u. s. w. finde wir bei Sectionen bis zu 80% Reste überstandener Tuberculoseinfection. Woran sind solche Individuen zu Grunde gegange Natürlich in erster Linie an den Folgen der tuberculösen An lage resp. an der Schwindsuchtsanlage.

Reinlichkeit erzogen ist und seinen Auswurf nicht überall hin verstreut.

Nicht Spucknäpfe, sondern sociale Hygiene, das ist es, was wir im Kampfe auf unser Panier setzen müssen, und den Erfolg in dieser Richtung sehen wir bereits und sind auch in Zukunft seiner sicher.

Die nach dem Jahre 1884, also vor 25 Jahren von R. Koch aufgestellten Lehren über die Bedeutung der Tuberkelbacillen sind doch nicht für alle Zeiten geschrieben. Koch selbst hat vieles zurückgenommen. Wir müssen auch nicht vergessen, dass die Tuberkelbacillen zwischen Bakterien und Streptotricheen gestellt werden, somit ist ihre Stellung botanisch noch lange nicht aufgeklärt; ebenso ist das Tuberculin bis jetzt chemisch noch nicht festgestellt.

Die Tuberkelbacillenfrage hat ja bereits viele Evolutionen erlebt, und so hat auch die Anschauung über die erfolgreiche Prophylaxis und Bekämpfung der Schwindsucht Aenderungen aufzuweisen. In einigen Staaten von Süd-America hat sich schon die Evolution in dieser Frage vollzogen. Die Ligue antituberculeuse hat sich umgewandelt in die Ligue d'hygiène sociale et de puerocultare. Und so müssen auch wir unsere Kampfmittel ändern und nicht säumen, den Kampf gleich ins Haus zu versetzen.

In Nr. 49 der Münchener Wochenschrift ist folgendes wichtige kritische Referat über das grosse neueste Sammelwerk von Flügge zu lesen.

Es heisst: „Ein Rückblick Flügges fasst nochmals die Ergebnisse zusammen und gibt praktische Nutzanwendungen. Bei der Volksbelehrung durch Merkblätter wird als erstes die Belehrung über die specifische Bekämpfung des Contagiums der Bacillen gefordert, den Schluss soll die allgemeine hygienische Belehrung bilden; zu der sich neuerdings mächtig entwickelnden Bewegung, die eine Erziehung und Heranbildung des Menschen in allererster Linie zur Gesittung und Wohlfahrt anstrebt und den Schutz gegen Erkrankung und Austeckung dann als fast selbstverständliche Beigabe betrachtet, steht dies in schwer überbrückbarem Gegensatz.

Für die Erkenntnis der Verbreitungsweise der Tuberculose, für die bakteriologisch-hygienische, gewissermassen äussere Seite der Tuberculosefrage, hat Flügge ein Standardwerk geschaffen, das wohl nimmer umgestossen, nur noch teilweise ausgebaut werden kann und das jedem Interessierten auf das wärmste zu genauerem Studium empfohlen sei. Hoffen wir, dass der Bekämpfung und Verhütung der Tuberculose ein ebensogrosser Meister und eine ebensolche Schule erstehe, dann — Glück auf!"

Unsere Schlussfolgerungen lauten demnach folgendermassen.

Exposition ist bei der Entstehung der Schwindsucht nicht gleichbedeutend mit Disposition.

Exponiert ist bei der Ubiquität der Tuberkelbacillen jeder Mensch, aber es erkrankt an Schwindsucht nur derjenige, der die ausgesprochene Disposition dazu ererbt hat.

Der historische Mensch trägt in sich Dispositionen zu allen Krankheiten in manifester oder latenter Form. Die Disposition zur Schwindsucht ist nach den neuesten Forschungen somit jedem Menschen angeboren, aber nicht immer in so hohem Grade, dass der durch den Bacillus Inficierte sofort an Schwindsucht zu Grunde geht. Die angeborene Disposition ist zuweilen so gering, dass bei einer verhältnismässig grossen Exposition der Mensch an tuberculösen Herden aber nicht an Schwindsucht erkrankt. Da in circa 90 pct. alle Menschen Reste überstandener Infection in den Lungen in sich tragen, so sterben mehr Menschen mit Tuberculose als an Tuberculose.

Häufig ist die Anlage so beschaffen, dass sie sich schnell entwickeln kann auch bei Infection mit anderen pathogenen Mikroben, wobei die entwickelte Anlage an und für sich deletär auf den Organismus wirken kann infolge seiner Wechselbeziehungen zu allen Gewebsteilen, wodurch die Widerstandskräfte des Organismus stark abgeschwächt werden.

Die moderne Behandlung der Schwindsucht, in jedem Stadium, nach dem hygienisch-diätetischen Regime läuft ja auch darauf hinaus, den Organismus zu stärken, die schwach entwickelten Determinanten der Anlage zur Schwindsucht zu kräftigen, und zwar dadurch, dass sie in allen Organen die Osmose regelt, denn wo die Osmose im Organismus geregelt ist, da kommt schwer jegliche Bacilleninvasion zur Weiterentwickelung (Holzinger) und zur Bildung einer Krankheit. Ist aber einmal die Disposition in einem Organismus sehr stark vererbt, da ist kein Kraut gewachsen, der Organismus geht zu Grunde.

Wenn einmal unsere Kinderstube ein Haus-Sanatorium aus sich vorstellen wird, so wird ein bedeutender Erfolg des Kampfes mit der Schwindsuchtsanlage gesichert und zwar im Lichte biologischer Forschungen!*)

Ueber Lepra im Pernauschen Kreise und im Kirchspiele Tarwast.

Von

Dr. E. Etzold — Fellin.

Aus der Lepraenquête in Nordlivland kann ich leider nur über den Pernauschen Kreis einen abgeschlossenen Bericht geben. Das Material, vereinigt mit den Resultaten des Collegen Pallop im Tarwastschen Kirchspiele, ist aber doch schon imstande, ein Bild von den Verschiebungen im Krankenbestande des letzten Jahrzehntes zu geben.

Nach der Statistik von Erasmus 1900 gab es in der Stadt Pernau 11, im Kreise 155 Lepröse. Ausserdem müssen zum Pernauschen Kreise noch die Esten im Wolmarschen, in den Gemeinden Moiseküll, Kirbelshof, Salis gezählt werden, unter denen es 1900 wenigstens 16 gab. Die Zahlen sind nicht ganz richtig, ich möchte mich aber dagegen verwahren, Erasmus daraus einen Vorwurf zu machen. Nach den vorliegenden Zählkarten konnten Namen wie Тишлеръ und Тислеръ, Бушъ und Пуссъ, Пярнатъ und Бернгардтъ nicht als identisch erkannt werden. Auch waren mehrere von den Mitgezählten schon vor 1900 gestorben. Bei Einigen von den im Verzeichnis Angeführten fanden sich andere Krankheiten, Psoriasis, Herpes, Ekzeme etc., bei Einigen keine Hautkrankheit, auch keine Symptome von Lepra. Ob es sich hier um Spontanheilungen handelt, muss ich dahingestellt sein lassen.

Nach Correctur dieser Fehler habe ich im Pernauschen Kreise 30 Namen streichen können, wage aber nicht zu behaupten, dass damit die Liste erschöpfend berichtigt ist. Es hat in früheren Zeiten noch sehr viele Patienten gegeben, über welche sich nur sehr ungenügende Daten erlangen liessen.

Es bleiben also im Kreise 125, in der Stadt und im Wolmarschen habe ich solche Fehler nicht nachweisen können. Also Summa 152.

Die diesjährige Enquête ergab für den Kreis 67, für

*) Literaturangaben finden die Leser der Wochenschrift in meinen Aufsätzen des Jahres 1909 № 12 und 21.

	Erasmus 1900	1909	davon in den Leprosorien	frei lebend
Pernau-Stadt	11	6	—	6
Pernau-Land	2	3	2	1
Moiseküll etc. (Kr. Wolmar).	16	6	3	3
Hallist	24	21	15	6
Karkus	2	4	4	—
Saara	77	28	18	10
Gutmannsbach	4	1	—	1
Audern	—	2	2	—
Testamaa	4	3	1	2
Michaelis	1	2	—	2
Jacobi	7	2	2	—
Torgel.	—	1	1	—
Laiksaar	2	—	—	—
Fennern	2	—	—	—
Summa . . .	152	79	48	31

	Pallop 1895	Erasmus 1900	Pallop 1909	
Tarwast	67	67	57	
Kurresaar	16	11	4	
Alt-Suislep	9	15	10	
Neu-Suislep.	1	1	—	
Woroküll	1	1	—	
Holstfershof-Willust . . .	11	11	5	
Summa . . .	105	106	76	32

die Stadt 6, für Moiseküll etc. 6—Summa 79, also ein bedeutender Rückgang.

Davon sind 48 in den Leprosorien interniert, so dass freilebend im ganzen Pernauschen Kreise nur noch 31 verbleiben.

Im Kirchspiele Tarwast hatte College Pallop im Jahre 1895 die Anzahl von 105 Leprösen festgestellt. Die Tabelle von Erasmus 1900 gibt nach Abzug der Gestorbenen, Duplikate etc. 106. Nach einer Berechnung mit den Herren Dr. Pallop und Probst Jürmann leben augenblicklich (Dec. 09.) — 76. Davon sind in den Leprosorien — 28, freilebend im Gebiete — 32, ausgewandert — 16. Die Freilebenden sind (bis auf 2—3) ganz leichte Fälle von Lepra maculosa od. nervorum. An 5 der Patienten sind überhaupt keine Symptome von Lepra mehr zu constatieren (Pallop), sie müssen als genesen betrachtet werden. Auch die Gruppe der Ausgewanderten enthält nur leichte Fälle. Es sind Leute, denen die Diagnose nicht im Gesicht geschrieben stand, so dass sie unbehelligt sich der Controlle entziehen konnten. Mehrere von ihnen sind übrigens im Leprosorium bei Jamburg untergebracht.

Die Zahlen ergeben eine Abnahme der Lepra. Wo sich eine Zunahme findet, wie z. B. in Alt-Suislep, da liegt es an Zuwanderung aus der nächsten Nachbarschaft, oder wie das Beispiel von Michaelis zeigt, daran, dass die beiden Patienten, die sich dort fanden, 1900 noch nicht registriert wurden, obgleich sie schon erkrankt waren. Die Anzahl der Leprösen ist 1900 grösser gewesen als angegeben.

Man könnte den Einwand erheben, die Enquête 1909 sei nicht so genau als die früheren. Ich kann meine Art zu suchen durchaus nicht für unfehlbar erklären und habe bis jetzt auch schon von einigen Verdächtigen z. B. in Ippik, Haynasch (Kr. Wolmar) erfahren, die zu untersuchen ich noch nicht Gelegenheit gehabt habe. Auch muss ich zugeben, dass die Leprösen offenbar eine viel grössere Scheu vor dem Arzte haben als etwa zur Zeit der Hellatschen Enquête, wo jeder mit einer Hautkrankheit behaftete sich freiwillig zur Untersuchung stellte, wo die Lepra nicht als ansteckend galt, von irgend welchen unangenehmen Folgen der Untersuchung keine Rede war. Dennoch glaube ich nicht, das mir Viele entgangen sein können. Ein Absuchen von Gesinde zu Gesinde, womöglich mit Entkleiden aller Bewohner, könnte nur in einer Gegend, wo die Krankheit ganz unbekannt ist, zu einem Resultate führen. Wo die Leute die Lepra kennen und sie vor dem Arzte verheimlichen wollen, werden sie es dabei immer so einzurichten wissen, dass die Kranken gerade nicht zu Hause sind. Ich habe auch an diesen Weg zur Untersuchung als zu umständlich, abschreckend und resultatlos nicht gedacht.

Der untersuchende Arzt muss einen Anhalt haben. Und da hat mir die Zusammenstellung von Erasmus unschätzbare Dienste geleistet, auch wenn ich von ihr bisweilen irre geführt worden bin. Eine Schwierigkeit im Aufsuchen der Leprösen besteht oft darin, dass der Wohnort nicht mit der Gemeindezugehörigkeit zusammenfällt. So gibt es in Testamaa einen Aussätzigen, der zur Gemeinde Fellin gehört. Sein Vater, auch leprös, besitzt ein Gesinde in Testamaa. Oder in der Gemeinde Enge (Kr. Pernau) fand ich eine Lepröse, die nach Tarwast ging. Nach dem Verzeichnis suchte ich später in Enge (Kr. Fellin) nach einer Patientin desselben Namens, fand sie natürlich nicht und war nicht wenig erstaunt, als ich bemerkte, dass die Personalien genau stimmten — bis auf den Kreis und das Kirchspiel.

Sehr wertvolle Mitteilungen machten mir die Collegen, die Pastoren, dann die Gutsverwaltungen, Gemeindeverwaltungen, aber auch viele andere Personen, nicht zu vergessen die Leprösen und der Lepra Verdächtigten. Es ist beim Landvolk Sitte, gemeinsam in die Badstube zu gehen, wer sich davon ausschliesst, macht sich verdächtig. Die Leprafurcht ist — wenigstens im Pernauschen Kreise — sehr verbreitet und nächst der Isolirung in den Leprosorien der wirksamste Verbündete im Kampfe gegen die Lepra. Vermisst habe ich sie nur bei Angehörigen von Leprösen, wenn sie ein arbeitsfähiges Familienglied zu verlieren fürchteten. Es kann da auch des Guten zu viel geschehen, und es gibt Patienten, welche im Laufe des Jahres mehrmals ihren Wohnort wechseln müssen, wodurch die Controlle nicht gerade erleichtert, die Gefahr der Verbreitung aber vergrössert wird. In der Bevölkerung weiss man ganz genau, wer an einer Hautkrankheit etc. leidet, der Klatsch sorgt schon dafür. Allerdings scheut man sich, es laut auszusprechen oder gar dem Arzte mitzuteilen. Aber eine Wäscherin weiss oft mehr zu berichten als der erfahrenste Gemeindeschreiber.

Dass die Angaben nicht richtig sind, dass es sich oft oder meist um andere Krankheiten handelt, schadet ja nichts. Die ärztliche Untersuchung befreit oft einen Unglücklichen von einem bösen Verdachte, und zu meinen angenehmen Erinnerungen muss ich die häufigen Fälle zählen, in denen ich erklären konnte, keine Symptome

von Lepra zu finden. Dass ich dabei ein Dutzend Verdächtigte untersuchen musste, ehe ich einen Leprösen fand, ist kein Unglück. Ausgeschlossene der menschlichen Gesellschaft wiederzugeben, gehört, denke ich, auch zum Kampfe gegen die Lepra. Wo sich ein Aussätziger fand, oder wo nachweislich einer gelebt hatte, war es meine Aufgabe, die Angehörigen zu untersuchen. Auch dieser Weg hat Resultate ergeben, aber ich hatte doch mit einer Ausnahme (Köppo) vorher schon von dem Verdachte auf die betreffende Person gehört. Einen Fall von Lepra tuberosa habe ich allerdings einmal auf offener Strasse, oder vielmehr auf dem Eisenbahnperron gefunden. Wie es kam, dass diese Patientin noch nicht registriert war, ist mir eben noch nicht erklärlich.

Neue Lepraherde habe ich nicht gefunden, es sind die bekannten. Das Saarasche Kirchspiel (Saarahof, Tignitz, Pattenhof, Kurkund, Freyhof) Hallist (mit Karrishof und Abia), Testamaa, Kokenkan, Moiseküll-Felix. Einzelne zufällige Nester dürfen nicht mit Herden verwechselt werden. So fanden sich in den aneinandergrenzenden Gesinden Lauri, Aale und Kurmi (Alt-Karrishof) 4 Lepröse, die aber zufällig dorthin gezogen waren, weil die Gegend weit entfernt von allem Verkehr liegt. In einem Saarahofschen Gesinde war die Wirtin leprös. Eine Magd war dort in Dienst getreten, weil sie anderweit keine Arbeit fand. Sie und ihr 1½-jähriges Kind waren leprös. Echte Lepraherde, wie z. B. Moiseküll, sind räumlich viel weiter ausgedehnt. Vor mehr als 30 Jahren wanderte dort (nach Angabe der Leute) die erste Lepröse, Mal Lemmas, ein. Die Statistik von 1900 gibt in Moiseküll schon 16 Patienten an, doch weiss ich von wenigstens 5 Kranken, welche ausserdem, aus diesem Herde stammend, in Abia, Saarahof etc. gelebt haben oder noch leben. Jetzt gibt es in Moiseküll 6, davon 3 im Leprosorium. In Tignitz eind 34 angegeben. Im ganzen Gebiete fand ich nur einen Fall von Lepra tuberosa, die Frau ist inzwischen gestorben, und im Armenhause zwei Fälle der reinen Nervenform, seit 34 resp. 40 Jahren keine Veränderung und wahrscheinlich auch keine Ansteckungsgefahr mehr.

Was die Frage der Isolierung betrifft, so lassen sich auf dem Lande viele Patienten ganz gut und zweckmässig absperren. Die Leprafurcht hat noch ein Uebriges. Erweist es sich als wünschenswert, dass ein Patient ins Leprosorium geschickt werden soll, so genügt es meist schon, die Gemeindeverwaltung darauf aufmerksam zu machen, dass es sich um eine gefährliche Form der Krankheit handelt. Gehen sie dann nicht freiwillig, so wird ihnen das Leben so sauer gemacht, dass sie es vorziehen, ins Asyl zu treten. Der Wirt bekommt keine Knechte, der Knecht keine Arbeit. Diese Massregel war übrigens nicht häufig nötig. Anwenden musste ich sie z. B. in Jacobi, wo im ganzen Kirchspiele nur der eine Fall von Lepra gefunden wurde, und die Patientin durchaus nicht die Wartung ihrer zahlreichen Enkel aufgeben wollte. In vielen Fällen fand ich die Patienten schon zweckmässig, in einigen sogar musterhaft isoliert, oder es liess sich die Wohnung schon durch Vernageln einer Tür so einrichten, dass der Patient seinen eigenen Ausgang hat. Eine Trennung von Eheleuten habe ich nicht verlangt, da das Verbot doch nicht eingehalten wird. Das Zusammenleben mit den eigenen Kindern wurde in Fällen von reiner Lepra nervorum gestattet.

Nicht unerwähnt möchte ich noch einige Fälle lassen, die vielleicht als lepröser Primäraffect Interesse beanspruchen. Die 30-jährige Tochter einer Leprösen (Meyershof) hat auf dem rechten Schulterblatt einen hanfkorngrossen Knoten, der mir sehr verdächtig schien, aber keinen Bacillenbefund ergab. Dann ein 2½-jähriges Kind von lepröser Mutter mit einem erbsengrossen Fleck am Knie, endlich ein Knabe von 1½ Jahren, Mutter leprös, bei welchem im Alter von 15 Monaten 8 hanfkorn- bis erbsengrosse Knoten an den Extremitäten und im Gesicht aufgetreten sind. Im Ausstrichpräparate reichlich Bacillen.

Die beiden Gebiete, Tarwast und der Pernausche Kreis, sind die wichtigsten Lepraherde in Livland. Soweit es sich bisher beurteilen lässt, finden sich im Fellinschen, Dörptschen und Werroschen Kreise meist vereinzelte Fälle. Ob uns im Walkschen und Wendenschen Kreise, wo bisher seltene Fälle von Lepra constatiert sind, noch unliebsame Ueberraschungen bevorstehen, scheint mir nach Aussagen örtlicher Collegen zweifelhaft. Wichtiger ist die Absuchung Oesels, des Wolmarschen Kreises um den Burtucek-See und der Umgegend von Riga. Wenn der eingeschlagene Weg, Isolierung, besonders der Tuberösen, weiterhin dieselben Resultate liefert, so dürfen wir hoffen, dass der Aufwand an Mühe und Kosten, den der Kampf gegen die Lepra erfordert, in absehbarer Zeit zu vollem Erfolge führen wird.

Allen aber, die meine Arbeit mit Rat und Tat unterstützt haben, sage ich einen herzlichen Dank. Ich hoffe, noch oft ihre Gastfreundschaft geniessen zu dürfen.

Referate.

Wilhelm Lange. Die Psychose Maupassants. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Nr. 296. Zweites Octoberheft 1909.

Die Ergebnisse seines kritischen Versuches fasst Verf. folgendermassen zusammen. «Maupassant hat an einer leichteren Form der Psychopathie gelitten. Er war Alcoholiker und hat sich syphilitisch inficiert. Seine Hallucinationen sind schwer zu classificieren. Nach einem längeren luetischen Vorstadium ist er endlich an einer progressiven Paralyse zu Grunde gegangen. Viele seiner Werke sind durch die Krankheit beeinflusst worden — für den Sachkundigen ausschliesslich zu ihrem Nachteil».

Michelson.

F. Plaut. Ueber die von Much und Holzmann beschriebene Kobragiftreaction bei Geisteskranken. Münchener med. W. 1909. Nr. 30.

In Nr. 20 der Münchener med. W. hatten Much und Holzmann mitgeteilt, es sei ihnen gelungen, bei Kranken, die an manisch-depressivem Irresein oder an Dementia praecox oder an Epilepsie litten, ein eigenartiges Verhalten des Serums gegenüber der Kobragifthämolyse festzustellen. Kobragift vermag bekanntlich gewaschene Erythrocyten des Menschen aufzulösen. Der Zusatz von menschlichem Serum verhindert die Hämolyse nicht. Nimmt man jedoch Serum von Personen, die obengenannten Krankheitsgruppen zugehören, so soll die Hämolyse unterbleiben. Nach Angabe der Autoren zeigten manisch-depressive und an Dementia praecox leidende Kranke diese Reaction in 100 pCt., Epileptiker nur dann, wenn sie periodisch psychische Störungen aufwiesen. Ferner fanden die Autoren dieselbe Reaction bei Personen, die selbst gesund waren, aber aus Familien stammten, in denen manisch-depressives Irresein vorgekommen war. Dank dieser «Psychoreaction» konnten die Autoren andere ähnliche Erkrankungen (Neurasthenie, Hysterie, Idiotie, präsenile Demenz u. a.) von obengenannten Krankheiten scharf trennen. Plaut hat nun in der Münchener psychiatrischen Klinik (Kraepelin) nach genauer Vorschrift von Much und mit demselben Kobragift Versuche angestellt an 60 verschiedenen Patienten und dabei gefunden, dass 1) die Mehrzahl der sicheren Fälle von manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox negativ reagierte und 2) auch Kranke ganz anderer Gruppen positive Reaction zeigten. — (Zu demselben Resultat gelangten eine ganze Anzahl anderer Veröffentlichungen, die in der Münchener med. W. erschienen sind).

Weyert.

Davidson. Verbessertes Universalstativ nach Dr. Davidson. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Bd. XIV. Heft 3.

Verf. empfiehlt ein schon früher von ihm beschriebenes Stativ für Röntgenbestrahlungen, dessen Vorzüge in Holzconstruction und leichter Beweglichkeit besteht. Arzt und Patient sind durch Bleiauskleidung der Kastenblende vor schädlicher Wirkung der Röntgenstrahlen geschützt.

Becker, Ph. F. Zur kosmetischen Verbesserung der Röntgenstrahlennarben mittelst Fibrolysininjectionen und Quarzlampenbestrahlung. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Bd. XIV. Heft 3.

Der Verf. bestrahlte zahlreiche Gefässektasien und Recidivknötchen lupösen Charakters mit der Kromayerschen Lampe ohne Filter. Gleichzeitig wurden Fibrolysininjectionen vorgenommen, wodurch nach den Angaben des Verfassers das derbe Narbengewebe erweicht und die Penetration der Lichtstrahlen durch die Haut erreicht werden konnte.

Beez. Ueber Röntgenaufnahmen mit Controllskala für die richtige Wahl der Röhre und der Expositionszeit. Fortschr. a. d. Gebiet d. Röntgenstrahlen. Bd. XIV. Heft 3.

Die vom Verf. in den Handel gebrachte Controllskala von der Grösse einer Visitenkarte besteht aus einer Bleiplatte mit 5 in verschiedener Dicke eingeschobenen Durchschlägen. Durch die Einschaltung dieser Controllplatte ist jede Unter- oder Ueberbelichtung leicht nachweisbar und der Härtegrad einer beliebigen Röhre bestimmbar. Der Apparat kostet 10 Mark.

Krause. Ueber schwere nervöse und psychische Störungen nach Röntgenverbrennung. Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstrahlen. Bd. XIV. Heft 3.

Verf. berichtet über 2 Fälle von schwerer Röntgenverbrennung, im Verlaufe welcher sich eine dauernde Psychose entwickelte, welche vom Verf. und Binswanger als Intoxicationspsychose aufgefasst wird. Die beiden Autoren fassen die Erkrankung nicht als directe Schädigung des Nervensystems auf sondern als indirecte Affection, welcher giftige Stoffwechselproducte als aetiologische Basis zu Grunde liegen.

Krause und Trappe. Ueber die Calcinosis interstitialis progressiva et regressiva, — ein neues Krankheitsbild. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. Str. Bd. XIV. Heft 3.

Der von den beiden Autoren publicierte Fall stellt eine ungewöhnlich ausgedehnte Verkalkung im Gesamtbindegewebe des Körpers mit besonderer Beteiligung des Bewegungsapparates vor, welche jahrelang einen progredienten Charakter zeigte, schliesslich sich aber durch Erweiterung und Durchbruch nach aussen entleerte und eine auffallende Rückbildung zeigte. Mit der Myositis ossificans hat das Krankheitsbild nichts zu tun und wird von den Autoren auf das genaueste differenziert.

Hesse.

Bücherbesprechungen.

Internationale Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ernährungsstörungen, Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten. Redaction A. Bickel-Berlin. Erster Band, erstes Heft — mit 18 Curven. Ausgegeben am 16. November 1909. Berlin 1909. Verlag von August Hirschwald. Preis 3 Mark.

Unter Mitarbeiterschaft namhafter Gelehrter aus aller Herren Länder hat Bickel es unternommen, eine Centralstelle für womöglich alle Specialarbeiten aus den oben erwähnten Gebieten zu schaffen und der Zerstreuung dieser Artikel in den verschiedensten Blättern, die einem jeden das Zusammensuchen der Literatur für einzelne Fragen so wesentlich erschwert, Einhalt zu tun. Es ist eine willkommene Ergänzung zum «Centralblatt für die gesamte Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels», einem Organ, das bekanntlich nur wenige Originalarbeiten aber mit desto grösserer Vollständigkeit Referate aller neuen Erscheinungen bringt. Um den internationalen Charakter zu wahren, werden Arbeiten in deutscher, französischer, englischer und italienischer Sprache angenommen. Es ist kein bestimmter Intervall festgesetzt, in dem die Hefte erscheinen werden. So wie genügendes Material vorhanden, erfolgt die Herausgabe einer neuen Nummer, wodurch einer Verschleppung der Publication vorgebeugt werden soll.

Der Inhalt dieses ersten Heftes ist ein überaus reichhaltiger; es sei in Folgendem in Kürze auf die einzelnen Arbeiten aufmerksam gemacht. Den Beginn macht eine Arbeit von Dr. G. v. Benczúr-Budapest: «Beiträge zur Kenntnis der Peristaltik des Dünndarms». Nach einer kurzen Literaturübersicht schildert Verf. seine Methode, die unter Bickels Leitung ausgearbeitet wurde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird einem Hunde im oberen Teil des Dünndarms an zwei 50 cm. von einander entfernten Stellen der Darm durchschnitten, nach Verschluss des Lumens des oberen und unteren Abschnittes Enteroenterostomie gemacht. Das obere Ende des ausgeschalteten Darmstückes wird in das obere Ende des Bauchschnittes genäht, das untere Ende seitlich an der Bauchwand befestigt, so dass sein Lumen nach aussen offen ist. In das obere Ende wird eine Metallkugel, die ungefähr das Darmlumen füllt und an der sich ein Seidenfaden mit Angabe der Länge von 5 zu 5 cm. befindet, hineingelegt und nun unter verschiedenen Bedingungen beobachtet, wie die Peristaltik abläuft. Es wurden die Versuche an 2 Hunden ausgeführt; beim ersten war das betreffende Darmstück mit allen seinen Nerven in Verbindung geblieben, während im zweiten Falle alle zu demselben führenden Nerven durchschnitten wurden. Beim zweiten Hunde war ein annähernd regelmässiger Ablauf der Peristaltik nicht zu erzielen, ein Beweis, wie unbedingt notwendig die Regulation der Darmbewegung von Seiten des centralen Nervensystems ist. Durch mechanischen Reiz wurde bei beiden Tieren Beschleunigung der Peristaltik hervorgerufen. Temp.-differenzen zwischen 10° C.—47° C. verursachten keine Aenderung der Peristaltik. Der erste Hund acquirierte nach Durchspülung mit Wasser von 2° C. einen drei Tage dauernden Katarrh des ausgeschalteten Darmstückes mit anhaltender starker Secretion; die Peristaltik war während dieser Zeit so gut wie aufgehoben. Beim selben Tiere konnte durch Auflegen eines Thermophors, bei sonst normalen Bedingungen, eine Verlangsamung, ja sogar nahezu Stillstand des Peristaltik erzielt werden. Ein Eisbeutel beeinflusste die Peristaltik nicht in nennenswerter Weise. Eine weitere Versuchsreihe beschäftigt sich mit der Frage, wie weit durch das centrale Nervensystem übertragene Reflexe das ausgeschaltete Darmstück beeinflussen. Mit grossen Gaben Ricinusöl und Na_2SO_4 war keine Beeinflussung zu constatieren. Bei subcutaner Application des letzteren wurde sogar die Peristaltik sehr träge. Morphium und Opium bewirkten in jeder Dosis Beschleunigung, dann Contractur des Darms mit nachfolgender gesteigerter Peristaltik; die Wirkung ist bedingt durch directe Beeinflussung des Apparats der Darmwand, während die Wirkung auf das centrale Nervensystem in Bezug auf den Darm gering ist. Bei beiden Hunden waren die Resultate die gleichen. Apomorphin und Coffeïn wirkten in grossen Dosen auf dem Wege centraler Reizung beschleunigend. Atropin beinflusst direct den Apparat des Darms, in kleinen Dosen beschleunigend in grossen lähmend. In gleicher Weise wirkt Physostigmin und Pilocarpin etwas beschleunigend, in grossen Dosen contrahierend.

Der nächste Aufsatz stammt aus der Feder des Dr. G. Di Gristina-Neapel «Sul ricambio respiratorio nei polli gottosi», der III. ist eine Arbeit von Dr. Th. Borodenko-Charkow aus der experimentell-biologischen Abteilung des Königl. Pathologischen Instituts der Universität Berlin «Untersuchungen über den nervösen Regulationsmechanismus der Magensaftsecretion, insbesondere über das Regulationscentrum in der Regio pylorica». Aus demselben Institut folgt eine Arbeit von Dr. M. Rheinboldt-Kissingen «über den Secretionsablauf an dem der extragastralen Nerven beraubten Magenblindsack». — Nr. V. bildet ein Referat von A. Mathieu und F. Moutier-Paris «Le traitement médical de l'ulcère simple de l'estomac en France». Ohne auf die Complicationen— ausser den so häufigen Blutungen — und im speciellen auf die genauere chirurgische Seite der Frage einzugehen, bringen die Verf. anfangs eine historische Uebersicht über die Entwickelung der Therapie des Ulcus simplex. Was die moderne Therapie anbelangt, so werden einige Streitfragen berührt. Verf. sind Anhänger der Alkalitherapie in mässigen Dosen, nicht allein in einem Schmerzparoxysmus, sondern auch vorbeugend, und teilen nicht die Ansicht von Hayem, dass durch Alkalien die Hypersecretion gerade angeregt wird, was ja vielleicht durch den Abusus dieser Mittel bewirkt werden könnte. Sie verwenden gern ein Gemisch von Soda mit Calc. carb. oder Magnesia, je nachdem Neigung zu Diarrhoe oder Verstopfung besteht, oder sie geben Natr. bicarbon., Natr. phosphor., Natr. sulfuricum in verschiedenen Proportionen, bei ulcus chronicum sogar täglich mehrfach $^1/_2$—1 Caffeelöffel.— Hayem rät energisch zum Gebrauch von Bism. subnitr. Abgesehen von Intoxicationserscheinungen bei Application grosser Gaben in den Darm zum Zweck der Röntgendurchleuchtung haben Verf. nur einmal nach 20,0 Bismut subnitr. Collaps erlebt, der bald vorüberging. Als vollwertiges Ersatzmittel erwies sich den Verfassern, wie auch anderen Autoren, Bism. carbon. und oxychloratum. Die Verfasser beginnen die Ulcuscur mit einer 2—3 tägigen absoluten Diät. Ist der Pat. sehr unruhig und bestehen Schmerzen, so wird während dieser ersten Tage Morphium in kleinen Dosen subcutan gegeben, ein Eisbeutel liegt auf dem Magen. Letzterer wird den Cataplasmen oder Compressen vorgezogen, weil er den Patienten noch mehr zum Stilliegen zwingt und weil die Cataplasmen doch nicht eine constante Temp. garantieren. Eis innerlich wird nicht gegeben wegen der irritierenden Wirkung, die es auf die Magenschleimhaut hat. Innerlich erhält der Patient die ersten Tage $^1/_3$ Liter Wasser löffelweise. Von der Appli-

cation der Nährclystiere sind die Verf. abgegangen, weil sie zu häufig Reizzustände des Rectums erlebt haben. Tournier und Gros haben die rectale Ernährung bis zu 20 Tagen mit Erfolg durchgeführt. Die Verf. geben in den ersten Tagen je 2 Lavements aus isotonischen Salzlösungen von ca. ½ Liter. Vom 3—4 Tage an wird Milch in kleinen Dosen, angefangen von ⅓ Liter, mit Wasser verdünnt, eventuell unter etwas Schmantzusatz gegeben. Nach einer Woche ist man bei 1 Liter Milch und ½ Liter Wasser angelangt, am Ende der zweiten Woche bei 2½ Liter Milch für Frauen und 3 für Männer. Nach drei Wochen besteht das Regime aus Milch, z. T. in Form von Suppen, 4 Eiern. Allmählich, im Zeitraum von drei Monaten, kommen Puréesuppen, Gemüsepurées, Zwieback — schliesslich magere Fisch- und Fleischsorten und Fruchtcompotts hinzu. Auf dieser Diät sollen die Pat. nach geraume Zeit bleiben. Früher gaben die Verf. durch 6 Wochen nur Milch, doch sind sie unter dem Einfluss von Lenhartz und Senator zu der oben beschriebenen Diät übergegangen. Schwere Blutungen werden in Frankreich mit Adrenalin, Calc. chlorat, Gelatine behandelt. Tripier proponiert drei und mehr Male täglich grosse Lavements aus Wasser von 48—50°, in Rückenlage durch acht Tage, dann weiter ein Mal täglich, bis man den Pat. für gesund hält. Mathieu lässt im acuten Falle zwei Mal täglich heisse Lavements von physiologischer Kochsalzlösung mit Zusatz von Calc. chlorat. machen. Natürlich wird die absolute Diät möglichst lange beibehalten. Gleichzeitig wird per os Calc. chlorat, Gelatine gegeben, Eis auf den Leib, Morphium subcutan. Bourget proponiert Magenspülungen mit 1‰ Lösung von Eisenchlorid. Auch Mathieu hat diese Methode versucht, nicht immer mit Erfolg, aber jedenfalls ohne Verschlimmerung des Zustands. Gegen den Reichmannschen Symptomencomplex wird natürlich als radicalstes Mittel immer die Gastroenterostomie gelten, da in den meisten Fällen doch wohl eine unvollständige Stenose oder ein am Pylorus sitzendes Ulcus die Ursache abgibt. Mathieu hat viel Erfolg gegen Pylorospasmus von Bismut gesehen, das er in einer kleinen Menge Wasser gibt, auch von Belladonna und Atropin. Den Reichmannschen Symptomencomplex versuchten die Verf. noch mit der sogenannten Tubogavage zu bekämpfen. Aus dem nüchternen Magen wird womöglich ohne Wasserzusatz per Sonde der Inhalt entleert und darauf 50—100,0 Fleischpulver, in ½ Liter Milch gelöst, eingeführt. Nach einigen Tagen sollen die Schmerzen sistieren. Andere Autoren, wie Debove, geben von vornherein bei jeder Ulcuscur Fleischpulver mit der Begründung, dass es eine vorzüglich beruhigende Wirkung auf Spasmen ausübt. Zur Bekämpfung des eventuellen concomitierenden Katarrhs der Magenschleimhaut wenden Verf. Karlsbader Wasser an. Gegen Oelgebrauch sind sie strict, sich stützend auf eine unter Mathieu entstandene Arbeit von Odilon—Leclerc, nach der wohl eine geringere Acidität nach Oelgebrauch zu censtatieren war, aber die Entleerung des Magens sich verzögerte.

Prof. W. Obraszow-Kiew gibt ein sehr kurz gehaltenes Referat «über die Therapie des Magengeschwürs in Russland». Er weist auf das überaus seltene Vorkommen des Ulcus in der Landbevölkerung hin, die eine rein vegetarische Lebensweise hat, während die Stadtbevölkerung mit ihrem reichlichen Fleisch- und Kochsalzgenuss einen relativ hohen Procentsatz an Ulcuskranken liefert, so dass offenbar durch die Ernährung die Entstehung der Hyperacidität gefördert wird. Auch auf die relativ hohe Zahl der Ulcusfälle aus den Baltischen Provinzen macht Verf. aufmerksam. Er selbst bevorzugt, wie die meisten russischen Aerzte, die Leubesche Cur, doch liegen ihm gute Erfahrungen auch mit der Lenhartzschen sowie Senatorschen Methode vor. Er ist ein entschiedener Anhänger der Oelcur.

Die letzte VII. Arbeit in diesem reichhaltigen Heft ist ein Referat von A. Bickel: «Die Pathologie der Secretion und Motilität im Verdauungscanal».

E. Koch.

Richard Lenzmann. Die Pathologie und Therapie der plötzlich das Leben gefährdenden Krankheitszustände. Zweite, vielfach umgearbeitete und vermehrte Auflage. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1909. — XVII+584 Seiten. Preis brosch. 11 Mk. gebunden 12 Mark.

Das vorliegende Werk, welches vor 2 Jahren in erster Auflage erschien, ist mehr für den praktischen Arzt als für den Kliniker berechnet. Für den ersteren ist es ein schwer zu vermissender Ratgeber, doch auch für den letzteren lassen sich wertvolle Daten finden. So möchte ich denn auch dieses schöne Werk hauptsächlich denjenigen Collegen ans Herz legen, die fern von jeder Hilfe auf dem Lande ihrem verantwortungsvollen Beruf nachgehen. Im ersten Abschnitt behandelt der Verfasser die Erkrankungen des Gehirns und Nervensystems, wobei er sowohl die Ernährungsstörungen, mechanischen Einflüsse und entzündlichen Vorgänge berücksichtigt. Im zweiten Abschnitt sind die Blutungen des Respirationstractus, Verengerungen des Atmungsrohres und die Erkrankungen der Lunge behandelt. Der dritte Abschnitt handelt von den Erkrankungen des Circulationsapparates, von welchen das Asthma cardiale, die Angina pectoris, die Verletzungen des Herzens, die Pericarditis und Varixblutungen erwähnt werden. Im vierten Abschnitt kommen an die Reihe: die Blutungen des Verdauungsschlauches, Diarrhoen, Ileus, eingeklemmte Hernie, acute Peritonitis und innere Blutungen der Bauchhöhle. Von den urologischen Krankheitszuständen, denen das V. Capitel gewidmet ist, sind Blutungen, Harnverhaltung, Anurie und Urämie erwähnt.

Das VI. Capitel hat die gynäkologischen Affectionen zum Thema, und zwar sind zu finden Blutungen, Uterusincarcerationen, Extrauteringravidität, Uterusruptur, Eklampsie und Embolie.

Im letzten Capitel ist über die Vergiftungen die Rede.

Eine Kritik des interessanten Werkes im einzelnen ist des beschränkten Raumes wegen nicht möglich, es sei nur darauf hingewiesen, dass die Arterienverletzungen, die Caissonkrankheit und die das Leben unter Umständen durchaus plötzlich gefährdende Cholera asiatica nicht behandelt sind.

E. Hesse.

Prof. Wullstein und Prof. Wilms. Lehrbuch der Chirurgie. II. Band, 1. und 2. Lieferung. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1909.

Dieses neue Lehrbuch der Chirurgie liegt jetzt vollständig vor. Was wir am ersten Bande rühmten, trifft auch vollständig für den zweiten zu: Kürze, Vollständigkeit, Fehlen alles Schematischen und Schablonenhaften, Berücksichtigung der neuen und neuesten Errungenschaften der Chirurgie. Besonders wertvoll sind auch die ungewöhnlich zahlreichen und gut ausgewählten Abbildungen. Der zweite Band enthält die Erkrankungen der Bauchdecken, Leber, Milz, Pankreas (Prof. Poffert), Magenerkrankungen (Prof. Schloffer), Darmkrankheiten (Prof. Lanz), Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (Prof. Rovsing), Chirurgie des Beckens (Prof. Riedinger), die Lehre von den Hernien (Prof. Wullstein), die Erkrankungen der Weichteile der Extremitäten (Prof. Klapp), die Deformitäten der Extremitäten (Prof. Lange), Missbildungen der Extremitäten (Prof. Wilms), Verletzungen der Knochen und Gelenke (Prof. Payr), Amputationen und Exarticulationen (Prof. Ritter).

Das Buch ist sehr zu empfehlen.

Wanach.

Prof. Dr. Paul Th. Müller. Technik der serodiagnostischen Methoden. 2. Auflage. 88 Seiten. Jena, Verl. von Gustav Fischer. 1909.

Der bekannte Hygieniker bietet hier eine Zusammenstellung der wichtigsten serodiagnostischen Methoden. Dem rein praktischen Zwecke des Buches entsprechend, ist Theoretisches vollkommen beiseite gelassen, das Hauptgewicht ist auf eine möglichst genaue Beschreibung der Methoden gelegt und eine sehr vollständige Aufzählung aller zur Aufstellung jeder Reaction erforderlichen Reagentien und Gerätschaften gegeben. Der ersten Auflage gegenüber ist hier neu: ein Abschnitt über Conservierung der Sera; über den Nachweis von Fleischverfälschungen nach Uhlenhuth, Weidans und Wedemann; über die Ausflockungsreactionen, speciell die Luesdiagnose durch Lecithinausflockung, durch Ausflockung von glycocholsaurem Natron und die Klausnersche Reaction, über die Morosche Alexinprobe, endlich über verschiedene Modificationen der Wassermannschen Luesdiagnose, die von Tüge, Hühne, Bauer und Tschernogouboff angegeben worden sind.

F. Holzinger.

I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat

3. combinierte Sitzung für Grenzfragen.

Montag den 24. August, von 9—1 Uhr vormittags.

1) Dr. W. v. Holst hält sein «Referat über die Berührungspunkte zwischen Neurologie und Gynäkologie».

2) Dr. Keilmann: «Correferat» hierzu.

3) Dr. H. Truhart hält seinen Vortrag: «Ueber die Beziehungen des weiblichen Sexuallebens zu den Erkrankungen des Pankreas.

Die Discussion zu diesen Vorträgen findet gemeinschaftlich statt.

Dr. v. Knorre weist auf die Gefährlichkeit hin, welche jedem Untersuchen der Genitalien bei jungen Mädchen anhaf-

tet. Ganz abgesehen von dem Vernichten des Schamgefühls, kann durch eine derartige Exploration—selbst wenn sie nur per rectum vorgenommen wird—zu leicht die Psyche der Kranken auf die Unterleibsorgane hin gelenkt werden, mit denen sich das Mädchen bisher garnicht beschäftigte, und damit jenes «Bewusstsein einer Krankheit geweckt wird, an welchem sie zu leiden beginnt.» Dieses Concentrieren der Gedanken auf die Genitalsphäre geschieht aber noch weit häufiger durch die Mütter selbst, die in den durch Störungen des Allgemeinbefindens hervorgerufenen Menstruationsanomalien, schleimigen Absonderungen etc. die Ursache für die Anämie etc. sehen und einen nur mit ungläubigen Augen anblicken, wenn man sich bemüht, ihnen den richtigen Zusammenhang klar zu machen. Hier liegt ein dankbares Gebiet für den Hausarzt, der durch rechtzeitiges Aufklären und Belehren der Mütter viel Nutzen stiften kann und dem es dann im Verein mit einem Specialcollegen viel leichter gelingen wird, die überängstliche Mutter zu beruhigen und auf den richtigen Weg der Behandlung zu bringen.

Hat man begründeten Verdacht, ein Genitalleiden bei einem jungen Mädchen anzunehmen, so soll die Untersuchung stets nur in Narcose vorgenommen werden, da nur auf diese Weise ein exactes Tasten möglich ist.

In der Verurteilung der Massage kann man den Rednern nur beistimmen—besonders in der Behandlung der Retroflexio sollte die Massagebehandlung endlich ganz aufgegeben werden, da es unmöglich ist, die überdehnten Lig. rotund. uteri durch eine Massagecur zur Contraction und normalen Stärke zu bringen. Bisher ist es keinem gelungen — auch nicht Thure-Brandt — eine Retroflexio durch Massagebehandlung in Anteflexio dauernd umzuwandeln.

Mit Recht weist Dr. v. Holst darauf hin, dass mit der Diagnose «Oophoritis» und Behandlung daraufhin mit Massage etc. bis zur operativen Entfernung des angeblich erkrankten Ovariums viel Unfug getrieben worden ist und noch getrieben wird. Uns Frauenärzten ist es schon längst bekannt, dass eine «Oophoritis» als Erkrankung sui generis garnicht vorkommt und dass im grössten Teil der Fälle die in der Ovarialgegend localisierten Schmerzen lediglich der Ausdruck einer allgemeinen Neurose sind, die durch Allgemeinbehandlung, nicht aber durch locale Behandlung zum Schwinden zu bringen sind. Wenn wir nun besonders in Riga unter der aus dem Osten angereisten Krankenclientel eine grosse Menge Fälle mit dieser Diagnose finden, so hängt dieses mit einem Festhalten an früher geltenden Auffassungen zusammen, die als längst geklärt und von allen Frauenärzten verlassen zu bezeichnen sind.

Dr. A. Christiani schliesst sich im Allgemeinen den Ausführungen des Referenten voll und ganz an, möchte nur einige geringe Ausstellungen machen. Vor allen Dingen solle die Retroflexio uteri nie um ihrer selbst willen behandelt werden, sondern erst, sobald sie Beschwerden macht. Die Parametritis posterior so strict negieren, wie Herr Keilmann das tut, könne er nicht, da die pathologisch anatomischen Arbeiten Freunds und Rosthorns doch als feststehende Tatsachen dastehen; wie oft wir sie diagnosticieren dürften, sei eine andere Frage, jedenfalls habe die Diagnose nur geringe Bedeutung, da uns heute doch leider jede locale Therapie im Stich lasse und nur Schaden stiften könne, daher die Allgemeinbehandlung das einzig rationelle sei. Da von den Beziehungen der Neurosen zu den Genitalerkrankungen gesprochen worden, möchte er hier auch die Frage der Hyperemesis gravidarum berühren. Die Ahlfeld'sche Theorie und die Reflextheorie haben ihre alleinige Bedeutung verloren, da die Toxinämie-Theorie auf pathologisch-anatomischen Befunden dazu getreten sei. Er müsse es als einen Rückschritt bezeichnen, wenn Winter wieder die Neurose in den Vordergrund stelle und dieselbe allein für das Erbrechen verantwortlich mache, während die Intoxication, die Winter ja auch zugebe, nur eine Folge der Inanition durch das Erbrechen sein solle. Um Inanition als Folge des Erbrechens zu erklären, muss letzteres aber auch so profuse sein, dass eine Erklärung auch passt. Die Hyperemesis gravis oder toxica geht aber häufig mit so geringem Erbrechen einher, dass wir die Schwere des Zustandes übersehen, wenn wir auf das Symptom «profuses Erbrechen» warten würden. Gerade die Incongruenz zwischen der Schwere des zu beobachtenden Allgemeinzustandes und dem relativ schwachen Erbrechen solle uns auf die Schwere der Intoxication aufmerksam machen. Die erschreckend hohe Mortalität von 50 pCt. der toxischen Hyperemesis ist nur dadurch zu erklären, dass zu spät eingegriffen wird, weil die armen Frauen für hysterisch erklärt werden. Ohlshausens Ausspruch, dass er nie vernünftigere Wesen als die an Hyperemesis leidenden gesehen habe, besteht voll zu Recht.

Dr. Ed. Schwarz erinnert daran, dass schon gestern von Herrn Tiling auf die Freud'schen Arbeiten hingewiesen worden sei, wonach die im Unterbewusstsein schlummernden alten Erlebnisse durch «Abreagieren» ins Bewusstsein zu bringen seien. Es seien gewichtige Argumente gegen die Methode geltend gemacht worden. Mit Freude und Dankbarkeit seien die Mitteilungen der Herren Referenten zu begrüssen, die hier auf unserem Congress laut geworden seien, sie geben uns die Macht, mit mehr Nachdruck gegen ein Verfahren zu kämpfen, das ähnlich der Freud'schen Methode Dinge zum Bewusstsein der betreffenden Frauen bringt, die das grösste Unglück der Kranken und ihrer Umgebung, ja der ganzen Familie veranlassten und erzeugten.

Dr. Baron Ungern-Sternberg meint, er müsse, ohne ein Werturteil aussprechen zu wollen, doch auf die Lehre von Freud, Jung u. a. zurückkommen, deren Bedeutung doch Herr Tiling gestern hervorgehoben habe. Freud sehe als Ursache der hysterischen Erkrankung ein sexuelles Trauma an, das das Individuum in jungen Jahren erfahren habe, wobei er unter diesem Trauma nicht nur das Grob-Anatomische versteht. Dieses Trauma wurde als von der Bewusstseinssphäre störend empfunden und aus einem Gefühl der Selbsterhaltung ins Unbewusste verdrängt und äussere sich transformiert in den verschiedensten hysterischen Symptomen. Auf Grund dieser Ueberlegung führe Freud diesen «eingeklemmten Complex» auf dem Wege complicierter Associationsmethoden wieder ins Bewusstsein zurück und reagiere ihn so gewissermassen ab; er wolle so vielfach Heilung erzielt haben. Die Lehre von Freud habe heftigen Widerspruch erfahren, so am eindringlichsten von Aschaffenburg auf dem Congress süddeutscher Psychiater und Neurologen. Doch wenn sich auch der Congress im allgemeinen gegen Freud ausgesprochen, so mehrten sich doch auch reichliche Berichte in der Literatur aller Länder, die in vollem oder beschränktem Sinne, — indem nicht nur das sexuelle Trauma für den eingeklemmten Affect verantwortlich gemacht wurde, — Freud zustimmten. Wir haben noch kein Recht, über Freud ad acta zu gehen oder ihn zu ignorieren. Es ist damit von neuem ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Hysterie und der Sexualsphäre und damit auch der Sexualorgane betont worden. Aus diesem Gesichtspunkt und indem er die Therapie Freuds im Auge habe, müsse er sich auch allen Vorrednern darin anschliessen, dass eine Polypragmasie in dem Gebiet der Sexualorgane vom Standpunkt der Neurologie zu verwerfen sei. Der eingeklemmte Affect werde dadurch nicht gelöst, sondern er kapselt sich dadurch nur immer mehr ein aus psychologisch verständlichen Gründen. Ihn aber aufzudecken, dazu gehören besondere hier nicht zu erörternde Methoden in der Hand sachlich-ernster Aerzte.

Dr. Hausmann ist der Ansicht, dass ein Teil der als nervös angesehenen Beschwerden auf latent oder larviert verlaufenden Leiden beruht. So entpuppe sich nicht selten eine Neurose als Folge einer Spitzenaffection, oder eine nervöse Gastralgie resp. Enteralgie als Ulcus, chronische Appendicitis, chronische Cholecystitis etc. Letztere organische Leiden der Abdominalregion ständen insofern in Beziehung zur Genitalsphäre als die Menstruation einen zweifellosen Einfluss auf das Manifestwerden und das Auftreten von Beschwerden von seiten dieser Organe haben könne, die leicht für nervös gehalten werden können, also für rein nervöse durch die Menstruation ausgelöste Beschwerden. Vielleicht könnten auch die bisher latent verlaufenen und erst während der Menstruation manifest werdenden Pancreatitiden, die von Dr. Trubart angeführt wurden, in diesem Sinne aufgefasst werden.

Dr. Idelsohn möchte die Bemerkung des Herren v. Holst über die Bedeutung des Klimakteriums dahin ergänzen, dass seiner Erfahrung nach dasselbe für die Entwickelung nervöser Störungen, speciell bei Frauen jüdischer Nationalität, von ganz eminenter Bedeutung sei. Ob hierbei nur die Involutionsvorgänge im Organismus, speciell in den Circulationsverhältnissen die Hauptrolle spielten, oder ob andere sociale Momente z. B. Witwenstand, Enttäuschung über die nunmehr ins Leben tretenden Kinder — ins Gewicht fallen, jedenfalls beweist das Auftreten von Sympathicuserscheinungen, gichtischen Symptomen und Stoffwechselstörungen zur Zeit des Klimakteriums den innigen Connex zwischen der Genitalsphäre und Nervenstörungen. Bezüglich der Hyperemesis möchte er die nicht seltene Complication mit chronischer Urämie erwähnen, welche Anlass zum Erbrechen gibt und nicht selten übersehen wird.

Dr. P. Hampeln fühlt sich veranlasst, als Internist gleichfalls zu dieser Frage das Wort zu ergreifen und zwar von allgemein-pathologischem Standpunkt aus. Es scheint ihm in den Vorträgen und den Verhandlungen das eigentliche Generationsorgan, die Ovarien zu wenig berücksichtigt worden zu sein und deren mögliche und wahrscheinliche Beziehungen zu Erkrankungen des weiblichen Geschlechts. Wie man früher vielleicht unberechtigter Weise zu viel von Drüsensecreterhaltung hielt, so scheint jetzt nach dem Gesetz des Widerspruchs zu wenig Gewicht darauf gelegt zu werden. Und doch ist es sehr wahrscheinlich, dass das wichtige Generationsorgan unter Vermittelung der Blut- und Nervenbahnen und als Secretionsorgan vielfach Krankheitsbilder erzeugt, die die Alten als Hysterie bezeichneten. Mit diesem Ausdruck ist aber

sicher an das Generationsorgan als Ganzes und nicht an den Uterus allein gedacht. Es liegt hier der bekannte Fall einer «pars pro toto» vor. Der Uterus selbst hat, wie der Vortragende ausführte, mit den in Frage kommenden Erkrankungen kaum etwas zu tun. Anders steht es mit den Ovarien, die gerade wie die Nebennieren, Thyreoidea, Hypophysis durch Störungen ihrer Function und Secretion, durch ihre Relation zu anderen Organen, vielleicht doch die wesentlichen Bedingungen vieler Erkrankungen des weiblichen Geschlechts darstellen könnten. Es erscheine ihm darum nicht nur nicht «unwissenschaftlich» an solchen Zusammenhängen festzuhalten, sondern vielmehr die wissenschaftliche Forderung vorzuliegen, sich weiter in diese Fragen zu vertiefen.

Dr. A. v. Bergmann warnt davor, die Diagnose «Appendicitis» in dieser Kategorie zu stellen, ohne dass man sie auf eine einwandfreie Anamnese oder einen deutlichen palpatorischen Befund stützt. Operiert man hier ohne Berücksichtigung dieser Prämissen, so hat man dazwischen einen ganz gesunden Wurmfortsatz entfernt, oder die Veränderungen sind so gering, dass die Frage offen bleibt, ob diese Appendix auch wirklich entfernt werden musste. Jedenfalls kommt bei diesen Fällen auffallend häufig postoperativ (Wochen später auftretend) Auftreten derselben Beschwerden vor, wie ante operationem, und eine monatelange Behandlung bringt die Patientinnen erst wieder zu mehr oder weniger relativem Wohlbefinden.

Dr. C. Dehio betont, dass der Zusammenhang zwischen Leiden der Genitalsphäre und allgemeinen Krankheitserscheinungen durchaus nicht einfach, ja oft sehr schwer zu verstehen sei. Dieser Einfluss äussere sich in 3 Formen, erstens als sog. «kurzer Reflex», zweitens als «weiterer Reflex», drittens in den Wirkungen der sog. «inneren Secretion», die sehr wichtig sei, und zwar nicht nur beim Ovarium, sondern auch beim Uterus. Die colossale Bedeutung der inneren Secretion sei deutlich erwiesen durch die Ergebnisse der Transplantation drüsiger Organe an beliebige Körperstellen, wo sie, wenn sie nur gut einheilen, alsbald ihre wichtigen Functionen aufnehmen. Hinsichtlich der Therapie der in Rede stehenden Leiden müsse er durchaus einer psychischen Behandlung das Wort reden, einer echten Suggestivbehandlung; diese Patientinnen müssen geradezu erzogen werden, ihr Wille müsse gestählt werden.

Dr. A. Keilmann (Schlusswort) wendet sich gegen die Annahme des Herrn Hampeln, als schätzten die Gynäkologen die grosse Bedeutung der «inneren Secretion» nicht; dass sie nicht erwähnt wurde, lag an der notwendigen Kürze des Referats. Die Anerkennung der Bedeutung dieser ovariellen Function sei identisch mit dem Kampf gegen die Castration seitens der Gynäkologen; man schätze die Ovarien für die Gesundheit des Individuums sehr hoch ein. Auf die von Herrn Idelsohn erwähnte Bedeutung der physiologischen Functionsphasen der Genitalien sei er nicht eingegangen, weil Herr v. Holst das Wesentliche dazu gesagt habe, er füge nur hinzu, dass der Eintritt des Klimakteriums keineswegs besondere Erscheinungen im Gebiete des Nervensystems auslösen müsse, wenn auch gewisse subjectiv als krankhaft empfundene angioneurotische Störungen so häufig sind, dass sie als fast physiologisch angesehen werden müssen. Von den Frauen, die das Klimakterium ganz ohne Beschwerden überstehen, bis zu denen, bei welchen eine Psychose ausbricht, lässt sich eine continuierliche Reise aufstellen. Herrn Christiani gegenüber müsse er daran festhalten, dass die sog. Parametritis doch immer seltener und seltener werde, so dass Strauch nicht einmal 1 pCt. seiner Kranken daran leidend fand. Jedenfalls müsse man, um eine solche Diagnose zu stellen, etwas fühlen, keinesfalls glaube er, dass die Parametritis posterior weite Reflexe auslösen könne. Hinsichtlich der Hyperemesis sei doch daran festzuhalten, dass die nervöse Disposition hier eine grosse Rolle spiele. Wohl könne in gewissen Fällen eine Intoxication vorliegen, doch sei darüber nichts Genaues bekannt, die offenbar schwerste Schwangerschaftsintoxication — die Eclampsie kann aber ohne Erbrechen zum Tode führen.

Dr. v. Holst (Schlusswort) verleiht seiner Freude darüber Ausdruck, dass das besprochene Thema nicht nur eine lebhafte, anregende Debatte hervorgerufen habe sondern auch im grossen und ganzen von den Collegen in übereinstimmender Weise beantwortet worden sei. Dr. Hampeln gegenüber müsse auch er hervorheben, dass er die innere Secretion keineswegs unterschätze, sie habe ihre Bedeutung bei den Ovarien gerade so wie bei der Thyreoidea, der Hypophysis, die Bedeutung der Intoxication bei Hyperemesis sei nicht eine so ausschliessliche, wie Herr Christiani meint, ein grosser Teil der Fälle stelle doch Neurosen dar.

Dr. Truhart (Schlusswort). Die Frage nach dem Causalnexus zwischen Verdauungskrankheiten und Frauenleiden, speciell die Frage, ob das Nervensystem oder ob das Blut (Toxine) hierbei die Vermittlerrolle spiele, sei in allerjüngster Zeit Gegenstand eingehender Forschungen gewesen. Er erinnere nur an die diesbezüglichen Arbeiten von Gräfenberg unter Pfannenstiel in Kiel, ferner an die Abhandlung von Borodenko aus der experimentell-biologischen Abteilung des Berliner pathologischen Instituts, an die interessanten Veröffentlichungen Lewisohns aus Senators Klinik für innere Krankheiten. Sowohl die eine wie die andere Theorie hat ihren Anhang. Sicher wissen wir, dass das Nervensystem der Frau eine weit grössere Labilität besitzt als das des Mannes. Auf physiologisch-experimentellem Wege lässt sich ein Reflexbogen, auf welchem sich die Nervenleitung von den Sexualorganen centripetalwärts fortleitet, nicht sicherstellen. Ich bin zu der Ansicht gelangt, dass wir die Lösung in dem ungelöstem «Problem des Sympathicus zu suchen und im sympathischen Nervensystem die Bahnen zu erblicken haben, auf welcher die Erregung der Sexualorgane zum vasomotorischen Centrum hinaufgeleitet wird, um von der Medulla aus durch die Vasamotoren centrifugal zu den betreffenden Organen fortgeleitet zu werden. Wie bei allen übrigen drüsigen Organen des Körpers werden wir auch für die heute von mir besprochenen Erkrankungen des Pankreas bei der in Rede stehenden Aetiologie eine Erklärung für die Pathogenese finden.

4. Dr. L. Bornhaupt. «Die Behandlung der allgemeinen eitrigen Peritonitis» (Referat).

Discussion:

Dr. E. Mey regt die Beantwortung der Frage an, warum häufig, besonders in der Landpraxis, chirurgische Eingriffe trotz des Mangels elementarer aseptischer Cautelen anstandslos heilen, oft gerade auch in der Geburtshilfe? Redner meint, dass bei Heilungsvorgängen infectlöser Processe zu wenig oder garnicht die individuellen Eigentümlichkeiten des Organismus berücksichtigt werden.

Dr. A. Keilmann erwidert dem Herrn Mey, seine Frage sei leicht dahin zu beantworten, dass nicht die Disposition einen verschiedenen Effect der Infection eintreten lasse, sondern eine verschiedene Virulenz des infectiösen Materials; auch eine ungewaschene Hand braucht nicht immer pathogene Keime zu enthalten, und deshalb tritt nicht immer auch bei groben Verstoss gegen die Asepsis eine schlimme Infection ein, dazu komme, dass ein Arzt auf dem Lande sehr oft nicht so gefährliche Hände habe, wie ein mit infectiösem Material immer in Berührung stehender Krankenhausarzt. Dessen müsse sich dieser stets wohl bewusst sein, der Landarzt aber sei deshalb von der Pflicht, sich zu desinficieren, nicht entbunden. Hinsichtlich der operativen Behandlung der puerperalen Peritonitis stellt sich die Sache so, dass bei operierten Fällen ca. 65 % Mortalität angegeben werden, während exspectativ behandelte puerperale Peritonitis im Stadtkrankenhause zu Riga eine Mortalität von nur 56 % ergaben. Veit stellt fest, dass eine Beurteilung der Operationseffecte ohne Vergleichung bakteriologisch untersuchter Fälle nicht möglich sei.

Dr. W. Zoege v. Manteuffel (Dorpat) hält die ganze Frage der Peritonitisbehandlung noch für strittig. Die vom Referenten hier angegebenen Tabellen mit den Heilungsprocenten der verschiedenen Autoren könnten nicht als massgebend angesehen werden. Das Paradigma der Peritonitis — die Appendicitis gebe nach den neusten Untersuchungen von Rostowzew beim Operieren im Anfall — 18 % Mortalität, beim Abwarten auch 18 %. Dabei müssten die im Intervall operierten Fälle eigentlich den durch conservative Behandlung Geheilten zugezählt werden, da sie ja den eigentlichen Anfall mit Hilfe der conservativen Therapie überstanden hätten, so dass die Zahlen sich dann noch zu gunsten der letzteren verschieben würden. Andererseits seien unter die operativ Behandelten auch die notorisch zu spät operierten Fälle aufgenommen, sodass alle diese Zahlen sehr angreifbar seien und kein Recht zu praktischen Schlüssen gäben.

Dr. A. v. Bergmann meint, dass in der Peritonitisfrage auch deswegen ein einheitlicher Standpunkt fehle, weil die verschiedenen Erkrankungen, die zur Peritonitis führen, nicht auseinandergehalten werden. Bei der Appendicitis handele es sich meist nicht um die Frühoperaton der Peritonitis, sondern der Perforation und ihrer unmittelbarsten Folgen, von denen man noch nicht weiss, ob sie notwendigerweise zu allgemeiner Peritonitis führen werden. Wie Herr Bornhaupt schon ausgeführt habe, komme es darauf an, Prophylaxe zu treiben und zu operieren, ehe noch eine allgemeine Peritonitis da sei, da wir wissen, dass die Magenperforation so gut wie immer und die Appendicitis oft genug zu allgemeiner Peritonitis führen. Warten wir erst die volle Entwickelung der allgemeinen Peritonitis ab, dann wird zwischen den Resultaten operativer und conservativer Behandlung kein allzugrosser Unterschied sein, die Kranken sterben aber fast alle.

Dr. L. Bornhaupt (Schlusswort) erwidert, er habe die Tabelle, über die Herr Zoege v. Manteuffel gesprochen, nicht aus dem Grunde angeführt, weil sie in der Beziehung einen Wert habe, wie Herr Zoege v. Manteuffel es verlange, im Gegenteil, er habe diese statistischen Zahlen

hier aufgeführt, um zu zeigen, dass sie eben insofern keine Schlüsse zulasse, als sie nicht nur die Fälle von allgemeiner eitriger Peritonitis umfasse, sondern auch solche, die nicht dazu gerechnet werden können, enthalte. Durch die operative Behandlung der allgemein gewordenen Bauchfellentzündung könne ein derartig hoher Heilungsprocentsatz, wie er z. B. auf der Tabelle stehe, nicht erzielt werden. Andererseits bestehe aber die Tatsache zu recht, dass Fälle von wirklich allgemeiner, d. h. über die ganze Bauchhöhle verbreiteter Peritonitis durch die Operation geheilt worden seien. Die Prognose sei zu ersehen aus den Zahlen der anderen Tabelle, die zeigen, dass bei den in den ersten 36 Stunden operierten Fällen 70 %, bei den am 8-ten Tage operierten nur 13 % Heilungen erzielt worden seien. Die Ausführungen des Herrn Mey habe Herr Keilmann schon beantwortet, er wolle nur noch hinzufügen, dass die Chirurgen oft keine Zeit haben, sich über die individuellen Anlagen des Organismus zu orientieren, und dass die allgemeine eitrige Peritonitis selbst die stärksten Constitutionen dahinraffe.

5. Dr. F. Holzinger hält seinen Vortrag: «Ueber den Einfluss osmotischer Strömungen auf die Entwickelung der Bakterien».

6. Dr. v. Dehn demonstriert die «Lungentuberculose im Röntgenbilde».

An der Hand von 12 vorzüglichen Röntgenaufnahmen demonstriert Redner die verschiedenen Veränderungen an der Lunge tuberculöser Natur, die im Röntgenbilde deutlich gemacht werden können. Das Röntgenverfahren zeige Verdichtungen, die wegen ihrer Kleinheit oder des centralen Sitzes der Percussion entgehen, die Aufhellung der Lunge beim Inspirium, die Bewegungen des Diaphragma seien sehr deutlich sichtbar. Bild 1 zeige eine normale Lunge ohne tuberculöse Verdichtungen. Bild 2 stellt die Aufnahme eines Skelettes dar, an dem man die Fehlerquellen bei der Deutung von Lungenaufnahmen studieren könne, die Kreuzungsstellen der Rippen und die Querfortsätze der Wirbel wurden nicht selten als Verdichtungen gedeutet. Bild 3 zeigt den Thorax einer lungengesunden Frau, bei der die Mamma einen Schatten gebe, der nicht missdeutet werden dürfe. Bild 4 zeigt Hilusdrüsen und lymphangoitische Schatten bei einem Kinde mit positiver Pirquet'scher Reaction. Bild 5 bringt verkalkte Drüsen und Lymphangoitis beim Erwachsenen zur Anschauung. Die subcutane Tuberculinreaction fiel positiv aus. Bild 6 zeigt Hilusdrüsen bei einem Patienten mit Fungus cubiti. Bild 7 zeigt Verdichtungen in den Lungenspitzen mit Verknöcherung des ersten Rippenknorpels, Zurückbleiben der einen Diaphragmahälfte. Bild 8 zeigt Verdunkelung der Lunge mit Aufhellungen, welche durch Cavernen hervorgerufen sind bei vorgeschrittener Phthisis pulm. und Bacillen im Sputum. Bild 9 zeigt ein Spitzeninfiltrat, beiderseits verkäste Hilusdrüsen, links ein pleuritisches Exsudat, rechts schwartige Pleuritis, die Diaphragmaexcursionen sind durch die Schwarten behindert. Bild 10 bringt verstreute tuberculöse Herde zur Anschauung, welche nach einer Pneumonie zurückgeblieben sind. Bild 11 zeigt dasselbe wie Nr. 10, nur besteht hier ein offener Pneumothorax nach Pleuraempyem und Rippenresection. Bild 12 zeigt uns eine Lungengangrän und verkalkte Drüse. Der röntgenographische Befund wurde in diesem Falle durch die Section bestätigt. Zum Schluss fasst Redner die Ergebnisse seiner Untersuchungen darin zusammen, dass die Röntgenuntersuchung genaue Daten über Verdichtungen und deren Ausdehnung gibt, sodass die Röntgenbilder bei der Lungentuberculose etwas Charakteristisches bieten,—Schlüsse über das Alter der Processe und die Art der Schatten seien nicht zulässig.

Der Vorsitzende schliesst die Sitzung um 2 Uhr nachm.

Secretär: Dr. O. Brehm.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Das Kaiserliche Institut für experimentelle Medicin hat auf Verfügung des Obermedicinalinspectors grosse Mengen von Pestheilserum in das Uralgebiet und in das Gouvernement Astrachan geschickt. In das Uralgebiet sind ausserdem aus St. Petersburg 4 Aerzte zur Ergreifung von Massregeln gegen die Verbreitung der Pest commandiert worden.

— Von dem Organisationscomitee des XI. Pirogow'schen Congresses Russischer Aerzte geht uns die Mitteilung zu, dass der Congress vom 21. bis zum 28. April 1910 in St. Petersburg stattfinden wird; über Ort und Zeitpunkt der ersten allgemeinen Versammlung wird eine besondere Mitteilung noch erfolgen. Die Vorsitzenden der Sectionen werden Anmeldungen von Vorträgen seitens der Congressmitglieder bis zum 15. März 1910 annehmen. Das Résumé und die Thesen müssen möglichst frühzeitig, jedenfalls aber nicht später als zum obengenannten Termin an das Comitee eingesandt werden: St. Petersburg Archijereiskaja 8, Weibl. Med. Institut. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10 Rbl. und ist an den Schatzmeister, Dr. A. Lichatschew nach obiger Adresse einzusenden.

— Die Pest in Russland. Laut officieller Mitteilung der «Antipestcommission» erkrankten im Uralgebiet am 14. December 3 Personen und starben 2; zum 15. Dec. blieben in Behandlung 4 Personen. Am 20. und 21. December fanden keine Erkrankungen statt. Am 21. Dec. starb 1 Person. — In Akbalyk, Gouv. Astrachan, erkrankten nach längerer Pause am 20. December wieder 2 Personen an der Pest und von den früher erkrankten starben 2. Am 21. Dec. erkrankten und starben 3 Personen, am 22. Dec. erkrankten 2 und starb 1.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 6. bis zum 12. Dec. 1909 529 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 31, Typh. exanth. 5, Febris recurrens 12, Pocken 45, Windpocken 38, Masern 134, Scharlach 88, Diphtherie 112, Cholera 7, acut. Magen-Darmkatarrh 36, an anderen Infectionskrankheiten 21.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12827. Darunter Typhus abdominalis 187, Typhus exanth. 18, Febris recurrens 43, Scharlach 294, Masern 116, Diphtherie 277, Pocken 190, Windpocken 8, Cholera 12, crupöse Pneumonie 88, Tuberculose 726, Influenza 215, Erysipel 129, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 80, Syphilis 537, venerische Krankheiten 353, acute Erkrankungen 2236, chronische Krankheiten 1798, chirurgische Krankheiten 1618, Geisteskrankheiten 3349, gynäkologische Krankheiten 281, Krankheiten des Wochenbetts 42, verschiedene andere Krankheiten 76.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 711 + 37 Totgeborene + 51 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 7, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 18, Masern 25, Scharlach 21, Diphtherie 18, Keuchhusten 16, crupöse Pneumonie 31, katarrhalische Pneumonie 77, Erysipelas 9, Influenza 13, Pyämie und Septicaemie 8, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 97, Tuberculose anderer Organe 16, Dysenterie 0, Cholera 2, Magen-Darmkatarrh 38, andere Magen- und Darmerkrankungen 33, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 48, Marasmus senilis 16, andere Todesursachen 214.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 5. December in Jalta Dr. W. P. Solowjew, geb. 1873, approbiert 1898. 2) Am 14. Dec. in St. Petersburg Dr. I. W. Lebedew, geb. 1848, approbiert 1870. 3) In Mossewiczi (Gouv. Grodno, Kreis Wolkowysk) Dr. C. N. Bitner, geb. 1859, approbiert 1884. 4) Am 20. December in St. Petersburg Dr. W. J. Dmitriew, geb. 1871, approbiert 1896. 5) Am 23. December in St. Petersburg Dr. Adolf v. Schwanebach, geb. am 12. October 1858. Nachdem er von 1877 bis 1883 in Dorpat Medicin studiert hatte und 1884 approbiert worden war, liess er sich in St. Petersburg nieder, wurde Assistent bei dem verstorbenen Laryngologen Dr. Rühlmann und specialisierte sich für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. In diesem Fach erfreute er sich einer sehr ausgebreiteten Privatpraxis. Zugleich war er Consultant für diese Specialität am Deutschen Alexanderhospital für Männer, am St. Olga-Hospital und an der Dreifaltigkeitsgemeinschaft der barmherzigen Schwestern. 6) Am 1. Dec. in Wladiwostok Dr. E. I. Korleis, geb. 1878, approbiert 1908. 7) Dr. Erik Joh. Widmark, Professor der Ophthalmologie an dem Medicinischen Institut in Stockholm. 8) Dr. A. Spediacci, Professor der Pathologie an der medicinischen Facultät zu Sienna.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 12. Jan. 1910.

(Jahressitzung).

Tagesordnung: Blessig. Präsidialvortrag: Ueber die Entwicklung der Ophthalmologie im letzten Halbjahrhundert.
Jahresberichte der Secretäre und des Schatzmeisters.
Wahlen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. Jan. 1910.

Tagesordnung: Dr. Westphalen: Ueber den derzeitigen Stand der Therapie des uncomplicierten Ulcus ventriculi.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga. Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 2 St. Petersburg, den 9. (22.) Januar 1910. XXXV. JAHRGANG.

Ueber die Lungentuberculose im Röntgenbilde.

(Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztetag zu Dorpat, 1909).

Von

Dr. O. von Dehn-Reval.

Die klinische Diagnose einer Lungenerkrankung ist wohl immer mehr oder weniger hypothetisch. Nur die Autopsie fördert sichere Tatsachen an den Tag. Je genauer unsere Untersuchungsmethoden sind, mit je mehr Kritik wir sie anwenden, um so mehr nähern sich unsere Mutmassungen den Ergebnissen der pathologischen Anatomie. Ich will Ihnen im folgenden die Röntgenogramme einiger Fälle von Lungentuberculose demonstrieren und sie dabei von dem Standpunkt betrachten, ob diese neue Untersuchungsmethode geeignet ist, den klinischen Status dem anatomischen Befunde zu nähern. Betrachten wir uns zunächst das Röntgenogramm eines normalen kindlichen Thorax, so sehen wir viele Einzelheiten, die einer noch so sorgfältigen Percussion entgehen. Zu allererst fallen uns (Demonstration) die beiden dunklen Schatten rechts und links vom Herzen auf, die den Hilusgebilden (Bronchien und Gefässen) entsprechen. Von diesen Schatten gehen feine Verästelungen über die ganze Lunge, sie entsprechen den kleineren Bronchien und Gefässen. In der Mitte verläuft der tiefschwarze, vertical gestellte Schatten der Wirbelsäule, des Herzens und der grossen Gefässe. Auf seine Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen, will aber Ihre Aufmerksamkeit noch auf die scharf gezeichnete Zwerchfelllinie lenken. Diese hebt und senkt sich beim Atmen, ohne dabei ihre bogenförmige Gestalt zu verändern, gleichzeitig sieht man das ganze Lungenfeld sich abwechselnd aufhellen und verdunkeln. Schliesslich sehen wir noch die sich stellenweise kreuzenden Rippenspangen, die sich bei der Atmung beugen. Und doch ist dieses detailreiche Bild mit vielen Mängeln behaftet, die den Wert einer Röntgenuntersuchung bedeutend herabsetzen. Alle feinen Unterschiede, die wir hier sehen, sind einzig und allein Dichtigkeitsunterschiede, Unterschiede des specifischen Gewichts und folglich — bei der Lunge — des Luftgehalts. Die Röntgenstrahlen zeigen Verdichtungen des Lungengewebes, die der Percussion entgehen, sei es wegen ihrer Kleinheit, sei es wegen ihrer centralen Lage, sie orientieren uns über die Volumzunahme und Luftfüllung der Lunge beim Atmen, über die Bewegungen des Zwerchfells; darin liegt die Stärke des Verfahrens. Es vermag nie ein frisches Infiltrat von einer narbigen Schwarte oder einem verkästen oder verkalkten Herde mit Sicherheit zu unterscheiden, wenn auch das erstere mehr wolkig aussieht und keine so scharfen Conturen zeigt wie die letzteren. Ein katarrhalischer Spitzenprocess ohne Verdichtung des Parenchyms kann nie mit Hilfe der Röntgenstrahlen nachgewiesen werden. Durch diese Einschränkungen ist die Schwäche der neuen Untersuchungsmethode bedingt. Somit darf es keine Röntgendiagnosen geben, wie es ja auch keine Auscultations- oder Percussionsdiagnosen gibt, nur Röntgenbefunde dürfen erhoben werden. Wir haben es mit einer vollwertigen Untersuchungsmethode zu tun, die die anderen unterstützen und controllieren soll, nicht sie verdrängen. — Im Röntgenbilde des Thorax sind viele Einzelheiten vorhanden, die uns zu Fehlschlüssen verleiten können. Jeder Schatten ausser den genannten normalen imponiert als pathologisch, doch muss gerade hier strengste Kritik geübt werden. Sehen Sie sich das Röntgenbild (Demonstration) eines skelettierten Thorax an, bei dem von Verdichtungen der Lunge selbstverständlich nicht die Rede sein kann, so fallen Ihnen die merkwürdig dunklen Kreuzungsstellen der Rippen auf. Hier z. B. ist die vordere Spange nur angedeutet, die Kreuzungsstelle sieht wie ein dunkler Fleck auf der hinteren Spange aus. Fällt eine solche Stelle mit dem normalen Hilusschatten zusammen und sind die Rippen durch die umgebenden Weichteile weniger sichtbar geworden, so können wir an einen Herd denken, wo tatsächlich absolut normale Verhältnisse vorliegen. Aehnlich verhält es sich mit den Querfortsätzen der ersten Brustwirbel, deren Schatten

noch dazu in die Gegend der Spitzen kommen. Für einen diffusen Herd kann auch die Scapula gehalten werden. Ein genaues Studium ähnlicher anatomischer Bilder muss uns vor derartigen Fehlschlüssen schützen. Auf diesem Thorax einer lungengesunden Patientin (Demonstration) sehen Sie die regelmässigen, rundlichen Schatten der Mammae, die auch richtig erkannt werden müssen; dasselbe gilt von ungleich entwickelter Muskulatur, oberflächlichen Lymphdrüsen, Lipomen u. dergl., die unbedingt vor der Durchleuchtung nachgewiesen werden müssen. Im übrigen zeigt dieses Bild dieselben Verhältnisse, wie das erste Bild eines normalen kindlichen Thorax. Nur ist hier der Hilusschatten deutlicher ausgesprochen, der Hauptbronchus des Unterlappens ist auch sichtbar.

Gehen wir nun zu den pathologischen Befunden bei der Lungentuberculose über, so muss ich noch einige Worte über das Krankenmaterial sagen, von dem die Bilder herrühren. Wie schon erwähnt, können wir nur die Fälle als absolut einwandfrei hinstellen, bei denen der intra vitam erhobene Status bei der Section bestätigt wurde. Leider verfüge ich nur über ein einziges derartiges Bild. Bei den übrigen ist die klinische Diagnose teilweise durch positive Tuberculinreaction, durch positiven Tuberkelbacillenbefund, durch tuberculöse Erkrankungen anderer Organe oder durch den späteren Verlauf bestätigt worden. Hier sehen Sie (Demonstration) das Röntgenogramm der Lungen eines im übrigen gesunden Mädchens, das bei negativem klinischen Befunde dauernd subfebrile Temperatur zeigte. Die Pirquetsche Hautreaction gab ein positives Resultat. Bei der Durchleuchtung zeigte sich eine normale Aufhellung der Lunge im Inspirium und normale Bewegungen des Zwerchfells. Die rechte Lunge ist in toto etwas dunkler als die linke, doch ist die Verdunkelung nicht diffus, sondern durch deutlich wahrnehmbare Stränge bedingt, im rechten Hilus sind einzelne besonders dunkle Stellen sichtbar, andere liegen nebenbei, ausserhalb des eigentlichen Hilusschattens. Dieses sind charakteristische Zeichen der Bronchialdrüsentuberculose; da nur infiltrierte Drüsen keinen nachweisbaren Schatten geben, muss in diesem Fall die Verkäsung bereits eingetreten sein. Die unscharfen Conturen sprechen für einen floriden Process, die dunklen Stränge dürften durch eine Lymphangoitis bedingt sein. Wie bekannt, erkranken die Bronchialdrüsen bei Kindern oft primär, lange bevor eine Affection des Parenchyms eintritt. — Das nächste Bild (Demonstration) stammt von einer Patientin, die auch anhaltend subfebrile Temperatur zeigte. Die subcutane Tuberculininjection hatte eine geringe Temperatursteigerung zur Folge. Der klinische Befund an der Lunge ist völlig negativ, trotzdem der Process sich schon durch Jahre hinzieht. Das Röntgenbild zeigt sehr geringe Veränderungen. Die rechte Spitze ist diffus verdunkelt. Im entsprechenden Hilus sehen Sie einen scharf umgrenzten projectilartigen Schatten, von einer hellen Zone umgeben, wohl eine bereits verkalkte Drüse inmitten gesunden lufthaltigen Parenchyms. Der linke Hilusschatten sieht normal aus, es ziehen sich aber von ihm unscharf gezeichnete Stränge zur Lungenspitze, die eine fleckige Verdunkelung der betreffenden Gegend verursachen. Sie unterscheiden sich deutlich von der normalen Lungenzeichnung der anderen Seite. Es handelt sich wohl auch hier um eine Lymphangoitis. Das Zwerchfell blieb bei der Atmung links merklich zurück. Alles spricht für einen langsam verlaufenden Process. Im späteren Verlauf entwickelte sich eine tuberculöse Endometritis.

Temperatursteigerungen und Abmagerung (Demonstration) bei normalem Lungenbefund zeigte auch der nächste Patient. Das Röntgenbild ergab überraschend viel Veränderungen. Besonders auffallend ist die Verknöcherung der ersten Rippenknorpel. Die relativ geringe Ventilation der Lungenspitzen ist oft als Grund dafür angeführt worden, dass gerade sie primär erkranken. Durch eine frühzeitige Verknöcherung gestalten sich die Ventilationsbedingungen noch ungünstiger. Daher der Vorschlag Freunds, bei beginnender Phthise nach derartigen Verknöcherungen zu fahnden und, wenn nötig, zu resecieren. Es ist hier nicht der Ort, über die Zweckmässigkeit eines derartigen Eingriffs zu debattieren. Jedenfalls ist aber ein solcher Befund nicht ohne Bedeutung. In beiden Hilusgegenden fallen die schon mehrfach erwähnten Verdunkelungen auf. Die rechte Spitze ist diffus verdunkelt, in der linken sehen Sie einen kleinen umschriebenen Herd. Die entsprechende Zwerchfellhälfte blieb bei der Atmung etwas zurück. Es wirkt überraschend, dass wir das Williamsche Zwerchfellphänomen auf der weniger erkrankten Seite sehen. Vielleicht erklärt es sich dadurch, dass der kleine Herd links sich in einem activeren Stadium befindet und die entsprechende Lunge beim Atmen mehr geschont wird.

Dieses Bild (Demonstration) zeigt wohl schon in Verkäsung übergegangene Hilusdrüsen und Verdichtungen des Parenchyms über dem Hilus bei einem Patienten mit Fungus cubiti. Bekanntlich zeigt es sich oft, dass bei tuberculösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke der Primäraffect in der Lunge zu suchen ist. Dieser Befund dürfte wohl auch in dem Sinn zu verwerten sein.

Wenden wir uns nach diesen Bildern der initialen Phthisis zu einem weit vorgeschrittenen Fall (Demonstration), bei dem die klinische Diagnose feststand, da ausgedehnte Infiltrate und eine Caverne nachgewiesen waren und das Sputum Kochsche Stäbchen enthielt, so sehen wir zu allererst die charakteristische marmorierte Lungenzeichnung. Sie ist dadurch bedingt, dass infiltrierte und lufthaltige Lobuli nebeneinander liegen, was ja bei der Tuberculose die Regel bildet. Einzelne besonders dunkle Stellen sprechen für bereits eingetretene Verkäsung resp. Verkalkung. Die grösseren rundlichen Aufhellungen, die von einem tief dunklen Rande umgeben sind, entsprechen Cavernen. Nach dem Röntgenogramm zu urteilen, gibt es ihrer wenigstens drei.

Auch beim nächsten Bilde (Demonstration) handelt es sich um einen vorgeschrittenen Process. Auf die Infiltration der Spitzen und die verkehrten Hilusschatten brauche ich wohl nicht hinzuweisen. Links unten sehen Sie den schrägen, gleichmässig tiefen Schatten eines pleuritischen Exsudats; rechts ist eine vertical gestellte pleuritische Schwarte zu sehen, die zum Zwerchfell verläuft. Bei der Inspiration sah man das Zwerchfell sich an dieser Stelle einknicken; der mediale Teil blieb unbeweglich, der laterale senkte sich, wodurch der Winkel sich einem rechten näherte — ein sicherer Beweis für einen adhäsiven Process, der das Zwerchfell mit ergriffen hat. —

Eine gesonderte Gruppe bilden die Tuberculosefälle (Demonstration), die sich an eine Pneumonie anschliessen. Der gleichmässige Schatten des lobären Infiltrationsherdes gewinnt, statt sich zu lösen, eine fleckige Beschaffenheit. Die Flecken sind in der Hilusgegend am zahlreichsten, sie greifen allmählich auf die anderen Lobi über, wodurch das charakteristische Bild der kleinherdig infiltrierten Lunge verursacht wird, und zwar zu einem Zeitpunkt in dem die Percussion nichts Charakteristisches nach weisen kann. Aehnliche, wenn auch weniger ausgedehnte Veränderungen zeigte der nächste Fall (Demonstration) Die Krankengeschichte war in Kürze folgende: mehrere Pneumonien, Pleuraempyem, Rippenresection, die Temperatur nimmt einen mehr hektischen Typus an. Die Röntgenuntersuchung zeigte die erwähnte kleinherdig Infiltration. Hier sehen Sie die Aufhellung des künstlichen Pneumothorax. Dem Mittelschatten parallel ver

läuft eine schwer zu deutende dunkle Linie, wohl die indurierte Umschlagefalte der Pleura pulmonalis am retrahierten Lungenrande. Der spätere Verlauf sprach auch für Tuberculose — die Temperatur blieb hektisch, der Kräfteverfall dauerte fort, es stellte sich die Infiltration der einen Spitze ein.

Zum Schluss noch das Röntgenogramm (Demonstration) eines an Lungengangrän zu Grunde gegangenen Patienten. Im rechten Unterlappen sehen Sie den wenig charakteristischen Schatten des diffusen gangränösen Herdes, unmittelbar über ihm einen kleinen, rundlichen, tiefdunklen Fleck, in der Nähe des Hilus. Bei der Section zeigte sich ausser der Gangrän ein haselnussgrosser verkalkter Herd, von gesundem Gewebe umgeben, an derselben Stelle, an der der dunkle Fleck zu sehen war. Die Section hat demnach den Beweis erbracht, dass ein verkalkter Herd inmitten lufthaltigen Gewebes einen tiefschwarzen, umschriebenen Schatten gibt. Auf ähnliche Weise ist es nachgewiesen worden, dass z. B. bei miliarer Tuberculose neben einander gelegene rundliche Schatten und Aufhellungen auf gleiche Weise verteilten Infiltraten entsprechen. Andererseits haben verkalkte und verkäste Herde oft identische Schatten gegeben, so auch frisch infiltriertes und bindegewebig induriertes Gewebe. Anthracotische Herde gleichen vollkommen verkalkten tuberculösen und dergl. mehr. Trotz allem sind die tuberculösen Infiltrationen durch manche Eigentümlichkeiten charakterisiert. Teilweise sind sie schon jetzt festgestellt, teilweise müssen sie in der Zukunft erörtert werden, wenn ein reicheres Vergleichsmaterial über Röntgenuntersuchungen und Sectionen vorliegen wird. In jedem Fall zeigt aber das neue Verfahren feine Dichtigkeitsdifferenzen, die allen übrigen Untersuchungsmethoden entgehen. Mancher Lungengesunde wird nach einer Röntgenuntersuchung für tuberculös gehalten, obgleich sowohl das gegenwärtige Befinden des Betreffenden, wie auch sein späteres Leben dagegen sprechen. Dieser Vorwurf wird oft gegen das Röntgenverfahren erhoben. Mir scheint er hinfällig. In den pathologischen Instituten der grossen Krankenhäuser erweisen sich 60 bis 100 pCt. aller secierter Leichen als tuberculös, wenn die latenten und verheilten Fälle mitgezählt werden. Da darf es uns nicht wundern, wenn ein fast ebenso grosser Procentsatz intra vitam nicht einwandfreie Lungen zeigt. Natürlich gehört lange nicht jeder derartige Fall in eine Heilstätte. Der Röntgenbefund allein darf hier nicht entscheiden. Fragt es sich aber, ob eine suspecte Verdichtung nachweisbar ist, fragt es sich bei manifester Tuberculose, wie weit der Process vorgeschritten ist, so besitzen wir in den Röntgenstrahlen ein souveränes Mittel, das in vielen Fällen berufen ist, Klarheit zu schaffen und wichtige Anhaltspunkte für die einzuschlagende Therapie zu geben.

Die sogenannte «Mastitis chronica» und das Mammacarcinom.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress in Dorpat.

Von

Dr. Oskar Brehm (Libau).

Solange die Aetiologie des Krebses noch nicht wirklich klargestellt und damit einer ätiologischen Behandlung die Wege gewiesen sind, wird die Behandlung des Krebses immer mehr eine Domäne der Chirurgen werden. Auch unter den Laien gewinnt die Einsicht immer mehr Raum, dass ein Krebs nur durch die Operation geheilt werden kann und dass es wichtig ist, die Operation möglichst früh zu machen. Die Krebsfurcht ist recht verbreitet und veranlasst die Leute, sich selbst schärfer zu beobachten, soweit ihnen das möglich ist. Dem Publicum mit am bekanntesten und von ihm am gefürchtetsten ist wohl der Brustkrebs der Frauen, weil er sich in seiner Bösartigkeit so unmittelbar und imponierend dem Auge darstellt. Nicht mehr so oft wie früher sieht man jetzt die hoffnungslos inoperablen Brustkrebse, die panzerartigen Infiltrate der Brustwand, die gewaltigen jauchenden Ulcerationen. Die meisten Frauen wissen es, dass Verhärtungen in der Brust im höheren Lebensalter nichts Gutes bedeuten, und die Furcht treibt sie zum Arzt. Die Statistiken sind auch besser geworden, namentlich seit die radicaleren Operationsmethoden mehr Anerkennung gefunden haben, — gut sind die Resultate aber gewiss noch nicht zu nennen, es kommen oft genug Recidive vor trotz frühzeitiger und radicaler Operation. Es ist sehr deprimierend, wenn wir aufs sorgfältigste die ganze Brustwand vom Sternum und von der Clavicula bis an den M. latissimus dorsi frei präpariert haben, grosse Plastiken ausgeführt, — und die Patientin nach einem halben Jahr nun doch mit einem Narbenrecidiv oder Supraclaviculardrüsen daherkommt. Wir haben die Frau einer sehr eingreifenden, verstümmelnden Operation unterzogen, und nun war aller Aufwand doch vergebens. Steinthal fand bei einer sorgfältigen Untersuchung seines Materials, dass wirklich günstige Dauerresultate (85 pCt.) nur zu erreichen sind bei den ganz günstig verlaufenden Krebsen, wenn sie noch ganz klein sind, keine Verlötungen mit der Haut oder Fascie zeigen und bei der Palpation keine Drüsenmetastasen zu tasten sind. Sobald der Tumor schon die Haut engagiert hat und die Axillardrüsen deutlich zu palpieren sind, erreicht man trotz der radicalen Operation nach Halsted und Kocher höchstens 30 pCt. Dauerheilungen. Sind die Tumoren aber schon gross und gar die Supraclaviculardrüsen ergriffen, so schwindet jede Hoffnung auf ein Dauerresultat. Im Durchschitt fand er 30,9 pCt. Dauerheilungen. Also: wenn wir die Brustkrebse sehr früh zur Operation bringen würden und radical operieren, so hätten wir ganz erträgliche Resultate. Das dürfte einstweilen wohl ein frommer Wunsch bleiben, denn in dem günstigen Frühstadium bemerkt die Trägerin ihren Krebs wohl nur selten, er macht sich ihr erst durch zunehmende Grösse und Schmerzen bemerkbar; wir bekommen die allermeisten Krebse in dem Stadium zu sehen, wo der Tumor die Haut schon engagiert hat und die Axillardrüsen schon deutlich tastbar sind, wo wir mithin nicht mehr als 30 pCt. dauernd heilen können.

Angesichts dieser nicht sehr glänzenden Resultate liegt der Gedanke nahe, dieselben durch prophylaktische Massnahmen zu verbessern. Wir wissen, dass das Mammacarcinom fast immer bei Frauen auftritt, die gestillt haben, unter diesen befällt es wieder mit Vorliebe solche, die während des Stillgeschäfts eine Mastitis durchgemacht haben. Etwa 15—20 pCt. aller Frauen mit Brustkrebs haben eine Mastitis überstanden. Auch mechanische Reize und Traumen spielen eine Rolle. Prophylaktisch können wir auf Grund dieser Kenntnisse leider nicht viel tun. Allenfalls könnten wir den Frauen, die wir wegen eitriger Mastitis behandelt haben, empfehlen, auf ihre Brust acht zu geben, resp. sich ab und zu untersuchen zu lassen.

Nun gibt es aber noch ein Krankheitsbild, welches der Arzt und speciell der Chirurg garnicht so selten in der Sprechstunde sieht, das and für sich harmlos, gleichwohl aber unleugbare Beziehungen zum Carcinom hat. Es handelt sich um die sogenannte Mastitis chr. cystica, wie König die Krankheit genannt hat, die Maladie cystique de la mamelle von Reclus, das Cystadenoma mammae von Schimmelbusch. Schon diese Nomenclatur zeigt, dass die Autoren die Natur des

Leidens sehr verschieden auffassten. König sagt: Mastitis und hält es mithin für entzündlicher Natur, Schimmelbusch sagt: Cystadenoma und reiht es unter die echten Geschwülste, Reclus sagt einfach „maladie". Ein lebhafter Kampf um die pathologisch-anatomische Dignität der Krankheit entspann sich in der Literatur, und man kann nicht behaupten, dass die Frage schon definitiv entschieden ist. Auf diese hochinteressanten Dinge kann ich hier nicht näher eingehen, sondern auf die wichtigen klinischen Erfahrungen, die sich bei diesen Forschungen ergaben.

Es handelt sich meist um Frauen in der Menopause; die zu uns in die Sprechstunde kommen, getrieben von der Krebsfurcht, denn die geringfügigen Beschwerden, welche die Mastitis chr. an sich macht, veranlassen die Frauen nicht, uns aufzusuchen. Es handelt sich öfter um Frauen, die viel gestillt haben, nicht selten aber auch um virgines. Das Leiden besteht oft schon seit vielen Jahren, doch wurden die Frauen nur durch mässige Schmerzen während der Menses an ihre Brustgeschwulst erinnert, die um diese Zeit auch meist etwas anschwoll. Bei der Untersuchung finden wir in der einen, selten in beiden Brüsten eine oder mehrere Verhärtungen, die sich knollig, unregelmässig und recht derb anfühlen, mit der Haut und Pectoralfascie aber nicht oder sehr selten verwachsen sind. Dabei können die Tumoren recht gross sein, in welchem Fall sie meist das Gefühl einer harten, prallen Fluctuation zeigen. Nicht selten ist aber die ganze Brustdrüse in ein Convolut von kleinen Knoten und Knollen verwandelt und fühlt sich, nach Königs Ausdruck, wie ein Schrotbeutel an. Die Warze ist bisweilen eingezogen wie beim Krebs und secerniert oft eine blutig-seröse Flüssigkeit. Diesen verschiedenen makroskopischen Bildern entsprechen sehr mannigfaltige mikroskopische Befunde, welche auch Grund gegeben haben, die Krankheit in verschiedener Weise aufzufassen. Wir finden nämlich in allen Fällen Veränderungen an den Drüsenepithelien wie auch am Bindegewebe. Die Tumoren bestehen aus kleineren und grösseren Cysten der Drüsenschläuche und Ausführungsgänge, die in ein derbes, gewuchertes Bindegewebe eingelagert sind. Ob die führende Rolle im Krankheitsprocess das in Entzündung geratene Bindegewebe hat, wobei die Epithelien nur in Mitleidenschaft gezogen sind, oder ob die führende Rolle das in Geschwulstwucherung geratene Epithel hat, — das ist die Frage, um die sich der Kampf dreht, der bisher noch nicht entschieden ist. Ich gehe darauf nicht ein, sondern wende mich der klinisch wichtigsten Tatsache zu, die von beiden Seiten nicht beanstandet wird: dass nämlich die Krankheit die Neigung hat, bösartig zu werden. Die adenomatös degenerierten Cystenepithelien bilden Papillome mit starker Wachstumsenergie, und aus ihnen können sich echte Carcinome entwickeln, viel seltener kommt es vor, dass das gewucherte Bindegewebe sarkomatös degeneriert. Diese Tendenz zur bösartigen Degeneration verleiht der an sich belanglosen Krankheit eine nicht geringe Bedeutung, die Frauen wissen das sehr wohl und wenden sich an uns nicht mit Klagen über Schmerzen und Beschwerden, sondern mit der Frage: „Habe ich den Brustkrebs?" Treten wir zunächst der Frage näher, ob eine Mastitis chr. sicher und leicht von einem echten Krebs zu unterscheiden ist. Die Autoren führen wohl eine ganze Reihe von Unterscheidungsmerkmalen an, äussern sich aber im ganzen ziemlich reserviert und vorsichtig, fast alle geben zu, dass es oft genug Fälle gibt, wo wir trotz sorgfältigster Untersuchung die Differentialdiagnose nicht stellen können. Haben wir jene diffuse Form vor uns, bei der die ganze Drüse in ein traubiges Convolut von Knoten und Knötchen umgewandelt ist, wobei die Krankheit vielleicht schon seit Jahren besteht, ohne dass der Tumor sich wesentlich verändert hätte, wo die Haut gut verschieblich, die Warze normal ist, — da werden uns keine Scrupel plagen, — unangenehm sind die solitären Knoten, die hart, höckerig sind, und wenn sie auch nicht mit der Haut verlötet sind, doch wieder nicht so scharf gegen das umgebende Drüsenparenchym sich absetzen, wie etwa ein Fibrom. Namentlich wenn ein solcher Tumor erst seit kurzer Zeit bemerkt wurde, dürfte wohl auch die grösste Erfahrung unsicher sein. Selbst die in solchen Fällen angewandte Probeexcision spricht nicht das letzte Wort. Wenn uns auch die Untersuchung zeigt, dass es sich nur um ein Cystadenom handelt, so sagt sie uns nicht, ob nicht vielleicht an einer anderen Stelle des Tumors schon die maligne Degeneration begonnen hat. Nach v. Saar und Theile findet man oft erst nach langem Suchen Stellen, wo unzweifelhaft das Papillom schon krebsigen Charakter zeigt. Es handelt sich bei der Krankheit um einen Degenerationsprocess, der in ein und derselben Brust die verschiedensten Bilder zeitigen kann, einfache hyperplastische Epithelwucherungen, an anderen Stellen schon lebhafte papillomatöse Bildungen, wobei aber die Membrana propria respectiert wird, — endlich kann es dann irgendwo zur Bildung polymorpher Zellen kommen, welche die Membrana propria durchbrechen und nun schrankenlos ins Bindegewebe hineinwuchern, — das Carcinom ist fertig. Wir können also in diesen Fällen nie mit Sicherheit sagen, ob nicht irgendwo die Grenze der Gutartigkeit bereits überschritten ist. Nach neueren Autoren scheint die Mast. chr. garnicht so selten der bösartigen Degeneration anheimzufallen, nach Schimmelbusch in 7%, nach Greenough, Simmon und Theile in c. 15%, nach Morris Wolf gar in 45%. Am gefährlichsten sind immer die Formen, bei denen das Epithel die Neigung hat, papillomatös zu entarten; nach Blodgood entwickeln sich hier in 50% der Fälle Carcinome.

Wie sollen wir uns nun therapeutisch der Mast. chr. gegenüber verhalten? Keinesfalls haben wir das Recht, die Kranken völlig zu beruhigen und in Sicherheit zu wiegen. Wenn wir ihnen auch sagen können, dass sie sicherlich keinen Krebs haben, — die Frage, ob aus der Geschwulst nicht einmal was Böses werden könnte, dürfen wir nicht strict verneinen. Man hat früher die diffusen Formen sich selbst überlassen und die circumscripten Tumoren exstirpiert. Die Resultate sind nicht sehr gute, denn die Tumoren recidivieren sehr oft. — Das kann auch nicht weiter auffallen, wenn man an die pathologisch-anatomischen Befunde denkt, denn es erweist sich, dass auch bei den scheinbar circumscripten Tumoren doch fast immer die ganze Drüse mehr oder weniger vom degenerativen Process ergriffen ist. Man entfernt mithin eigentlich nur die am stärksten veränderte und gewucherte Partie. Billroth erwähnt einen Fall, wo eine 70-jährige Frau nicht weniger als 11 Mal wegen solcher Mammacysten operiert wurde, bis sie der Sache überdrüssig wurde und sie wachsen liess. Ich habe eine Patientin gehabt, die 2 Mal operiert worden war im Laufe von 3 Jahren, jetzt war ihr in Paris wieder eine Operation proponiert worden, dabei hatte sie beide Brüste voll mit harten Knollen. Man erlebt es aber auch, dass nach der Operation bösartige Recidive einen überraschen, wie v. Saar das in 2 Fällen erlebte und Theile einmal. Um also die Frauen endgiltig von der Krebsfurcht zu befreien, um sich vor den deprimierenden, beunruhigenden Recidiven zu schützen und vor allem, uns die Möglichkeit einer Carcinomentwickelung ein für alle Mal abzuschneiden, bleibt als einzig rationelles, radicales Verfahren die totale Entfernung der ganzen Brustdrüse, wobei man die Warze erhalten kann und weder die Pectoralfascie mitnimmt noch die Axilla ausräumt. Die oft vorkommenden Vergrösserungen der Drüsen sind ganz harmloser Natur.

Der Eingriff ist einfach, ganz ungefährlich und lässt sich sehr schön unter Localanästhesie ausführen, er ist kaum eingreifender als die blosse Ausschälung des Tumors. Das einzige Bedenken ist die kosmetische Entstellung, doch wird eine von der Krebsfurcht gequälte Frau stets mit Freuden ihre Brust hingeben, wenn sie dadurch das Gefühl der Sicherheit erkaufen kann. Wir haben ja verschiedene Formen der Mastitis chron. und nicht bei allen werden wir auf die Operation dringen, z. B. bei den ganz diffusen Formen, die seit vielen Jahren bestehen, werden wir der Frau, wenn sie ganz ruhig ist und sich nicht operieren lassen will, gewiss nicht zureden. Bei den circumscripten, harten Tumoren und in allen Fällen von ausgesprochener Krebsfurcht werden wir energisch die Operation vorschlagen und wir können der Dankbarkeit der Frauen gewiss sein. Die an Mast. chr. leidenden Frauen unter ärztliche Aufsicht zu stellen und sie zu controllieren wie die operierten Carcinome, ist ein für Arzt und Patientin gleich unsympathischer Modus, er giesst Feuer auf die Lampe der Krebsfurcht. Es ist ein ziemlich unbefriedigendes Dasein, alle 3—4 Monate zum Arzte gehen zu müssen, immer in der Angst eines Tages sein Todesurteil zu hören; ebenso unerquicklich ist die Rolle des Arztes dabei, im günstigsten Falle muss er diese polizeiliche Aufsicht unbegrenzte Zeit fortsetzen, immer mit der Verantwortung auf dem Halse, constatiert er aber eines Tages doch ein Carcinom, so wird er dem Vorwurf, etwas versäumt zu haben, nicht entgehen weder vor der Patientin noch vor dem eigenen Gewissen.

Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, zwei derartige Fälle zu operieren, und zwar handelte es sich in einem Fall um die diffuse Form, im anderen Fall um einen circumscripten Tumor.

Fall 1. Frl. A. H., 39 a. n., erhielt vor 5 Jahren einen Schlag gegen die rechte Brust; im Anschluss daran entstand eine Geschwulst, die seitdem nicht vergangen ist, gelegentlich etwas schmerzt und anschwillt, namentlich in der warmen Jahreszeit. Anfangs beachtete sie die Geschwulst nicht, allmählich aber erwachte in ihr der Verdacht, dass sie den Krebs haben könnte, sie wandte sich an ihren Hausarzt, der zur sofortigen Operation riet. Ich sah Pat. im December 1906, stellte die Diagnose auf Mastitis chronica und sagte der Pat., dass sie sicher nicht den Krebs habe, empfahl ihr indessen, sich ab und zu vorzustellen. Seitdem ist sie öfter gekommen, immer in derselben Aufregung kommend und scheinbar beruhigt gehend. Im Frühling 1909 konnte sie die Ungewissheit nicht mehr ertragen und liess sich operieren.

Stat. praesens: Die ganze rechte Brustdrüse ist vergrössert, fühlt sich hart an und ist durchsetzt von mehr oder weniger grossen derben rundlichen Knoten, deren grösster im lateralen oberen Quadranten liegt. Die Knoten sind alle beweglich, nirgends mit der Haut oder Fascia pectoralis verwachsen. Die Warze ist etwas eingezogen, secerniert nicht. Die Axillardrüsen sind etwas vergrössert, nicht hart.

Operation 13. III. 09. Exstirpation der ganzen rechten Brustdrüse samt der Warze und Pectoralfascie, mit welcher die Drüse doch etwas verbacken ist. Naht. Prima intentio. Die Patientin war mit dem Erfolg der Operation sehr zufrieden, ihre vorher colossale Nervosität besserte sich erheblich, sie wurde ruhiger und schlief in den Nächten wieder.

Die entfernte Drüse fühlt sich hart an, sieht unregelmässig aus mit zahlreichen Verbuchtungen und knolligen Verdickungen, sie ist durchsetzt von einer sehr grossen Anzahl von verschieden grossen Cysten, deren kleinste die Grösse eines Stecknadelkopfes hat, während die grösste fast Mandarinengrösse erreicht. Die Cysten enthalten eine bräunliche Flüssigkeit und sind in ein hartes, derbes Gewebe eingelagert.

Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes Resultat: „In einem sehr mächtigen, kernarmen Bindegewebe liegen zerstreut Gruppen von Drüsenläppchen mit relativ geringer Veränderung. Dazu kommt an manchen Stellen eine ausgesprochene Lymphocyteninfiltration, die sich diffus ausbreiten oder um kleinste Gefässchen in Form von Mänteln anordnen kann. An den Drüsenläppchen und Ausführungsgängen sind cystische Erweiterungen ausserordentlich häufig, besonders an den ersten. Das Epithel ist dann mehr oder weniger abgeflacht, zeigt aber nirgends Wucherung in Form von Papillen oder Leisten. Hin und wieder finden sich im Lumen Haufen von desquamierten Zellen. In seltenen Fällen sieht man an den Ausführungsgängen Einstülpungen der Wand infolge von Infiltration mit Rundzellen. Manchmal liegen die Drüsenzellen in einem unregelmässigen Haufen beisammen, doch scheint es sich hier nicht um Wucherung sondern um Degenerationen zu handeln. Es würde sich hier um die Mastitis interstitialis von König handeln" (Dr. Ischreyt).

Fall 2. Frau A. S., 52 a. n., multipara, bisher gesund, bemerkte vor einigen Monaten eine Verhärtung in der linken Brust, die sich scheinbar nicht vergrösserte, gelegentlich etwas schmerzte.

Stat. praes. Die Brustdrüsen im allgemeinen beiderseits gleich, im lateralen oberen Quadranten der linken fühlt man eine etwa wallnussgrosse, harte, rundliche Geschwulst, die mit der Haut und Unterlage nicht verbacken ist, in der Drüse sich aber nicht frei hin und herbewegen lässt und von dem umgebenden Parenchym nicht gut abgrenzbar ist. Axillardrüsen nicht vergrössert.

Operation 1./II. 09. Exstirpation der ganzen Drüse mit der Warze; die Fascia pectoralis bleibt stehen. Naht. Prima intentio. Die exstirpierte Mamma hat normale Form, auf dem Durchschnitt ist das Gewebe ziemlich derb, und man sieht zahlreiche kleinste Cystchen zerstreut. Der Tumor besteht aus hartem, weisslichem Gewebe, das ohne Grenze in die normalere Umgebung übergeht. Im Centrum befindet sich eine Cyste, die gelblich-bräunliche Flüssigkeit enthält.

Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes Resultat: „die Hauptmasse des Tumors besteht aus einem wenig kernreichen Bindegewebe von stellenweise deutlich faseriger Beschaffenheit. Innerhalb desselben liegen die in den verschiedensten Richtungen getroffenen Drüsenlumina, deren Wand an vielen Stellen deutlich mit mehreren regellosen Schichten von Epithelzellen bekleidet ist. Stellenweise finden sich cystisch erweiterte Lumina. In einer derartigen Cyste, die im Schnitt einen Durchmesser von über 150 gr. aufweist, findet sich auf der einen Seite ein niedriges Epithel aus mehr cubischen Zellen; weiter seitlich gehen sie in Cylinderepithel über, wobei die Zellen beträchtlich länger werden, und schliesslich kommt es in weitem Umfange zur Bildung von ins Lumen hineinragenden Zotten, die aus einer Lage hoher Cylinderzellen und einem spärlichen bindegewebigen Stroma bestehen. Es handelt sich hier um ein Cystadenoma mammae (Schimmelbusch)". (Dr. Ischreyt).

Aus dem klin. Labaratorium des k. gynäkol. Institut in St. Petersburg.

Ueber den Einfluss osmotischer Strömungen auf Entwickelung und Lebenstätigkeit der Bakterien.

Von

Dr. F. Holzinger-St. Petersburg.

Mitgeteilt auf dem I. Baltischen Aerztecongress am 24. August 1909.

Meine Herren!

Um osmotische Strömungen zu erzielen, bedarf es ausser eines osmotischen Potentialunterschiedes zweier Lösungen noch einer halbdurchlässigen Membran, die beide Lösungen von einander scheidet. Von den bekannten derartigen Membranen hat sich mir technisch die Ferrocyankupfer-Membran ausserordentlich gut bewährt. Sie ist leicht herzustellen und dauerhaft. Ich habe nun aus halbdurchlässig gemachten Tonzellen einen Apparat construiert *), der es ermöglicht, Lösungen und flüssige Nährsubstrate der Einwirkung osmotischer Strömungen zu unterwerfen ohne wesentliche Beeinflussung der Concentration und Zusammensetzung. Der Apparat besteht aus zwei in einandergestellten mit Ferrocyankupfermembran versehenen Tonzellen, von denen die innere luftdicht mit einem Gummipropf verschlossen und mit einem durchgesteckten Glastrichter versehen ist. Die innere Zelle wird mit einer Lösung bestimmter Concentration, die äussere Zelle mit derselben 2—3 fach verdünnten Lösung (je nach der Grössendifferenz beider Zellen) gefüllt und der ganze Apparat in Wasser gestellt. Bei dieser Anordnung etabliert sich ein zweifacher osmotischer Vorgang: die schwächere Lösung der äusseren Zelle zieht Wasser an und gibt ebensoviel Wasser an die stärkere Lösung der äusseren Zelle ab. Daher bleibt die Concentration der schwächeren Lösung (äussere Zelle) nahezu, im Laufe vieler Tage, constant. Das Wasser passiert in feinsten Strömungen die Lösung, dringt in die innere Zelle und verdünnt die in ihr enthaltene stärkere Lösung, die sich in dem Glastrichter ansammelt.

Gleichzeitig gibt der Glastrichter die Möglichkeit, die osmotische Arbeit des Apparates zu controllieren. Sammelt sich in ihm die Lösung an und bleibt dabei das Niveau der Lösung in der äusseren Zelle unverändert, so ist das ein Zeichen für ungestörte Tätigkeit der Osmose. Ist der Trichter vollgelaufen, so wird er ausgegossen und wieder eingestellt. Hat die Verdünnung einen zu hohen Grad erreicht, so wird die alte Lösung aus der inneren Zelle entfernt und frische Lösung eingegossen. Auf diese Weise kann der Apparat beliebig lange Zeit, jedenfalls Tage und Wochen hindurch in Wirkung bleiben. Soweit es sich um Zuckererlösungen handelt, so wird ihre Zusammensetzung nicht alteriert, weil die Membran für die grossen Zuckermoleküle unpassierbar ist. Bei Salzlösungen findet allerdings ein geringer Durchtritt von Salzmolekülen statt.

Bei meinen Versuchen habe ich fast aussschliesslich zuckerhaltige Lösungen angewendet. Versuche, die mit Bac. subtilis, Fäulnissbakterien, Harnbakterien und Hefepilzen in zuckerhaltigem Harninfus, rohrzuckerhaltigem Harn, rohrzuckerhaltigem Bier und einfacher Zuckerlösung angestellt wurden, haben mich zur Aufstellung folgender Thesen geführt:

I. In einem von osmotischen Strömungen durchzogenen Nährsubstrat kann Bakterienwucherung nicht aufkommen.

*) Vergl. Holzinger, Centralbl. f. Bakteriol. etc. II. Abt. Bd. XXI 1908 und Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 3. 1909.

II. Eine eiweissfreie, stark mit Bakterien inficierte Nährlösung wird sterilisiert, wenn sie sich ca. 48 Stunden unter der Einwirkung osmotischer Strömungen befunden hat, und bleibt darnach steril, so lange die Osmose mit genügender Intensität andauert.

Ich unterlasse es, detaillierter über die zu Grunde liegenden Versuche zu berichten, weil ich darüber schon einige Mitteilungen *) veröffentlicht habe. Die Beschränkung der II. These auf eiweissfreie Nährsubstrate war deswegen nötig, weil in eiweisshaltigen Lösungen eine Abtödtung der Bakterien nicht gelang. Immerhin war auch in eiweisshaltigen Lösungen eine deletäre Einwirkung osmotischer Strömungen auf Bakterien zu constatieren. Meine Versuche beziehen sich auf das Verhalten von Bac. subtilis und Fäulnisbakterien in Peptonbouillon und Serumeiweiss. Dass die halbdurchlässige Membran für die hochwertigen Moleküle organischer Verbindungen undurchlässig ist, und dass das Eiweiss einen eigenen hohen osmotischen Druck besitzt, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden. Die Versuche mit genannten Nährsubstraten zeigten: 1) Dass unter der Einwirkung osmotischer Strömungen die Entwickelung von Bakterien angehalten wird. Verimpfungsversuche auf Gelatine, von Tag zu Tag wiederholt, zeigten kein merkliches Anwachsen der Zahl der Keime, eher eine Abnahme. Jedenfalls blieb die Zahl der verimpften Keime gegen die parallelen Controllversuche in auffallender Weise zurück. 2) Dass die Wachstumsgeschwindigkeit der auf Gelatine verimpften Keime, die sich über 24 Stunden unter dem Einfluss osmotischer Strömungen befunden hatten, bedeutend verringert war. Die Keime entwickelten sich viel langsamer als in den Controllversuchen, und die Kolonien erreichten viel später oder auch garnicht die Grösse, die den gleichalterigen Keimen der Controllversuche zukam.

Besonders auffallend aber und leicht controllierbar erwies sich die Einwirkung der Osmose auf die Gelatineverflüssigende Eigenschaft der verwendeten Bakterien. Die Resultate sind aus den folgenden, einer grösseren Serie entnommenen Versuchen zu ersehen: **)

Vers. 1. v. 30/IV 09. Seröse Ovarialcystenflüssigkeit, mit Wasser verdünnt, deutlich trübe, stark mit Bakterien verunreinigt, unter denen der Heupilz (vor einigen Tagen inficiert) die Majorität bildete. Brutwärme.

Resultat der Verimpfung, in Bezug auf Verflüssigung der Gelatine, nach je 24 Stunden:

a) 1 × 24 St. aus	Tonzelle	Controllgefäss
1/V—2/V	—	—
3/V	—	○
4/V	—	○
5/V	—	○
6/V	+	

b) 2 × 24 St. aus	Tonzelle	Controllgefäss
2/V—3/V	—	—
4/V	—	+
5/V	—	○
6/V	—	○
7/V	—	○
8/V	+	○
9/V	+	○
10/V	+	○
12/V	□	○
15/V	□	○

*) Holzinger l. c.

**) Anmerkung: Es bedeutet + beginnende oder schwache □ starke, ○ vollkommene, — fehlende Verflüssigung.

c) 3 × 24 St.	Tonzelle	Controllgefäss
3/V—4/V	—	—
5/V	—	—
6/V	—	+
7/V	—	□
8/V	—	○
9/V	—	○
10/V	—	○
11/V	+	○
13/V	+	○
15/V	□	○

d) 4 × 24 St.	Tonzelle	Controllgefäss
4./V.—5./V.	—	—
6./V.	—	—
7./V.	—	+
8./V.	—	□
9./V.	—	○
10./V.	—	○
11./V.	—	○
12./V.	+	○
13./V.	+	○
15./V.	□	○

Vers. 2 (№ 29) 21/X 08. 5% Peptonbouillon mit Bac. subt. inficiert. Brutwärme. Resultate der Verimpfung nach je 24 Stunden in Bezug auf Gelatineverflüssigung:

a) 1 × 24 St.	Tonzelle	Controllgefäss
22./X.—23./X.	—	+
24./X.	—	○
25./X.	—	○
26./X.	+	○
b) 2 × 24 St.		
23./X.—24./X.	—	—
25./X.	—	+
26./X.	—	○

c) 3 × 24 St.	Tonzelle	Controllgefäss
24./X.—25.X.	—	+
26./X.	—	○
27./X.	—	○
28./X.	—	○
29./X.	—	○
30./X.	+	○

Aus diesen Versuchen geht hervor, dass die Lebenstätigkeit der Bakterien, soweit die Gelatineverflüssigung dafür ein Masstab ist, auch in eiweisshaltigen Lösungen in hohem Grade abgeschwächt wird, denn die Verflüssigung beginnt um 4—6 Tage später als auf den Controllschalen und geht viel langsamer vor sich.

Fasse ich das Gesagte kurz zusammen, so lässt sich zu den Eingangs erwähnten Thesen noch folgende hinzufügen:

III. In eiweisshaltigen Nährlösungen enthaltene Bakterien werden durch osmotische Strömungen im Wachstum aufgehalten, und ihre Lebenstätigkeit erleidet dabei eine hochgradige, nachwirkende Einbusse.

Referate.

M. Vaillard. Sur l'emploi de la serothérapie dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires. 1909. H. 1.

Verfasser weist darauf hin, dass die Mening. cerebrospinalis zu den schwersten Krankheiten gehört, da sie eine Sterblichkeit von 60, 80, ja häufig von 90 bis 95 pCt. gibt und selbst in den Fällen von Genesung oft noch von folgeschweren Nachkrankheiten begleitet zu werden pflegt. Grössere Epidemien, wie bis in die sechsziger Jahre des verflossenen Jahrhunderts, kommen jetzt freilich selten vor, doch nimmt das Auftreten dieser Krankheit, besonders in grossen Städten, durchaus nicht ab, ebensowenig in der französischen Armee, in welcher für die letzten 20 Jahre 730 Fälle mit 53,6 pCt. Sterblichkeit registriert wurden, speciell aber für die Jahre 1901—1906 291 Fälle mit 219 Todesfällen, was 75 pCt. ergibt.

Nachdem nun inzwischen der Meningococcus, — auch Diplococcus intercellularis — Weichselbaumi — überall als Krankheitserreger erkannt worden, lag der Versuch nahe, demselben durch Herstellung eines Serums mit Antikörpern beizukommen. Gleichzeitige Arbeiten von Wassermann in Deutschland und Flexner in Amerika führten zur Gewinnung von Serum, mit welchem dann auch in England, Frankreich, Oesterreich u. s. w. sofort experimentiert wurde. Gegenwärtig liegen bereits Berichte über mehrere Hundert mit Serotherapie behandelter Fälle von Meningitis cerebrospinalis vor. Verwandt wurden zunächst die Sera von Flexner, von Wassermann und von Jochmann, denen bald andere Modificationen folgten. Eines der jüngsten dürfte wohl das Serum von Dopter in Paris sein, der nach einem Studium dieser Frage in Deutschland mit einer Modification des Jochmannschen Serums für die französische Armee hervortrat.

Die ursprüngliche Anwendung des Serums durch Injectionen ins Unterhautbindegewebe, wurde ihrer schwachen Wirkung wegen bald verlassen und durch intra-arachnoïdale Injectionen ersetzt, womit ungleich kräftigere Wirkung erzielt wurde. Die Quantität des injicierten Serums wurde verschieden bemessen. Es wurden einmalige Dosen von 80, 90 und 100 Cubik-Centimeter angewandt und im Bedarfsfalle in kürzeren Zwischenräumen mehrfach wiederholt, sodass in einigen Fällen 330, ja sogar 660 Cub. Centimeter Serum injiciert wurden. Wassermann arbeitete in seinen Fällen mit viel geringeren Dosen, und zwar bei Kindern unter einem Jahre mit 10 Cub. Centimetern Serum. Waren die Kinder älter, dann stieg er bis auf 20 Cub. Centim. und behielt dieselbe Dosis auch für Erwachsene bei, wenn die Infection keine sehr schwere war. In schweren Fällen injicierte er 30 C. C. und wartete danach Anzeichen von Besserung ab. Traten solche nicht ein, dann wiederholte er die Injection am 2. oder 3. Tage, ging aber nicht über die Injectionsmenge von 40 C. C. hinaus. — Lumbarinjectionen kamen ebenfalls zur Anwendung.

Die grosse Verschiedenheit der Injectionsmenge steht offenbar in Abhängigkeit von der Qualität des Serums, worüber indess nichts Näheres mitgeteilt wird. — Unglücksfälle sind aber auch bei grossem Injectionsquantum nicht vorgekommen, wohl aber gab die Serumtherapie überall gute Resultate, denn die Sterblichkeit, obgleich in verschiedenem Masse, fiel in allen mit Serum behandelten Fällen und ging auf 12, 15, 22, 25, 39 und 42 pCt. herab, je nach der Schwere der Erkrankung, der Qualität des Serums, der Anwendung weiterer Hilfsmittel wie Collargol, Pyramidon, heisse Bäder etc. und ferner je danach, ob die Patienten Kinder oder Erwachsene waren und wie bald nach der Erkrankung das Serum zur Anwendung kam. Auf Grundlage vorstehender Daten kommt Vaillard zu folgenden Schlüssen.

Die Behandlung der Meningitis cerebrospinalis mit Anti-Meningococcenserum ist ein rationelles, äusserst wirksames Heilverfahren.

Die Wirksamkeit der Injectionen dieses Serums steht ausser jedem Zweifel, was durch die gleichen Erfolge in Amerika, Deutschland, Oesterreich und England als erwiesen gelten darf.

Besonders augenfällig ist die Wirksamkeit bei Kindern.

Die Serotherapie setzt die Sterblichkeit bei Mening. cerebrospinalis gegen früher in sehr bedeutendem Masse herab.

Die Wirkung des Serums ist besonders mächtig, wenn es ungesäumt bei Beginn der Krankheit angewandt wird.

Auch bei späterer Anwendung werden die Krankheitssymptome bedeutend abgeschwächt, die Krankheitsdauer wird verkürzt und die Nachkrankheiten werden meist vermieden.

L. Cahier. Note sur un procédé de traitement de l'incontinence nocturne essentielle d'urine. Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires. 1909, VI.

Cahier hebt hervor, dass die Bettnässer für den Hospitaldienst eine wahre Plage sind, besonders zur Zeit der Rekruteneinstellung. Im Hospital des Lagers von Châlons werden jährlich 100—120 Mann (Simulanten mit einbegriffen) als geheilt entlassen. — Unter verschiedenen anderen Mitteln bediente sich Verfasser gegen die incontinentia urinae meist der Injection des Serums von Cathelin und der Injection von Jabulay in den Retrorectalraum. Sie boten indes Schwierigkeiten bei der Anwendung, brachten 3—4 Tage dauernde Nachwehen für die Patienten mit sich und gaben höchst unsichere Erfolge. Um diese Unzukömmlichkeiten zu vermeiden, versuchte Cahier aus nächster Nachbarschaft mehr direct auf den Blasenhals und die Muskelfasern der Harnröhre einzuwirken und injicierte 60—70 Gramm des Normalserums mit einer Rouxschen Spritze auf beide Seiten des

bulbus uret., möglichst kräftig in das subcutane Bindegewebe, so dass sich eine Erhebung der Haut von etwa eines Eies Umfang bildete, die dann aufgesogen wurde. Meist genügte eine einzige derartige Injection zur Heilung, in mehreren Fällen waren indes zwei Injectionen erforderlich und zwar gewöhnlich bei Simulanten. In solchen Fällen vergrösserte er die Injectionsmenge bei der zweiten Injection und stellte fernere Vergrösserung in Aussicht. Die Erfolge waren vortreffliche und traten ausser bei den Simulanten prompt ein, woher Verfasser meint, sein Verfahren den Herren Collegen empfehlen zu sollen.

A. Policard. Mécanisme de la disparition des bacilles pesteux chez les puces. Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires. 1909, 2.

Flöhe, welche ein im Stadium der Pest-Septicämie befindliches Tier anstechen, nehmen die Pestbacillen in ihren Verdauungstubus auf. Diese Pestbacillen verschwinden bei gewöhnlicher Temperatur im Verlaufe etwa einer Woche, bei erhöhter Temperatur aber sogar in einem Tage. Das Schwinden der Bacillen erfolgt auf dem Wege der Phagocytose. Der Process des Schwindens wird noch mehr beschleunigt, wenn der inficierte Floh sich danach vom Blute eines gegen die Pest immunisierten Tieres nährt. Dann geht der Schwinde-Process doppelt so schnell vor sich, und die Infectionskraft des Flohes ist etwa auf die Hälfte herabgesetzt.

Köcher.

Bücherbesprechungen.

H. Schaefer, Allgemeine gerichtliche Psychiatrie. Für Juristen, Mediciner, Pädagogen. Berlin, Ernst Hofmann u. Co. 1910. 256 Seiten.

Im Verkehre mit Juristen hat Verf. die Erfahrung gemacht, dass jene häufig der gerichtlichen Psychiatrie ein grosses Misstrauen entgegenbringen, zum Teil niemals Einsicht in ein entsprechendes Lehrbuch genommen haben, und wenn, dann nur Aufklärung über den vorliegenden concreten Fall, meistens zweifelhafte Formen, suchten, speciell über den psychiatrischen Begriff Schwachsinn, jedoch eine solche am wenigsten fanden. Andererseits setzen die Sachverständigen oft genug bei Berufs- und Laienrichtern zu viel voraus, überzeugen diese nicht, weil sie zu doctrinär sind. Verf. hat versucht, «in allgemeinverständlicher Darstellung die Dinge zu behandeln, welche hauptsächlich in einzelnen Fällen immer wieder klargelegt werden müssen.» Diese Aufgabe hat er in vortrefflicher Weise gelöst. Das Büchlein kann zur Einführung in die forensische Psychiatrie ausgezeichnete Dienste leisten und darum den Juristen insbesondere empfohlen werden. Im Anhange werden sechs Gutachten analysiert, darunter solche, die das Interesse der ganzen Welt in Anspruch nahmen oder noch nehmen, wie das über die Grete Beyer und über die Prinzessin Luise von Koburg-Gotha.

Michelson.

Dr. Guido Fischer, Bau und Entwickelung der Mundhöhle des Menschen. Mit XVIII Tafeln und 340 Abbildungen X + 436 Seiten. Leipzig 1909. W. Klinkhardt. Preis 16 Mark.

Verfasser bringt in sehr ausführlicher Darstellung die mikroskopische Anatomie der Mundhöhle, Lippen- Wangen- und Kaumuskulatur, der Zunge, Mundhöhlendrüsen, der Kiefer und des Gebisses. Letzteres ist am meisten berücksichtigt und auch die Zustände beleuchtet, welche für die Therapie erkrankter Zähne und Wurzeln, so wie für die Technik der Localanästhesie bedeutungsvoll sind. Die vergleichende Anatomie des Gebisses findet allein als praktisch wichtig und in den meisten Lehrbüchern schlecht behandelt eine genügende Darlegung, dagegen ist die vergleichende Anatomie der gesamten Mundhöhle nicht weiter abgehandelt. Auch im mikroskopischen Abschnitt ist zwar die ganze Mundhöhle beschrieben, doch die Histologie des Gebisses am eingehendsten ausgeführt. Als letzter Abschnitt folgt eine Beschreibung der mikroskopischen Technik. Die ausführliche und specielle Darstellung des Stoffes macht das Fischersche Buch zu einem Nachschlagewerk, aus dem sich der Praktiker über wichtige anatomische und histologische Fragen Rat holen kann. Die Ausstattung des Buches ist glänzend und die zahlreichen Abbildungen und mikroskopischen Tafeln von tadelloser Ausführung, so dass das Buch seinen Zweck, den Ausbau der wissenschaftlichen Zahnheilkunde zu fördern durchaus erreicht und sich wohl bald einen weiten Leserkreis erwerben dürfte.

H. B.

Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen 1909. Herausgegeben von Dr. med. Felix Blumenfeld. Würzburg, Verlag von Curt Kabitzsch (A. Stuber). Preis M. 5.

Die diesjährigen «Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen» bilden einen stattlichen Band von etwa 250 Seiten. Eine Fülle hochinteressanter Vorträge und Demonstrationen aus allen Gebieten der modernen Rhino-Laryngologie zeichnen auch diese Versammlung unserer deutschen Fachcollegen aus. Brünings, Max Mann, Johann Fein, A. Schoenemann, Katz, Haenel u. a. demonstrierten zahlreiche neue Instrumente, Moulagen, Bilder, Photographien, makro- und mikroskopische Präparate, die in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht grosse Beachtung verdienen. Von hohem wissenschaftlichem und praktischem Interesse sind auch die therapeutischen Versuche von Brünings und Albrecht bei experimentell erzeugter Kehlkopftuberculose, die Erfahrungen von Siebenmann über die galvanokaustische Behandlung dieser Affection des Kehlkopfes und die Bestrebungen von Hoffmann, eine Daueranalgesie im tuberkulösen Larynx durch Alcoholinjection des Nervus laryngeus superior zu erreichen. Jedem, der sich für die neuen Errungenschaften der Rhino-Laryngologie interessiert, kann auch dieser Band nur bestens empfohlen werden.

A. Sacher.

Dr. Gottlieb Hermann. Ein Beitrag zur Ernährungsfrage. Riga, Verlag von E. Bruhns. 1909. 68 Seiten.

Verf. gibt eine Zusammenstellung der Tatsachen und Beobachtungen, die von verschiedenen Autoren veröffentlicht worden sind, ohne eigenes Material hinzuzufügen. Es ist hauptsächlich eine Agitationsschrift gegen die Lehre von der Ueberernährung mit tierischem Eiweiss und reiht sich zahlreichen Schriften an, die besonders in deutscher Sprache letzthin erschienen sind. Als Zeichen dafür, dass die Reactionsbewegung gegen die Voitschen Normen immer grössere Kreise zieht und auch bei uns anfängt, Fuss zu fassen, ist die Schrift entschieden von realem Wert, trotzdem sie sachlich nicht viel Neues enthält.

Holzinger.

Romberg. Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefässe. 2. Aufl. Stuttgart. Enke 1909. 588 Seiten.

Der 1906 erschienenen, auch in dieser Wochenschrift (1907 Seite 7) erwähnten, ersten Auflage hat R. nun die 2., in vielen Punkten erweiterte, folgen lassen. Die neuen Untersuchungsmethoden sind eingehend besprochen, und die neuen Befunde der Herzphysiologie und des Reizleitungssystems werden erwähnt. Im Vorwort warnt R. vor der Ueberschätzung der messenden und registrierenden Methoden bei Beurteilung der Kreislaufspathologie — eine wichtige und zeitgemässe Mahnung!

Der Inhalt des vorzüglichen Buches ist in folgende Hauptcapitel geteilt: Die organischen Krankheiten des Herzens, die Krankheiten des Herzbeutels, die organischen Erkrankungen der Gefässe und die Herz- und Gefässneurosen. Jeder etwas umfangreichere Abschnitt wird durch ein ausführliches Literaturverzeichnis abgeschlossen.

Das bewährte Lehrbuch sei den Collegen warm empfohlen.

O. Moritz.

Prof. Dr. F. Umber. Lehrbuch der Ernährung und der Stoffwechselkrankheiten für Aerzte und Studierende. Mit 19 Abbildungen im Text, 5 Lichtdrucktafeln und 5 mehrfarbigen Tafeln. 402 Seiten. Berlin und Wien. Urban Schwarzenberg. 1909.

Seinen klinischen Meistern E. Naunyn, C. Gerhardt und Friedrich Kraus hat Verf. sein Werk gewidmet, das wohl ein jeder Arzt mit dem grössten Vergnügen lesen wird. Es ist von einer Klarheit des Ausdrucks und Flüssigkeit des Stils, wie sie nicht immer mit einem so gediegenen Inhalt vereint gefunden werden. Auf dem geringen Raum von nur 400 Seiten bietet Umber uns in grosser Vollständigkeit das, was der Titel des Buches verspricht. Bezüglich der Methoden der einzelnen Untersuchungen wird auf andere Lehrbücher verwiesen, und der Polemik ist nur wenig Platz eingeräumt. Neben der sehr ausgiebigen Berücksichtigung der neuen und älteren Literatur findet gerade der Praktiker viel Belehrung für sein therapeutisches Handeln aus der grossen klinischen Erfahrung des Verfassers. Alle Abbildungen sind vorzüglich gelungen.

E. Koch.

Hübner. Blindheit und Blindenwesen. Carl Marhold, Halle. 38 Seiten. Preis M. 1.20.

Hübner bietet uns in seiner populär abgefassten Broschüre eine gute Uebersicht über das im Titel genannte Thema. Nach einer Definition der Blindheit kommt er auf ihre Ursachen zu sprechen und geht dann auf die Prophylaxe näher ein, deren grosse Bedeutung daraus zu ersehen sei, dass — wie Axenfeld für Deutschland berechnete — in 30—40 pCt. der Fälle die Erblindung hätte verhütet werden können. (Nach Ansicht der Referenten dürfte diese Ziffer für Russland noch viel grösser ausfallen). Auf die Blinden und ihr Los übergehend, schildert Hübner kurz ihre sociale Stellung im Wandel der Zeiten und wendet sich darauf ausführlich der Blindenfürsorge zu. Einem historischen Rückblick, bei dem wir mit den Verdiensten eines Haüy, Klein, Zeune u. A. bekannt gemacht werden, folgt die Darstellung der Erziehungsgrundsätze der Blinden in der Gegenwart. Wie die sittliche und geistige Erziehung mit der körperlichen Ausbildung zugleich gepflegt werden muss und welches die Hilfsmittel dabei sind, erfahren wir in recht ausführlicher Weise. Der Schilderung der Blindenschrift, ihrer Herstellung und Verwendung wird eine verhältnismässig grosse Seitenzahl gewidmet. Den Schluss der lesenswerten Arbeit bildet eine Darstellung der für die Blinden geeigneten Berufsarten.

Ischreyt.

K. Günther. Entstehung und Entwickelung des Menschen (Proischoshdenie i raswitie tscheloweka). 1 Atlas und 2 Bände Text. Uebersetzung aus dem Deutschen unter der Redaction von Prof. Dr. N. A. Cholodkowskij. St. Petersburg. Verlag von A. P. Devrient. 1909. Preis Rbl. 20.—.

Vor uns liegt die Uebersetzung eines Prachtwerks, bestimmt die allgemein Gebildeten mit der Entwickelungsbahn des Menschen von dem einfachsten Lebewesen an bekannt zu machen. Das Werk enthält einen prachtvollen Atlas, bestehend aus 90 Tafeln mit grosser Sorgfalt in technischer Vollkommenheit ausgeführter Abbildungen, welche an der Hand des 2 Bände umfassenden Textes dem Leser die schwierigen Probleme der Entwickelungsgeschichte erläutern sollen. Es muss sowohl dem Herausgeber als auch dem Verleger der russischen Auflage entschieden als hohes Verdienst angerechnet werden, dass sie weder Mühe noch Kosten gescheut haben, dieses gediegene Werk dem russischen Leser zugänglich zu machen. Die russische Auflage ist in jeder Hinsicht prachtvoll und kann dem Verlage von A. P. Devrient nur Ehre machen. Der russische Text zeugt von den eifrigen Bemühungen der Uebersetzer und des Herausgebers, in der Uebersetzung dem Originaltext so nahe wie möglich zu kommen, ohne dabei der Klarheit und Deutlichkeit Abbruch zu tun. Es muss durchaus zugegeben werden, dass es den Uebersetzern und dem Herausgeber vollkommen gelungen ist, die Aufgabe in glänzender Weise durchzuführen.

Das Werk Günthers ist ein gediegenes, ernstes Werk, welches dem Leser in gründlicher Darstellung und klarer Schilderung die Errungenschaften der Wissenschaft darbietet; beim Lesen oder vielmehr beim Studium des Werkes wird nicht nur der allgemein gebildete Laie, sondern auch jeder Arzt, dem ja bei der Ausübung seines Berufes keine Zeit übrig bleibt, sich speciell mit der jeden Menschen interessierenden Frage über die Entwickelung des Menschen zu beschäftigen, eine tiefe Befriedigung davontragen. Es sei daher dieses Werk ganz besonders der Aufmerksamkeit der Herren Collegen empfohlen, da Recensent fest davon überzeugt ist, dass es vielen von ihnen ein willkommenes Buch sein wird und das Studium desselben allen, die es einmal in die Hand nehmen, manche weihevolle Stunde und viele weite Ausblicke verschaffen wird.

In Berücksichtigung der prachtvollen Ausgabe kann der Preis des Werkes als nicht zu hoch angesehen werden.

V. Schmidt.

N. M. Knipowitsch. Kurs obschtschei soologii. Cursus der allgemeinen Zoologie für höhere Lehranstalten und zum Selbststudium, mit 372 Abbildungen im Text, 4 farbigen Tafeln und einer Karte. St. Petersburg, Verlag von A. F. Devrient. 1909. Preis Rbl. 4.50.

Knipowitsch übergibt mit dem vorliegenden Werke ein Lehrbuch der Oeffentlichkeit, welches, aus Vorlesungen entstanden, eine Lücke ausfüllt, die von den russischen Studierenden oftmals schmerzlich empfunden worden ist. Klar und sachlich, in fasslicher Darstellung geschrieben, bekundet das Lehrbuch die Aussage des Verfassers in dem Vorwort, dass der Plan desselben das Resultat einer mehrfachen Bearbeitung des Lectionscursus darstellt, welche eine harmonische und folgerichtige Darstellung desselben erstrebte. Das Lehrbuch sei hiermit jedem, der sich mit dem Stoff der allgemeinen Zoologie vertraut machen will, aufs wärmste empfohlen. Die Ausstattung des Lehrbuches ist sehr gut; die Abbildungen sind sauber und sorgfältig ausgeführt.

V. Schmidt.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 24. November 1909.

Vorsitzender: Blessig. Secretär Fuhrmann.

I. Stuckey: Zur Kenntnis der metastatischen Nieren- und Leberabscesse (mit Krankenvorstellung). Erscheint im Druck.

Fick betont, dass das Interesse bei den von Stuckey mitgeteilten Fällen in dem Umstande liege, dass es gelungen sei, den Abscess in der Niere aufzusuchen, bevor er in die Fettkapsel perforiert war und zu dem bekannten Bilde der Paranephritis geführt hatte. Dieses glückliche Ereignis wird aber jedenfalls ein seltenes bleiben, weil die diagnostischen Schwierigkeiten meist zu gross sind, als dass es oft gelingen könnte, eine Frühdiagnose zu stellen. Das Vorhandensein von roten Blutkörperchen in spärlicher Zahl im Urin der verdächtigen Niere und der klassische Schmerzpunkt unter der 12. Rippe sind die klinischen Symptome, die in Verbindung mit der Anamnese eine frühe Diagnose ermöglichen.

Wanach: Bezüglich der Leberabscesse wundert es Wanach, dass Vortragender bei dem grossen Material nicht der Abscesse nach Appendicitis erwähnt habe. Wanach hat deren 2 gesehen; es handelte sich um multiple Abscesse. Die Kranken gingen ein. In einem Falle, wo es sich um einen solitären Abscess handelte mit sehr buchtiger Höhle, so dass man annehmen konnte, dass er sich aus dem Zusammenfluss mehrerer nahe beieinander gelegener kleiner Abscesse gebildet habe, genas Pat. nach der Entleerung des Eiters. Neulich sind in der Literatur zwei Fälle aus der Klinik von Israel publiciert worden, wo multiple Leberabscesse nach Choledochussteinen zur Heilung kamen, sonst endigen sie wohl immer letal.

Heuking hat auf dem Kriegsschauplatz auch 4 Kranke mit Leberabscess gesehen, bei denen die Abscesse im kachektischen Stadium der Dysenterie sich ausgebildet hatten. Alle 4 wurden operiert, aber nur einer kam durch, die anderen erlagen; bei diesem einen handelte es sich um einen solitären Abscess, bei den anderen um multiple, diese letzteren führen wohl fast stets zum Exitus. Aehnliche Erfahrungen haben auch die anderen Collegen gemacht.

Dombrowsky berichtet über einen Fall von Leberabscess nach Appendicitis aus seiner Praxis, der durch das auffallend späte Einsetzen der Lebererkrankung interessant ist, während sonst solche Abscesse sich einer langdauernden Appendicitis anzuschliessen pflegen. In diesem Fall war eine Appendicitis, die zu einer allgemeinen eitrigen Peritonitis geführt hatte, mit gutem Erfolg operiert worden. Nach einem Jahr erkrankte Pat., der sich vollkommen erholt hatte, an heftigem Schüttelfrost. Die Leber war vergrössert und druckempfindlich, zeitweise schien auch die Gallenblase druckempfindlich zu sein. Man fahndete auf subphrenischen Abscess, die Probelaparotomie ergab einen Abscess im rechten Leberlappen, der entleert wurde. Der Kranke ging aber dennoch ein und zwar an einem Lungenabscess und an Pneumonie, deren Beginn anscheinend noch vor die Zeit des operativen Eingriffs verlegt werden muss.

Stuckey: Es lag gar nicht die Absicht vor, eine Statistik der Leberabscesse im Obuchowhospital zu bringen. Er hat nur die Fälle herausgegriffen, in denen es sich um eine Metastase durch die Art hepatica handelt.

II. Hesse: Ueber combinierte Erkrankung an hereditären multiplen Enchondromen und Exostosen (mit Krankendemonstration).

Tiling: Die demonstrierten Fälle sind sehr interessant, weil die multiplen hereditären Exostosen zu den grossen Seltenheiten gehören. Die solitären dagegen sind recht häufig, und diese scheinen in keinem Zusammenhang mit dem Wuchs des Kranken zu stehen, so war der eine seiner Pat. ein kräftiger, hochgewachsener, junger Mann. Die Lieblingsstelle solcher solitärer Extostosen ist der innere condylus des femur. Von hier aus wachsen diese gracilen Gebilde aufwärts zwischen den Adductoren und können, wenn sie sehr gross werden, wohl hinderlich werden. Die Operation ist leicht, da ihre Wachstumszone sich an ihrem oberen Ende befindet, so genügt es sie einfach abzutragen. Drei von den demonstrierten Pat. zeigen nun neben den multiplen Exostosen auch solche, die an die solitären durch Lage und Aussehen erinnern.

Heuking: Die demonstrierten Fälle sind sehr interessant sowohl durch die erwiesene Heredität als auch durch die Multiplicität. Solitäre Exostosen sind ihm mehrfach begegnet. Da in den beschriebenen Fällen die Exostosen multipel sind, so ist es auch nicht zu verwundern, dass einige an den Prädilactionsstellen der solitären Exostosen sitzen. Im übrigen glaubt Heuking, dass die Rolle der Rhachitis doch nicht auszuschliessen sei. Die Heredität spreche durchaus nicht gegen die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit dieser. Heuking hat selbst zwei Fälle von rhachitischem genu valgum gesehen, wo vom condylus eine Exostose ausging.

Hesse schliesst sich Tiling in der Anschauung an, dass die solitären und die multiplen Exostosen ganz verschiedene Erkrankungen seien. Was übrigens den grossen Wuchs betrifft, den Tiling erwähnt, so ist derselbe bei einer einzelnen Exostose weiter nicht verwunderlich, da die Körperlänge im umgekehrten Verhältnis zu der Zahl der Exostosen zu stehen pflegt. In 5 Fällen ist ein scheinbarer Zusammenhang mit der Rhachitis nicht zu leugnen, doch besteht die Frage, ob es sich um einen zufälligen Zusammenhang gehandelt habe oder einen ätiologischen, da in hundert weiteren Fällen die Rhachitis absolut ausgeschlossen werden konnte.

III. Hecker. Ueber die Erfolge der Behandlung chirurgischer Tuberculose in Leysin. (Erscheint im Druck).

Henking: Die vom Vortragenden angeführten Tatsachen sind sehr interessant. Die Gegenüberstellung aber von Leysin und Berck sur plage ist nicht recht zulässig, da die Indicationsstellung doch eine etwas verschiedene ist. Nach Berck sur plage dürfen keine fiebernden Pat. und solche mit visceraler Tuberculose gebracht werden, da sich bei ihnen der Process nur verschlimmern kann, umgekehrt werden sie wohl in Leysin gute Erfolge geben können. Ferner ist Rollier in Leysin in viel besserer Lage, was sein Material anbetrifft. Ménard in Berck sur plage kann sein Material nur zum Teil wählen, zum anderen Teil muss er die ihm von der Stadt Paris zugesandten Kranken aufnehmen. bei diesen handelt es sich vielfach um exquisit schwere Fälle. Was endlich Heckers Wunsch in Betreff der Behandlung betrifft, so ist darauf zu erwidern, dass das, was in Leysin, bei den ausgezeichneten klimatischen und sonstigen Bedingungen möglich ist, hier am Ort undurchführbar erscheinen muss.

Tiling: Die Indication bei der Behandlung der chirurgischen Tuberculose hängt nicht nur von der Erkrankungsform allein ab, sondern auch in hohem Masse von der Lebenslage und den Verhältnissen des Kranken. Die schweren Fälle, die hier unter der armen und ärmsten Bevölkerungsschicht beobachtet werden, nötigen eben zu chirurgischen Eingriffen, und man geht hier noch viel zu conservativ vor. Rollier schwört vielleicht zu viel auf die Sonne, gewiss verlaufen die Fälle von Tuberculose besser bei viel Licht und Luft, ob aber die directe Einwirkung der Sonne eine Rolle spiele, ist fraglich. Der Lupus z. B. befällt doch das Gesicht, das der Sonne am meisten ausgesetzt ist. Die Allgemeinwirkung auf den Körper ist zweifellos gross, die locale aber scheint sehr gering zu sein.

Dombrowsky wundert sich über den Vorwurf, den Vortragender den Petersburger Chirurgen macht, sie seien nicht conservativ genug. In früherer Zeit wurde das tuberculöse Gelenk in weitgehendster Weise reseciert. bis die Warnung Königs vor zu energischen Eingriffen hier Einhalt tat. In letzter Zeit kehrt man aber überall wieder um, da man eingesehen hat, dass eine zu conservative Methode Schaden stiftet. In dieser Weise stehen die Petersburger Chirurgen auf einem durchaus wissenschaftlichen modernen Standpunkt.

Lorenz berichtet über einen Fall von Kehlkopftuberculose, indem die Sonnenbehandlung zunächst Schaden zu bringen schien, indem die Infiltrate an Ausdehnung zunahmen. Bei weiterer Behandlung aber ging das Leiden vollständig zurück. Allerdings lässt sich nicht mit Sicherheit behaupten, dass die erwähnte Behandlung allein für den guten Erfolg verantwortlich zu machen sei.

Hesse: Auch bei uns sind solche Sanatorien in der Krim vorhanden und zwar ein von Bobrow gegründetes bei Alupka und ein anderes in Jalta. Die Erfolge scheinen recht gut zu sein.

Feldt: Spielt nicht auch die Radioactivität eine grosse Rolle? nach den neuesten Forschungen ist letztere an der Meeresküste = 0, in den Bergen hingegen gross.

Hecker (Schlusswort): Wenn auch Patienten mit Lungenerscheinungen nicht ans Meer geschickt werden sollten, so ist wohl solches schwer zu vermeiden, weil die meisten an chirurgischer Tuberculose Leidenden nicht ganz einwandsfreie Lungen oder Pleuren zu haben pflegen. Ich habe in Berck-Plage viele Patienten gesehen, die hoch fieberten und fraglos lungenleidend waren.

Profesor Ménard hat in seinem Hôpital maritime in Berck, welches auf 1000 Kranke berechnet ist, eine ganze Masse schwerkranker Kinder, denn sein Material erhalt er zugeschickt aus den städtischen Hospitälern der Stadt Paris, welcher auch das Hôpital maritime gehört. Vergleichsweise lässt sich nur sagen, dass die Fälle der Ménardschen Klinik, die conservativ behandelt werden, weit besser verlaufen als die operierten. Bei letzteren kommt es nur schwer zur Heilung und es gibt in der Regel Recidive. Der Vorwurf, der Rollier gemacht wurde, er nehme in seine Klinik in Leysin die Kranken mit Auswahl auf, ist nicht berechtigt und wird hinfällig bei der Betrachtung seiner Photographiensammlung: wir sehen, wie schwer so mancher Fall beim Eintritt in die Klinik gewesen ist, und wie bald sich eine Besserung des Allgemeinbefindens und des Localleidens einstellte bei absolut-conservativer Methode unter dem Einfluss des Höhenklimas und der Sonnentherapie. Die Sonne hat eben eine immense Heilkraft und soll, wie es von Schlossmann in seinem Handbuch erwähnt wird, auf die Bacterien abtötend wirken. Auch einige Lupusfälle sah ich in Leysin gut verlaufen.

Dombrowsky gegenüber möchte ich erwidern, dass beim Vorschlag, die conservative Methode bei der Behandlung chirurgischer Tuberculose auch hier zu Lande in grösserem Umfange anzuwenden, es mir durchaus fern lag, irgend jemandem unserer Chirurgen irgend wie nahe zu treten.

(Autoreferat).

Dombrowsky: Der Vorwurf ist aber doch gemacht worden, und dem gegenüber muss der durchaus wissenschaftliche Standpunkt, den die Petersburger Chirurgen einnehmen, betont werden.

I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat.

Specialsitzung für Oto-Rhino- und Laryngologie am 24. August 1909.

In der I. allgemeinen Sitzung des Congresses wurden zum Vorsitzenden der Section für Oto-Rhino- und Laryngologie Dr. F. Voss-Riga, und zum Schriftführer Dr. Wolferz jun.-Riga gewählt.

Anwesend 25 Herren.

Der Vorsitzende begrüsst die Versammlung und spricht seine Freude darüber aus, dass der lange gehegte Wunsch der baltische Ohrenärzte, auf den allgemeinen Congressen in einer Specialsection zu tagen, heute in Erfüllung gegangen ist.

Es erhielt hierauf

I. Dr. Wolferz jun. Riga das Wort zu einem Referat über «die Indicationen zur Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bei der acuten Otitis media». (Erscheint in der St. Petersb. Med. Wochenschr.).

Discussion:

Dr. v. z. Mühlen-Riga nimmt in Bezug auf die Indicationen zur Operation denselben Standpunt wie der Vortragende ein und hält die Eröffnung des Antrums für einen ungefährlichen Eingriff. In zweifelhaften Fällen ist v. z. Mühlen für die Operation, da durch zu langes Warten ein Krankheitszustand heraufbeschworen werden kann, der für Leben und Gesundheit des Patienten von unberechenbaren Folgen ist.

Dr. Greiffenhagen schliesst sich den Anschauungen der Collegen Wolferz und v. z. Mühlen an, mit der Aufmeisselung in acuten Fällen nicht lange zu warten. Auch in denjenigen Fällen, wo die Diagnose zwischen Periostitis infolge Otitis externa und Mastoiditis schwankt, wie es namentlich in den subacuten Fällen von Furunkeln der hinteren oberen Gehörgangswand, mit subperiostalen Abscessen am planum mastoideum und an der Schuppe leicht möglich ist, hat Gr. sich nicht mit der Entleerung des Abscesses begnügt sondern stets die Warzenzellen aufgedeckt. Ebenso hat Gr. selbst bei Kindern den Wildeschen Schnitt durch die Aufmeisselung ersetzt. Die zitzenförmige Prominenz am Trommelfell hat für sich allein Gr. keine Indication zur Trepanation des proc. mastoideus geboten, sondern nur in Combinatio[n] mit localen Symptomen (Schwellung, Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatz. Gegenüber der Mitteilung, dass Patienten sich über allzu häufiges und unnützes Operieren beklagen führt Gr. einen Fall aus seiner Praxis an, in welchem ei[n] subacut verlaufendes Influenza-Empyem zur Meningitis mi[t] letalem Ausgang führte, weil der Kranke sich zur wiederhol[t] empfohlenen Operation nicht entschliessen konnte. Von de[n] Angehörigen wurde Gr. der Vorwurf gemacht, nicht dringen[d] genug zur Operation überredet zu haben.

Dr. Gauderer bemerkt bezüglich des Schmerzes, das[s] Kinder aus Angst den Schmerz übertreiben und jeden Druc[k] als Schmerz bezeichnen, was zu Täuschungen Veranlassun[g] geben kann. Der Bau des processus mastoideus ist derarti[g] angeordnet, dass die Ausflussöffnungen der Zellen zum Antru[m] hin liegen, daher gelingt es oft, bei Offensein des Abflusse[s] aus den Zellen ein Empyem zur Heilung zu bringen. B[ei] mangelhaftem Abfluss des Eiters, bei Vorwölbung des Tro[mmelfells]

melfells gelingt es oft, durch Absaugen eine Heilung ohne Trepanation zu erzielen. Gr. vertritt mehr den conservativen Standpunkt und befürwortet eine Aufmeisselung erst nach intensiver Behandlung. Oft wird man gezwungen, conservativ zu behandeln, besonders in der Privatpraxis, weil die Angehörigen die Trepanation versagen im Gegensatz zur Anstaltsbehandlung, wo die Pat. der Beeinflussung der Angehörigen gegen die Operation entzogen sind.

Dr. Voss-Riga wünscht die Aufmeisselung bei der acuten Otitis zu machen, bevor endocranielle Symptome aufgetreten sind. V. nimmt aber trotzdem einen mehr conservativen Standpunkt ein. Den Zapfen am Trommelfell sieht V. nicht als signum mali ominis an.

Dr. v. Rimscha weist darauf hin, dass Mastoiditiden mit subperiostalen Abscessen auch ohne Operation zur Heilung gelangen können, und befürwortet ein abwartendes Verhalten, wenngleich auch zugegeben werden muss, dass es wünschenswert ist, vor Eintritt endocranieller Symptome zu operieren.

Dr. Wolferz (Schlusswort): Den Zapfen am Trommelfell allein sehe auch ich nicht als Indication zur Operation an, sondern nur in Verbindung mit einem der anderen vorhin angeführten Symptome. Gegen eine mehr conservative Behandlung will ich anführen, dass ich bei 250 operierten acuten Otitiden 52 endocranielle Complicationen gehabt habe, darunter 1 Sinustrombose vom 6 Tage und 1 Sinusthrombose vom 7 Tage der Otitis (beide bei Scharlach). Diese Erfahrungen lehrten mich, zeitiger zu operieren, insbesondere da die Eröffnung des Antrum ein an sich gefahrloser Eingriff ist.

II. Dr. Gauderer: Die Indicationen zur Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bei der chronischen Otitis media. (Referat),

Discussion:

Dr. v. z. Mühlen befürwortet bei der chronischen Mittelohreiterung eine möglichst conservative Behandlung.

Dr. Wolferz: Bei Cholesteatom und bei Anwesenheit von Fäulnisbakterien ist die Operation erforderlich. Bei den übrigen Fällen gibt die conservative Behandlung zufriedenstellende Resultate.

Dr. Greiffenhagen schliesst sich den Ausführungen der Vorredner an, welche eine Einschränkung der Totalaufmeisselung fordern. Gr. meint, dass die Indicationen zur Totalaufmeisselung erweitert werden könnten, wenn die Endresultate und Dauererfolge wirklich so glänzende wären, wie sie anfangs geschildert wurden. Aus den Publicationen vieler objectiver Darsteller und aus der Debatte gehe aber hervor, dass das zu erstrebende Ziel — Ausheilung des Eiterungsprocesses, völlige Trockenlegung der Mittelohrräume durch Epidermisierung in einem ganz beträchtlichen Procentsatz nicht erreicht wird. Ihn selbst haben seine Erfahrungen mit der sogenannten Radicaloperation wenig befriedigt: in einer ganzen Reihe nach verschiedenen Methoden operierter Fälle bestand durch lange Zeit, oder dauernd die Neigung zur Bildung fötider Epidermis- oder Secretpröpfe, die nach verschieden langer Zeit immer wieder entfernt werden mussten. Die besten Resultate erzielte Gr. bei den cholesteatomartigen Erkrankungen. Durch ausgiebige Anwendung der Hammer-Ambosextraction, systematische Atticusbehandlung, wie überhaupt durch langdauernde gewissenhafte Localbehandlung chronischer Mittelohreiterungen liessen sich die Indicationen zur Totalaufmeisselung wesentlich einschränken.

Dr. v. Rimscha spricht sich in demselben Sinne aus.

Dr. Voss macht auf den Uebelstand aufmerksam, dass ein Teil der Pat. bald nach der Operation verschwindet, die Nachbehandlung daher fehlt und die Resultate dann sehr schlechte sind, was die Operation in Miscredit bringt.

Dr. Gauderer (Schlusswort): Bezüglich der Endresultate soll man den Patienten vorher sagen, dass die Radicaloperation behufs Vermeidung der intracraniellen Complicationen gemacht wird, nicht der Gehörverbesserung wegen. Oft gelingt es nicht, eine absolute Trockenlegung zu erzielen, doch ist durch die übersichtliche Freilegung aller erkrankten Teile die Lebensgefahr beseitigt, der Eiter entleert sich besser. Gehörverbesserung bis 20 Fuss Flüstersprache habe ich nach einer Radicaloperation beobachtet, hier hatte sich an Stelle des Trommelfelles eine narbige Membran gebildet. Zur conservativen Behandlung gehört auch die Entfernung der cariösen Knöchel, wenn danach die Eiterung fortdauert, so soll die Radicaloperation gemacht werden. Zuweilen ist trotz Indication die Radicaloperation zu unterlassen, wenn nämlich die Pat. auf dem anderen Ohre taub ist.

III. Dr. Voss: Was dankt die Ohrenheikunde der Chirurgie?

Discussion:

Dr. v. z. Mühlen und Dr. Gauderer betonen die Wichtigkeit einer allgemeinen chirurgischen Vorbildung für den Ohrenarzt.

IV. Dr. v. Rimscha: Diagnose und Therapie des Highmorhöhlenempyems. (Referat).

Discussion:

Dr. v. z. Mühlen operiert nach Friedrich und ist mit den Erfolgen durchaus zufrieden. Die Pat. sind paar Tage nach der Operation entlassungsfähig und bedürfen dann keiner Nachbehandlung mehr.

Dr. Gauderer hält auch die Probepunction als bestes Diagnosticum für das Empyem der Highmorshöhle. Die Probepunction hält G. für ungefährlich und wendet sie bei Verdacht auf Empyem stets an. Die Durchblasung glaubt er nicht für genügend ansehen zu können, da bei geringen Eitermengen kein Rasseln zu entstehen braucht und dadurch Täuschungen entstehen können.

Bezüglich der Fortnahme der medialen Wand der Kieferhöhle nebst Resection der unteren Muschel hat G. die Erfahrung gemacht, dass die Pat. über das Hineinfliessen des Secrets in die Nase klagen. So sah G. eine auswärts operierte Patientin, bei der beide Oberkieferhöhlen von der Fossa canina aus eröffnet waren, wobei auf der einen Seite die mediale Wand zur Nase hin und die untere Muschel entfernt, auf der anderen Seite aber nicht entfernt worden waren. Diese Pat. klagte stets über Beschwerden durch Secretstauung in der Nase, und zwar auf der Seite, wo die mediale Wand entfernt war, über Beschwerden in der anderen Nasenseite klagte sie nicht.

Dr. Greiffenhagen: Bezüglich der Diagnose hält Gr. die Probespülung, die nicht mehr als 100—200 gr. Wasser erfordert, und selbst am Boden der Kieferhöhle liegende geringe Eiterungen zu Tage fördert, für sicherer als das Durchblasen mit dessen acustischem Phänomen.

Gr. hält, falls es sich um eine normale, d. h. einkammerige Highmorshöhle handelt, die Durchleuchtung + Probespülung für genügend bezüglich der Diagnose und erwähnt, dass nicht selten durch die Probespülung auch der therapeutischen Indication genügt wird, indem durch eine einmalige Spülung der acute oder subacute Eiterungsprocess zur Heilung gelangt. In chronischen Fällen schützen alle diagnostischen Massnahmen nicht immer vor Verwechslung mit Carcinom — wie es Gr. in 4 Fällen passiert ist — welches eine Zeitlang unter dem Bilde des gewöhnlichen chronischen Empyems verlaufen kann. Daher ist Gr. auch bei der Behandlung des chronischen Empyems für die breite Eröffnung von der Fossa canina aus, welche eine Besichtigung, resp. Abtastung der Kieferhöhle gestattet, doch hat Gr. die Nachbehandlung stets so durchgeführt, dass er die Kranken, nachdem die Wunde unter Tamponade sich entsprechend verkleinert, einen dünnen Hartgummistift in der Kieferfistel tragen lässt, den sie nach Bedarf entfernen, um Spülungen (alltäglich bis allmonatlich) der Kieferhöhle vorzunehmen. Ist die Secretion scheinbar endgültig versiegt, so wird der Stift entfernt. Bei etwaigen Recidiven ist die Wiedereröffnung mühelos. Ueber eine Belästigung durch den kleinen in keiner Weise störenden Stift hat sich bisher kein Pat. beklagt, daher hat Gr. noch keine Veranlassung zur Radicaloperation im modernen Sinne gefunden. Da Gr. das Empyema antri Highmori dentalen Ursprungs für eine Seltenheit hält, hat er nur ausnahmsweise die Kieferhöhle von der Alveole aus angebohrt, einen gesunden Zahn zu opfern, scheint ihm in keinem Falle gerechtfertigt. In mehreren Fällen von subacuten Empyemen hat Gr. die Kieferhöhle mittelst Trephine unter Localanästhesie eröffnet.

Dr. Wolferz: Zur Diagnosenstellung ist eine Probespülung der Kieferhöhle vom unteren oder mittleren Nasengang aus erforderlich. Häufig genügen auch ein paar solcher Spülungen, um acute und subacute Empyeme zur Heilung zu bringen, wenn nicht, so ist die Aufbohrung von der Alveole aus zu empfehlen. Die Aufbohrung gibt auch bei einem Teil der chronischen Fälle zufriedenstellende Resultate. Bei der Friedrichschen oder der sog. Radicaloperation der Kieferhöhle schont W. die Muscheln, da bei Verlust derselben, insbesondere bei Verlust des vorderen Endes der unteren Muschel, über Beschwerden geklagt wird — wie Trockenheit in der Nase, Luftmangel, Frostgefühl etc.

V. Dr. Kikuth: Larynxtuberculose. Referat.

Discussion.

Dr. v. z. Mühlen fragt, wie Vortragender zur Tracheotomie bei Larynxtuberculose steht, und ob es nach der heutigen Auffassung eine primäre Larynxtuberculose gibt.

Dr. Greiffenhagen stimmt dem Vortragenden vor allem darin bei, dass die Prognose der Larynxtuberculose im Wesentlichen vom Zustande der Lungen abhängt. Gr. hält die primäre Larynxtuberculose für praktisch bedeutungslos, die Infection durch das Sputum jedoch für viel häufiger als der Vortragende, und glaubt gerade in den Wechselbeziehungen zwischen Lunge und Kehlkopf eine Bestätigung dieser Ansicht zu finden. Unter allen örtlich anzuwendenden Medicamenten gibt auch Gr. der Milchsäure in hoher Concentration und seltener Application den Vorzug. Die günstige Wirkung der Tracheotomie sucht Gr. dadurch zu erklären, dass das Sputum abgelenkt, der Stimmapparat entlastet wird und eine

energische endolaryngeale chirurgische Behandlung (Curettage, Excisionen etc.) schonungslos durchgeführt werden kann. Von dieser endolaryngealen chirurgischen Behandlung — mit und ohne Tracheotomie — hat Gr. gute Erfolge, auch mehrere Dauerheilungen gesehen. Unter allen nicht localen Massnahmen hält Gr. das absolute Schweigen, resp. die tonlose Lippensprache für eine der Wichtigsten.

Dr. v. Rimscha: Meinen Standpunkt zur Larynxtuberculose möchte ich kurz folgendermassen präcisieren:

Ich habe schwere Fälle von Larynxtuberculose mit ausgebreiteten Ulcerationen gesehen, die ohne Localbehandlung ausheilten — d. h. sich in einer Weise veränderten, dass von Ulceration nicht mehr die Rede sein konnte. Die Schleimhaut nahm ein Aussehen an, als ob sie heil wäre, ja es liess sich nicht einmal eine Narbe constatieren. Von Dauer sind solche Heilungen meist nicht gewesen. Jedenfalls beweisen solche Fälle, dass tuberculöse Ulcera im Larynx ohne jeglichen localen Eingriff heilen können. Ich habe tuberculöse Larynxkatarrhe gesehen, die erst zurückgingen, als sie nicht mehr behandelt wurden. Dass es sich dabei um tuberculöse Larynxkatarrhe handelte, kann ich dadurch beweisen, dass diese Pat. nach Jahren an Tuberculose zu Grunde gingen. Andererseits habe ich wiederholt tuberculöse Ulcera gesehen, die jeglicher Therapie, auch der chirurgischen, trotzten. Und schliesslich weise ich auf einen Fall hin, wo es sich bei normalem Lungenbefund um ein kleines Ulcus an der Epiglottis handelte, bei dem ich nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Tuberculose stellte und den Pat. nach Davos schickte. Diesem Pat. wurde von einer Autorität zur Sicherstellung der Diagnose das Ulcus ausgekratzt, Tuberkelbacillen gefunden und dann auch Davos empfohlen. Nach ca. 1 Monat bekam Pat. Genitaltuberculose und ging in kurzer Zeit daran zu Grunde. Durch diesen einen Fall kann natürlich nichts bewiesen werden, doch liegt die Vermutung nahe, dass erst durch das Auskratzen des Ulcus die Allgemeininfection zustande gekommen ist.

Unter dem Eindruck solcher Erfahrungen stelle ich in den Vordergrund der Behandlung der Larynxtuberculose das Schweigen.

Bei localisierten kleinen Herden, die keine Tendenz zur Heilung zeigen, und bei relativ gutem Lungenbefund lasse ich eine energische Localbehandlung gelten, in der Hoffnung, dadurch mehr weniger den Herd radical zu beseitigen. Ausgebreitete Infiltrationen, resp. Ulcerationen werden nur symptomatisch behandelt, unter strengem Schweigen und sorgfältiger Allgemeinbehandlung. Dass unter Umständen chirurgische Eingriffe, wie die Entfernung einer stark infiltrirten Epiglottis angezeigt sind, will ich nicht bestreiten, sondern sogar die grosse Erleichterung, die dadurch dem Pat. bereitet werden kann, hervorheben. Doch fasse ich solche Eingriffe mehr als palliative auf. Zum Schluss muss ich noch für die Larynxtuberculose die grosse Abhängigkeit von der Besserung resp. Verschlechterung des Lungenbefundes hervorheben.

Dr. Schulz-Davos empfielt die Bestrahlung des Larynxinneren mit Sonnenlicht.

Dr. Kikuth: Zusammengefasstes Schlusswort.

Wohl gebe ich zu, dass die Fälle, in denen eine chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose eine günstige Aussicht darbietet, selten sind. Bei ausgedehnten Geschwüren und starken Infiltrationen dürften wir mit der chirurgischen Behandlung nichts Positives erreichen, wohl aber bei den Infiltrationsformen, die uns als Höcker, Zapfen imponieren und die verhältnismässig leicht zu entfernen sind. Doch auch Heilungen von tuberculösen Geschwüren sind nach Curettement und Milchsäurebehandlung mikroskopisch nachgewiesen und von Virchow, Fränkel und anderen bestätigt worden. Wohl gebe ich zu, dass eine voltständige Heilung recht selten sein dürfte, denn unter dem Narbengewebe finden sich häufig Tuberkelknoten, doch eine relative Heilung, eine bedeutende Besserung des Zustandes ist immerhin erreichbar. Eine primäre Larynxtuberculose existiert meiner Ueberzeugung nach nicht, wenn auch theoretisch sie zustande kommen könnte. Die neuesten Untersuchungen vermittelst der Röntgenaufnahme zeigen so häufig eine Erkrankung der Hilusdrüsen und der bronchopulmonalen Drüsen, dass vergleichende Untersuchungen von Sectionsbefunden und Röntgenaufnahmen in dieser Frage Klarheit schaffen dürften. Aus diesen Befunden und aus der Beobachtung tuberculöser Patienten, die keine Spur von Sputum hatten und doch eine Erkrankung des Larynx aufwiesen, neige ich mich zur Anschauung der lymphatogenen Infection. Die Schädigung, die die Tracheotomie, resp. die Canüle der kranken Lunge bringt, ist unermesslich gross gegenüber den Vorteilen, die dem Larynx gebracht werden; ich verweise in dieser Frage auf die Arbeiten von Blumenfeld, Glöckner u. A. Die Tracheotomie als curativer Eingriff bei der Larynxtuberculose wird aus diesem Grunde in der letzten Zeit immer mehr und mehr eingeschränkt.

Eine spontane Heilung bei einer nicht weit vorgeschrittenen Lungentuberculose und geringfügiger Affection des Kehlkopfes habe ich bei hygienisch-diätetischer Behandlung mehrfach gesehen. Im Uebrigen bin ich der Ansicht, so viel wie möglich bei weiter vorgeschrittener Larynxtuberculose jeglichen operativen Eingriff einzuschränken und nur die symptomatische Behandlung gelten zu lassen.

VI. Dr. Wolferz demonstriert mikroskopische Präparate von einem Nasentumor, den er bei einem achtwöchentlichen Kinde mit der kalten Schlinge abgetragen hat. Der Tumor ist bohnengross und ragt zur Hälfte aus dem Nasenloch heraus. Der Tumor ist von Dr. Schabert Riga als ein ödematös erweichtes Fibrom resp. fibröse Hyperplasie der Tunica propria der Nasenschleimhaut gedeutet worden.

Schluss der Sitzung.

4, Specialsitzung für Dermatologie und Urologie.

24. August 1909 vormittags.

Vorsitzender: Dr. G. v. Engelmann-Riga.
Secretär: Dr. A. Raphael-Mitau.

Der Vorsitzende eröffnet um $9^1/_2$ Uhr die Sitzung mit einer kurzen Ansprache an die Versammlung, in welcher er für das durch seine Wahl zum Präses der Section ihm bewiesene Vertrauen dankt und die Hoffnung ausspricht, dass dieser erste Versuch einer Gründung von Specialsectionen beim Baltischen Aerztetage ein erfolgreicher sein werde und den Anstoss geben werde zu festerem Zusammenschluss der baltischen Special-Collegen zu gemeinsamer Arbeit.

Dr. M. Hirschberg hält, nachdem er diesbezügliche Photogramme und Literatur zur Ansicht herumgereicht hat, seinen Vortrag: Ueber epidemische Haarkrankheiten.

Discussion.

Dr. Prissmann spricht sich entschieden für die Röntgenbehandlung speciell des Favus aus. Nach seiner Erfahrung weist keine der sonst bekannten Behandlungsmethoden auch nur annähernd ähnliche Resultate auf. Nachdem er $1^1/_2$ Jahrzehnte hindurch alle möglichen Salbenbehandlungen in Anwendung gebracht hat, überweist er jetzt seit einigen Jahren alle Favusfälle der Röntgentherapie und hat nie einen Misserfolg gesehen. Zum Schluss richtet er an Vortragenden die Frage, wie es mit dem Wiederwachsen des Haares bestellt sei.

Dr. Hirschberg versichert, dass bei einer richtig in Anwendung gebrachten Bestrahlung das Haar tadellos wiederwachse. In Berlin, wo er zuerst diese Art der Favustherapie kennen gelernt hätte, würde das Hauptcontingent der Fälle durch Patienten aus Russland gestellt.

Priv.-Doz. Dr. Paldrock fragt an, ob Vortragender nicht sonstige Complicationen bei der Röntgenbehandlung gesehen habe. Er habe nachfolgende Harthörigkeit beobachtet, die 9—11 Monate angedauert hätte.

Dr. Hirschberg entsinnt sich schlimmer Erfahrungen nur aus der Zeit, wo die Maassmethoden für die Dosierung des Lichtes noch nicht genügend ausgebildet waren.

Dr. Kengsep demonstriert der Versammlung einen Patienten mit Lichen syphiliticus. Er äussert sich über denselben folgendermassen: Da die meisten Lehrbücher die Schwierigkeit der Diagnosenstellung bei Fällen, wie dem vorliegenden, betonen, so dürfte die Demonstration desselben an dieser Stelle doch Interesse erwecken. Patient, 23 a. n., kam mir erst gestern (23. August) das erste Mal zu Gesichte. Die Anamnese wird verwirrt, ungern und widersprechend gegeben. Patient will im 7. Lebensjahre an Tuberculose des Oberschenkels gelitten haben (Narbe vorhanden) und sonst stets gesund gewesen sein bis vor 7 Wochen, wo er nach einem Bade ein Exanthem bemerkte, welches anfangs spärlich vorhanden war und nur ab und zu gejuckt haben soll. Letztere Angabe wurde nicht ganz bestimmt gemacht. Der Ausschlag sei dann allmählich grösser geworden, er hätte kleine Knötchen bemerkt, die teils geschuppt, teils eine Flüssigkeit enthalten hätten. Patient ist von schwacher Constitution und welker, trockener, bräunlicher Haut. Zu beiden Seiten des Rumpfes, an den Beugeseiten der Arme und auf dem Rücken sieht man kleine, schmutzig-braunrote, etwas erhabene Knötchen, die etwas glänzend sind und von denen einige gedellt sind—also das Bild eines Lichen ruber planus. Eine gewisse Symmetrie der Eruptionen liegt vor.—Alle Drüsen sind vergrössert! Die Schleimhaut des Mundes zeigt ein etwas ulceröses Zahnfleisch und über demselben 2 kleine, harte, weissgraue Knötchen. An der Mandel, in der Uebergangsfalte zum Gaumenbogen, der gestern blassrosa war, heute aber schon einen bedeutend dunklern, bis hochroten Farbenton aufweist, ist eine ovale, typische, erbsengrosse Papel sichtbar, die nicht aus mehreren einzelnen Efflorescenzen gebildet ist. Der typische Rachen-Mandelbefund veranlasste mich, genauer auf den Genitalapparat in Anamnese und Localuntersuchung einzugehen. Es erwies sich, dass

noch jetzt auf dem Penis, seitlich auf der Haut, circa ein Zoll vom Collum entfernt, eine pigmentierte, leicht indurierte Narbe nachweisbar war. Ich betone es ganz besonders, dass die Differentialdiagnose das Hauptgewicht auf die begleitenden Krankheitserscheinungen legt. Patient gibt jetzt auch zu, dass er vor circa 4 Monaten am Penis eine Pustel gehabt habe, die später zu eitern angefangen hätte, welche er sich selbst mit Dermatol auscuriert hätte. Die Diagnose: Lichenoides Syphilid, ist durch die absolut typische grosse Schleimhautpapel auf der linken Tonsille, die allgemeine Drüsenschwellung und die Narbe auf dem Penis, sowie durch die Ulcerationen am Zahnfleisch, die, da Quecksilber nicht angewandt worden ist, nur aus zerfallenen syphilitischen Efflorescenzen hervorgegangen sein können, gesichert. Reine Lichenefflorescenzen zerfallen oder verändern sich niemals. Ausserdem wird ja die specielle Therapie — Arsen oder Quecksilber noch das letzte Wort reden.

Discussion:

Dr. Eliasberg meint, dass es sich um einen Lichen ruber planus in syphilitico handelt.

Dr. Prissmann schliesst sich im Allgemeinen den Ausführungen des Vorredners'an und weist noch auf die Möglichkeit hin, die vorhandenen Mund- und Rachenerscheinungen gleichfalls auf den Lichen ruber zurückführen zu können. Kommen doch gerade bei dieser Dermatose auf den genannten Schleimhäuten Eruptionen in Form von harten, punktförmig oder rissig sich zerklüftenden, silbergrauen Plaques vor. Letztere könnten hier in Frage kommen. Die Penisnarbe möchte Dr. Prissmann auf keinen Fall für die Luesdiagnose verwertet wissen, da nach seiner Erfahrung specifische Primäraffecte selten Narben hinterlassen, jedenfalls sprechen letztere weit eher für abgelaufene weiche als harte Schanker. In zweifelhaften Fällen wie im vorliegenden müssten pigmentierte Penisnarben differentialdiagnostisch unberücksichtigt bleiben.

Dr. Zöpffel ist der Ansicht, dass es sich hier um einen lichen syphiliticus handelt, und weist speciell auf die charakteristische bläulichbräunliche Verfärbung der Mehrzahl der Efflorescenzen hin.

Privat-Docent Dr. A. Paldrock meint, dass man am besten zum Schluss käme, wenn man sich die Entwickelung der papulae lueticae und der Lichenknötchen vergegenwärtige. Nirgends seien maculae sichtbar, die als Vorstadium der Papeln zu finden sein müssten. Wohl aber sehe man scharf abgegrenzte, auf ihrer Höhe mit einer Delle und einem Schüppchen bedeckte, wachsähnlich glänzende, trübe verfärbte Knötchen, — also Lichen planus. Die Beläge der Knötchen auf den Tonsillen seien weiss, müssten wohl auch für Lichen gehalten werden. Die vorgestellte Hautaffection ist seiner Meinung nach zweifellos: Lichen ruber planus.

Dr. Hirschberg: Es lassen sich die Plaques und die stomatitis ulcerosa jedenfalls auf keinen Lichen planus beziehen. Vielleicht ist Patient doch geschmiert worden. Alle Drüsen sind typisch infiltriert, also Lues liegt vor. Es mag sein, dass auch ein Lichen planus da ist. Eventuell könnten es 2 Affectionen zugleich sein; wahrscheinlich handelt es sich nur um Lues.

Dr. v. Engelmann: An der Diagnose Lues kann wohl in diesem Falle nicht gezweifelt werden. die Reste des Primäraffectes, die allgemeine Drüsenschwellung und die Plaques auf den Tonsillen beweisen die Syphilis. Das Aussehen des Exanthems entspricht freilich dem Lichen planus, doch kann ein kleinpapulöses Syphilid ein ganz entsprechendes Aussehen haben.

Dr. Kengsep (Schlusswort). Ob die Ansicht des Herrn Dr. Eliasberg — Lichen planus und syphiliticus — richtig ist, wird sich nach der Therapie herausstellen. Wenn Herr Dr. Paldrock die Entwickelungsgeschichte der Lichenknötchen und der luetischen Papel anführt, so ist dagegen zu bemerken, dass bekanntlich bis hierher von keinem Autor, auch von Dr. Paldrok, meines Wissens ein wesentlicher Fortschritt in der anatomischen Erkenntnis der Lichenknötchen gebracht worden ist, ebensowenig muss eine luetische Papel aus einer Macula entstehen. Es können sehr wohl ausser den lichenoiden luetischen Efflorescenzen auch Maculae vorhanden gewesen sein, die unbeobachtet blieben, da ich Patienten gestern zum ersten Male gesehen habe. Die von Dr. Paldrock auf der Tonsille gesehenen «Knötchen mit mit weissen Belägen» kann ich beim besten Willen nicht sehen, sondern betonte schon früher die Einheitlichkeit in der Structur der luet. Papel auf der Tonsille.

Wenn Dr. Prissmann die «überflüssige Betonung der Penisnarbe hervorkehrt, so muss ich sagen, dass erstens die Penisnarbe meinerseits garnicht betont worden ist, habe ich ja sogar im Gegenteil den Penisbefund als letzten Baustein in der Diagnose angeführt, wohl aber habe ich den Rachenbefund als typisch hervorgehoben und obigen Fall als selten und atypisch hingestellt. Dass Narben am Penis mehr für weichen als für harten Schanker sprechen, ist mir neu. Meiner Ansicht nach lassen nur stark, mit Lapis besonders, malträtierte Ulcera bleibende Narben sowohl beim weichen als auch beim harten Schanker zurück. Wenn sie sonst vorkommen, kann man sie jetzt wohl nicht nur als allein massgebend ansehen.

Den Herrn Eliasberg und Paldrock möchte ich noch zur Antwort anführen, dass, ebenso wie eine Psoriasis und andere Hautefflorescenzen in verschiedenen Formen luetischer und nicht luetischer Natur vorkommen, ebenso kann man auch vom Vorkommen eines luetischen Lichen ruber (oder besser lichenoiden Syphilids) und eines nicht luetischen Lichen sicher überzeugt sein, namentlich, wenn, wie hier, die begleitenden Erscheinungen eine Lues annehmen lassen.

Herr Priv.-Doc. Dr. Paldrock demonstriert einen Patienten mit sehr ausgedehntem Herpes Zoster.

Dr. J. Eliasberg hält seinen Vortrag über Theorie und Praxis der Wassermannschen Serodiagnostik bei Syphilis.

Discussion:

Dr. v. Engelmann: Was den praktischen Wert der Wassermannschen Reaction betrifft, möchte ich im Allgemeinen den vom Vortragenden geäusserten Anschauungen beipflichten. Die Möglichkeit, dass bei erweiterter Erfahrung in dieser Beziehung doch ein entscheidendes Moment für die Einleitung oder Fortführung der Therapie in dem positiven Ausfall der Reaction zu sehen sein wird, wie es jetzt schon von mancher Seite gefordert wird, ist für die Zukunft nicht zu bestreiten. Ich möchte ferner hinweisen auf die Bedeutung der Wassermannschen Reaction bei der Beurteilung, ob ein Luetiker nach präventiver Excision des Primäraffectes in der Tat von Allgemeininfection freigeblieben und daher nicht behandelt zu werden braucht, ferner bei der Entscheidung, ob eine anscheinend gesunde Mutter eines vom Vater her hereditär luetischen Kindes als syphilitisch zu betrachten und demgemäss zu behandeln ist. In diesen Fällen würde der positive Ausfall der Reaction allein auch ohne klinische Symptome für die Einleitung der specifischen Therapie entscheidend sein.

Dr. Prissmann fragt den Vortragenden, wie er zu der Frage stehe, ob man in der Incubationszeit bis zum Ausbruch des Exanthems eine positive Wassermannsche Reaction erhalte, was doch praktisch zweifellos von grösster Wichtigkeit sei. So weit es ihm bekannt sei, wäre die Reaction in dieser Zeit, so gut wie immer, negativ.

Dr. v. Engelmann: Der grösste Teil der Fälle, an denen Dr. Eliasberg seine Untersuchungen angestellt habe, stamme aus seiner Abteilung. Im Incubationsstadium, vor dem Erscheinen der Secundärsymptome falle die Wassermannsche Reaction häufig negativ aus, wo der Spirochätennachweis das Bestehen der Lues beweist. Der Spirochätennachweis sei daher in diesem Stadium als das sicherere diagnostische Hilfsmittel zu bezeichnen. In selteneren Fällen trete das Umgekehrte ein — keine Spirochäten, aber positive Serumreaction.

Dr. Eliasberg (Schlusswort). Die Behandlung muss selbstredend dann eingeleitet werden, wenn die Reaction positiv ist und bisher keine Behandlung stattgefunden hat. Was die Incubationszeit anbetrifft, so sind die Resultate nur in 40—50 pCt. der Fälle positiv, die Zahl der positiven Ausfälle steigt, je mehr man sich der Exanthemperiode nähert. Ueber die Resultate der Frühbehandlung mit Excision wird hoffentlich die Serodiagnostik uns aufklären. Allerdings muss des öftern untersucht werden, da einmalige Untersuchung keine definitiven Schlüsse bei negativem Resultat erlauben.

Dr. Eliasberg teilt mit, dass sein mit Dr. R. Biehler angezeigter Vortrag über «Complementablenkungsversuche bei Lepra tuber. und Lepra nervorum» ausfallen müsse, da die Arbeiten leider noch nicht abgeschlossen seien. Er sei daher nur in der Lage, kurz über die Resultate zu berichten, die er an Leprösen mit syphilitischem Antigen erzielt habe: Von 31 an Lepra tuberosa leidenden reagierten 26 positiv d. h. = 81 pCt., von 19 mit Lepra nervorum Behafteten 3 positiv, 16 negativ = 15 pCt. Mit Nastin behandelte Fälle von Lepra tuberosa wiesen eine Abschwächung der Reaction auf, reagierten auch häufig negativ. Bindende Schlüsse lassen sich zunächst nicht daraus ziehen, deshalb richtet Vortragender die Bitte an den Baltischen Aerztecongress, darüber eine Enquete zu veranstalten und die Sera vor und nach den verschiedensten Behandlungen untersuchen zu lassen. Er sei gern bereit, diese Arbeit zu übernehmen. Er glaube, dass auf diesem Wege der Serologie mehr Licht in die Sache gebracht werden könne.

Dr. E. Kröger hält seinen Vortrag über die Frühbehandlung der Lues zu welchem Dr. S. Prissmann ein Correferat liefert.

Discussion:

Dr. Eliasberg ist der Ansicht, dass nur dann die Frühbehandlung erlaubt sein dürfte, wenn mikroskopischer und

biologischer Nachweis der Lues geführt wurde. Sonst müsse man die Secundärerscheinungen abwarten.

Dr. Ed. Schwarz betont, dass die Fälle von Lues, die Tabes und Paralyse im Gefolge haben, von Anfang an milde verlaufen; es ist nun auch hervorgehoben worden, dass bei früher Präventivbehandlung die so behandelten Fälle milde verlaufen sollen. Die Krankheitsbilder sehen sich somit sehr ähnlich. Er fragt daher, ob den Herren schon Beobachtungen zu Gebote stehen, die eine solche Analogie wahrscheinlich machen?

Dr. Hirschberg meint, dass, wenn die Antigenbildung durch eine frühzeitige Quecksilberbehandlung unterdrückt werde, die Frage entsteht, ob nicht durch Unterdrückung dieser Antigenbildung auch ein häufigeres Recidivieren oder gar ein Auftreten von nachsyphilitischen Nervenerkrankungen begünstigt werde, denn absolute Vernichtung finde ja durch eine einmalige Schmiercur nicht statt.

Dr. Prissmann fragt den Vorredner, ob er in seiner Praxis längere Zeit den Verlauf der frühbehandelten Fälle hat verfolgen können, ob ihm nicht die mitunter gerade in diesen Fällen Schlag auf Schlag folgenden schweren Recidive, die selbst von den gewöhnlichen Quecksilberdosen unbeeinflusst zu bleiben scheinen, aufgefallen wären.

Bei aller Hochachtung vor den biologischen Forschungen sei für Prissmann nach wie vor der weitere klinische Verlauf der temporär verschieden behandelten Fälle das allein Massgebende. Von diesem Gesichtspunkte aber lehre wohl die Erfahrung der allermeisten Praktiker, dass die erst nach Auftreten von Secundärerscheinungen einer Allgemeinbehandlung unterzogenen Fälle einen im Ganzen weit milderen Verlauf nehmen als die frühbehandelten.

Dr. J. Eliasberg meint, dass die Sache noch nicht spruchreif sei. Er persönlich habe sich früher einer Frühbehandlung gegenüber ablehnend verhalten. Seit Entdeckung der Sp. pallida und der Wassermannschen Reaction glaube er doch, dass die Frühbehandlung in ganz bestimmten Fällen wohl anzuwenden sei. In Fällen, wo sehr zahlreiche Spirochäten unter dem Mikroskope im Gesichtsfelde erscheinen, könne die Frühbehandlung schwerere Symptome verhüten. Ein Abwarten könne hier verhängnisvoll werden.

Dr. Prissmann möchte die Fälle des Herrn Dr. Eliasberg mit den vielen Spirochäten im Gesichtsfelde anders auslegen. Er will sie einfach auf schwere Infection zurückführen. Wäre in diesen Fällen eine Frühbehandlung eingeleitet worden, so wäre sicherlich derselbe schwere Verlauf zu verzeichnen gewesen. Nicht die Abwartungsmethode sei hier anzuklagen.

Dr. v. Engelmann. Seit der Ermöglichung der exacten Frühdiagnose durch Spirochätennachweis und Serodiagnostik stehen wir fraglos der Frage der Frühbehandlung anders gegenüber als früher. Von einer solchen kann natürlich nur die Rede sein, wo die Diagnose durch die genannten Methoden sichergestellt ist. Entscheidend für die Frage können nur grosse Beobachtungsreihen und langjährige Beobachtungszeit sein. Die Autorität Neissers und seiner Schule, die warm für die Frühbehandlung eintritt, fällt ins Gewicht bei der Frage der Berechtigung zur Einleitung der Frühbehandlung. Diese wird sich aus äusseren Gründen in der Hospital- und poliklinischen Praxis empfehlen, da sie die Wartezeit bis zum Beginn der Cur verkürzt. Nach meinen persönlichen Erfahrungen tritt durch die Frühbehandlung, wenn sie nur ausgiebig durchgeführt wird, keine Erschwerung des Krankheitsverlaufes in der Secundärperiode auf; Recidive werden nicht verhindert, verlaufen aber sonst wie bei der exspectativen Behandlung. Für den verschiedenartigen Krankheitsverlauf sind individuelle Verhältnisse und verschiedene Schwere der Infection verantwortlich zu machen. Entscheidend wird erst die Beobachtung sein, ob tertiäre oder parasyphilitische Erkrankungen nach Frühbehandlung häufiger auftreten oder nicht.

Dr. Ed. Schwarz weist auf die Veröffentlichungen von Schuster hin, die darauf schliessen lassen, dass bei der Genese der Paralyse die Behandlung keine wesentliche Rolle spielt; es macht nach den Beobachtungen von Schuster den Eindruck, als ob sowohl die Spirochäten einerseits als die Persönlichkeit des Erkrankten andererseits eine Hauptrolle spielen, denn in der Vorgeschichte der Tabetiker und Paralytiker Schusters finden sich Leute, die garnicht und solche, die ausreichend mit Quecksilber behandelt worden sind. Die Zahlen sprechen nicht zu Gunsten der ausreichenden Behandlung. Redner proponiert eine Sammelforschung über früh behandelte Fälle.

Dr. Kengsep meint, wenn die Syphilis im 2-ten Stadium durch Quecksilber günstig beeinflusst oder geheilt werde, so sei ihm nicht klar, warum im Anfang einer Erkrankung, wo weniger Infectionsstoff vorliege, dasselbe Mittel nicht wirken, oder gar Schaden anrichten soll. Wenn zur klinischen sicheren Diagnose sich noch sogar die Infectionsquelle ermieren liesse, so sei die Frühbehandlung angezeigt. Beobachtete Misserfolge oder schwere Recidive seien nicht beweisend. Gewisse Behandlungsmethoden—Injection, Inunction oder innerliche Therapie—und vor allem individuelle Disposition und Schwere der Infection (Lues maligna) etc. spielten sicher eine grössere Rolle dabei, als bisher bekannt sei. Die weiteren Beobachtungen und Verbesserungen in der Therapie würden diese Fragen, die zur Zeit wohl als offene zu bezeichnen seien, voraussichtlich wohl zu Gunsten der Frühbehandlung klären. Als Beitrag zur Casuistik sei angeführt, dass bei einem Frühbehandelten (4 Wochen nach der Infection), gleich nach einer Woche eine Roseolaeruption in schwacher Form auftrat. Der weitere Verlauf bis jetzt (6 Monate) habe noch kein Recidiv ergeben.

Dr. Eliasberg fragt an, ob die Collegen Erfahrungen hätten über ein Symptom, das Busch anführt. Bei ulcera von langer Dauer wird durch subcutane Injection von Hg das Auftreten eines luetischen Exanthems beschleunigt.

Dr. v. Engelmann hat mehrfach das Auftreten der Roseola sowie eine Verstärkung des bereits angedeuteten Exanthems nach den ersten Hg-injectionen beobachtet. Eine Erklärung dieser Erscheinung ist durch die Annahme versucht worden, dass die Endotoxine der durch das Hg abgetöteten Spirochäten auf einmal in grösserer Menge frei werden und das Aufflammen des Exanthems bedingen (Thalmann).

Dr. Kengsep berichtet über einen Patienten, welcher anscheinend ein ulcus durum hatte. Beginn der Hg-Cur. Nach 7 Tagen trat ein Exanthem auf. Nach Auftreten des Exanthems Coitus mit der Frau. Die Frau des Patienten hat nach 3 Monaten die ersten Erscheinungen.

Dr. Prissmann hat von der provocatorischen Hg-Injection in zweifelhaften Fällen Gebrauch gemacht. In der Wechselmannschen Abteilung des Virchowkrankenhauses sind die Probeinjectionen in geeigneten Fällen an der Tagesordnung und bewähren sich gut.

Dr. Ed. Schwarz meint, dass die Reizmethode wohl von vielen Seiten empfohlen werde, doch mache auch das Quecksilber als solches Exantheme.

Dr. v. Engelmann glaubt, dass ein Quecksilberexanthem doch ganz anders als ein luetisches aussehe.

Dr. E. Kröger. (Schlusswort) berichtet, dass er bei seinen Frühbehandelten kein einziges Mal ein Exanthem gleich nach Anwendung des Quecksilbers gesehen habe. Wenn es einige Male aufgetreten sei, so sei es bei Patienten gewesen, die sowieso kurz vor dem Ausbruch des Exanthems standen und somit nicht zu den im eigentlichen Sinne «Frühbehandelten» gehörten.

Priv.-Doc. Dr. A. Paldrock schildert in einem Vortrage die Herstellung von Moulagen von Hautkrankheiten.

Um ½1 Uhr schliesst Vorsitzender mit einem Dank an die Teilnehmer die Sitzung.

Feuilleton.

Brief aus Breslau.

In der «Medicinischen Section» der «Schlesischen Gesellschaft für Vaterländische Cultur zu Breslau» sprach in der letzten Sitzung vor Weihnachten Hadda über «Die neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der Gefässchirurgie». Die ersten nennenswerten Erfolge auf dem Gebiete der Gefässchirurgie sind mit dem Namen Hullowel verknüpft, von dem unter anderen auch die erste erfolgreiche Gefässnaht an der Art. brachialis ausgeführt wurde. Die darauf folgenden Versuche von Assmann waren derart entmutigend, dass sich durch lange Zeit hindurch kein Chirurg an die Operation heranwagte. Erst in den 80. Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde die in Vergessenheit geratene Gefässnaht wieder aufgenommen. Langenbeck, Pirogoff und andere hervorragende Chirurgen beschäftigten sich eingehend mit der Frage. Einen ausserordentlichen Fortschritt bedeuten die Arbeiten Murphys (Endzuendvereinigung quer durchtrennter Gefässe durch Invagination der Stümpfe). Von andern Methoden der circulären Gefässnaht hebt Vortragender die von Payr, ferner die von Carell und Stich—fortlaufende circuläre Gefässnaht—hervor. Die seitliche Venennaht, von Czerny und Schede aufgebaut, ist von diesen und andern Autoren so oft mit Erfolg ausgeführt worden, dass sie allmählich zu einer gewöhnlichen Operationsmethode wurde. Selten ist die circuläre Naht angewandt worden. Ebenso ist die Circulärnaht der Arterien bei weitem seltener ausgeführt worden als die seitliche Arteriennaht. Ganz neue Wege schlug Trendelenburg ein, und Riedel nennt dessen Verfahren — Entfernung der Gerinnsel aus der Arteria pulmonalis in Fällen von Lungenembolie — eine der bedeutendsten Leistungen der Chirurgie.

Es finden dann die Methoden, das verstopfte Gefäss dadurch zu ersetzen, dass das arterielle Blut in die begleitende

Vene durch Anastomose hinüber geleitet wird, Erwähnung. (Satrustegni, später Jaboulay, Gallois, Exner und Andere.

Vortragender wendet sich alsdann den eigenen Versuchen auf dem Gebiete der seitlichen Anastomosenbildung zu. Angeregt durch Versuche, die auf eine Modification der Eck-schen Fistel abzielten, stellte H. Versuche mit der Seitzuseitanastomose zwischen Arterie und Vene an. Die Ausführung entspricht der von Pawlow angegebenen Methode. Anlegung der Nähte durch Adventitia und Muscularis. Die erste Versuchsreihe stellte sich die Anastomose zwischen Aorta und Vena cava inf. zur Aufgabe; trotz der völligen Durchschneidung der Aorta unterhalb der Anastomose war Gangrän nicht eingetreten. Die zweite Versuchsreihe bezog sich auf die Arterie bezw. Vena femor; von 11 Femoralisanastomosen zeigten 7 völligen Erfolg. Was die anderen 4 Fälle anbetrifft, so zeigten 2 davon bei der Section eine Thrombose an der Anastomosenstelle, die beiden anderen sind auf technische Fehler zurückzuführen Zum ersten Mal ist es hier gelungen, Arterie und Vene bei völliger Erhaltung des Blutkreislaufs zu vereinigen. Die Gefahr, die das Abklemmen, die circuläre Durchschneidung, die unmittelbare Vernähung der Anastomoseränder, besonders bei den meist schon veränderten Gefässen, in sich birgt, ist hier, wo die Gefässe nicht einmal mit der Pincette angefasst werden, zu vermeiden. Als weiteren wichtigen Fortschritt stellt H. die in dem Verfahren gegebene Möglichkeit eines völligen Ersatzes der Arterie durch die zugehörige Vene hin.

Was die Anwendung dieser Methode anbetrifft, so kommt nach dem Vortragenden das Verfahren besonders in allen den Fällen von Extremitätengangrän in Betracht, die durch Embolie oder angiosclerotische Veränderungen hervorgerufen sind, ferner aber auch in Fällen, wo grössere Arterienstücke durch Entfernung von Tumoren ausgefallen sind.

Am 13. December fand in Breslau der 38. Schlesische Bädertag statt. Zur Discussion kamen neben wissenschaftlichen auch Fragen, die sich auf specielle Curortinteressen beziehen. Mit grossem Interesse wurden die Mitteilungen über die in Gründung begriffene Balneologische Centralstelle in Frankfurt a. M. aufgenommen, die als gemeinsame Arbeitsstelle die gewonnenen Einzelergebnisse sichten, aber auch neue Interessen anregen und lösen soll; zur Errichtung der Centralstelle steht auch staatliche Unterstützung in Aussicht.

Breslau gehört zu jenen Städten, die, wie u. A. auch Königsberg und Kiel, eine Abnahme der Aerztezahl gegenüber dem Vorjahr aufzuweisen haben; eine regelmässige Zunahme zeigen namentlich Berlin und Essen, eine beträchtliche auch München und Köln. Ohne Aerzte sind jetzt im deutschen Reiche 381 Orte. Die Gesamtzahl der deutschen Aerzte ist auch im Jahre 1909 gegenüber dem Vorjahre gestiegen und zwar um 529. Sie beträgt jetzt 31969. Gegenüber der Zunahme der ganzen Bevölkerung ist die Zahl der Aerzte gegenüber dem Vorjahre etwas niedriger geworden. Doch ist wohl eine Steigerung zu erwarten, da auch in diesem Jahr die Zahl der Medicinstudierenden zugenommen hat. Die Zunahme an Aerzten betrifft fast ausschliesslich die Grossstädte. Aerztinnen haben fast nur Grossstädte aufzuweisen, im Ganzen 69 gegenüber 55 im Vorjahre. Der Zudrang zu den Specialfächern hat seinen Höhepunkt anscheinend überschritten.

Die vielbesprochene Lourdesaffaire gelangte vor dem Metzer Landgericht als Berufungsgericht erneut zur Verhandlung. Als ärztlicher Sachverständiger war Geheimrat Neisser geladen. Bekanntlich handelte es sich in letzter Linie um die wissenschaftliche Stellungnahme zu den Lourdeswundern. Die Hauptrolle in dem Process spielte eine Frau, die nach einem angeblichen Attest eines Arztes in Lourdes, von Lues und Lupus geheilt worden sein soll. Die Berufung gegen das freisprechende Urteil des Schöffengerichts wurde zurückgewiesen, das Gericht bekannte sich zu der Ansicht, dass das Haupt- und Zusatzprotocoll über die Boissarie-Sitzung den Gang der Verhandlungen richtig und sachlich wiedergegeben habe.

Dr. Schless.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Ein Sanatorium für tuberculöse Lungenkranke ist am 29. Dec. v. J. in Wilna eröffnet. Die Bahnverwaltung der Nord-Westbahnen hat vier Werst von der Eisenbahnstation auf einem Grundstück von 12 Dessjatinen ein Hospital für 200 Kranke ihrer Bahnangestellten errichtet und jetzt noch daselbst ein Sanatorium für 30 Kranke eröffnet. Die Gegend ist bergig, sandig, und ein grosser Tannenwald bedeckt das grosse Grundstück. Das Sanatorium ist ein einstöckiger Holzbau mit Zimmern für 2 und 4 Kranke. Eine grosse Veranda dient als Liegehalle.

Ausser 20 Eisenbahnärzten war Dr. S. Unterberger zur Eröffnung aufgefordert und gebeten, einen Vortrag zu halten. Das Thema war: Biologischer Gesichtspunkt über Pathogenese der Schwindsucht.

Das Sanatorium ist auf Initiative des energischen Oberarztes der Verwaltung der Nord-Westbahnen, Dr. N. Waschtschenko (Ващенко) errichtet.

— Hochschulnachrichten. Tomsk. Der Privatdocent Dr. der Botanik P. N. Krylow wurde zum ausserordentlichen Professer der Botanik, Dr. med. J. M. Lewaschew zum a. o. Professor der Diagnostik und Dr. med. P. W. Butjaschna zum a. o. Professor der Bakteriologie an der Universität ernannt.

Berlin. Dr. Schwiening ist zum o. Prof. der Staatsarzneikunde an der Kaiser-Wilhelms-Akademie ernannt.

Bonn. Prof. Dr. E. Hoffmann-Halle ist als Nachfolger von Prof. Dr. Doutrelepont zum Director der dermatologischen Klinik ernannt.

Budapest. Der Unterrichtsminister Graf A. Apponyi ist zum Dr. med. honoris causa ernannt.

Göttingen. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. M. Runge ist Prof. Dr. Jung-Erlangen berufen.

Jena. Der Prof. der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. M. Henkel-Greifswald ist an die Universität Jena berufen.

— Die königliche Medicinische Gesellschaft in Buda-Pest hat Prof. A. D. Pawlowskij zum correspondierenden Mitglied erwählt.

— Der 27. Congress für innere Medicin findet vom 18. bis zum 21. April 1910 in Wiesbaden unter dem Vorsitz von Prof. F. Kraus-Berlin statt.

— In Brüssel findet am 13.—15. September 1910 ein internationaler Congress für Radiologie und Elektricität statt.

— Die 2. internationale Conferenz für Krebsforschung findet vom 1. bis zum 5. October in Paris statt. Vorsitzender ist Prof. Czerny-Heidelberg, Generalsecretär Dr. G. Meyer-Berlin.

— Der 31. Balneologen-Congress findet vom 28. Januar bis zum 1. Februar im Anschluss an die Centenarfeier der Hufelandischen Gesellschaft in Berlin statt.

— In Ostpreussen sind in den letzten Wochen in 6 Orten der unweit der russischen Grenze gelegenen Kreise Pillkalen, Stallupönen und Goldap viele Personen an Pocken erkrankt. Der Personenverkehr an der russischen Grenze wird sanitätsärztlich überwacht.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 12. bis zum 18. December 1909 wurden 25 Erkrankungen und 3 Todesfälle constatiert, vom 19. bis zum 25. December 17 Erkrankungen und 8 Todesfälle. — Oesterreich. Vom 12. bis zum 18. December wurden in Steiermark 11, in Kärnten 8, in Krain 4 in Nieder-Oberösterreich, Mähren, Schlesien und Triest je 1 Erkrankung festgestellt.

— Der Capitän der norwegischen Bark «Romittent», die von Laguna nach Havre mit einer Ladung von Mahagony segelte, berichtete bei der Ankunft in Queenstown, dass während der 100 Tage dauernden Fahrt fast die ganze Mannschaft an Beri-Beri erkrankt war und 2 Mann an der Krankheit gestorben waren. Das Schiff wurde in Quarantäne gestellt.

— Verbreitung der Cholera. Britisch-Indien: in Calcutta starben vom 14. bis zum 27. November 1909 49 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. Britisch-Indien: vom 14. bis zum 27. November 1909 erkrankten an der Pest 10413 Personen und starben 8445. — Türkei: in Beirut wurde am 12. December im französischen Hospital 1 Pestfall festgestellt. — Aegypten: vom 4. bis zum 17. December wurden 9 Erkrankungen an der Pest und 5 Todesfälle registriert. — Japan: im Gebiet von Kobe und Hiogo wurden vom 30. October bis zum 29. November 70 Pesterkrankungen constatiert, in Osaka und Umgegend vom 20. October bis Ende November — 12 Erkrankungen.

— Die Pest in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»). In Akbolyk (Gouv. Astrachan erkrankten am 23. und 24. December 3 Personen und starben 6, am 25. December erkrankte 1 und starb 1. Am 27. Dec. starb 1 von den früher Erkrankten. Am 28. Dec. fand keine Erkrankung statt. Am 29. Dec. erkrankte 1. Am 30. und 31. Dec. fanden keine Erkrankungen statt. Im Uralgebiet fanden vom 22. bis 26. December keine Erkrankungen an der Pest statt. Von den früher Erkrankten starb 1.

Die Cholera in Russland*) (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 20. Dec. bis 26. Dec.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	—	(—)	6316	(2406)	16. Mai
Stadt Moskau . . .	16	(4)	271	(114)	27. Juni
Gouv. Jekaterinoslaw .	—	(—)	177	(75)	6. Sept.
Gebiet des Donkosakenheeres	—	(—)	37	(22)	15. Nov.
Stadt Baku	—	(—)	176	(91)	16. Sept.
Gouv. »	—	(—)	98	(74)	18. Oct.
Im Ganzen	16	(4)	7075	(2782)	

	Erkrankt und gestorben: vom 27. Dec. 1909 bis zum 2. Jan. 1910		Seit dem Beginn der Epidemie.		Beginn der Epidemie.
Stadt Moskau . . .	—	(1)	271	(115)	27. Juni
Gouv. Jekaterinoslaw .	—	(—)	177	(75)	6. Sept.
Gebiet des Donkosakenheeres	3	(—)	40	(22)	15. Nov.
Stadt Baku	1	(—)	178	(92)	16. Sept.
	4	(1)	666	(294)	

Seit dem Beginn der Epidemie sind in ganz Russland in diesem Jahr 20644 Personen an der Cholera erkrankt und 9373 gestorben.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 13. bis zum 19. Dec. 1909 566 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 42, Typh. exanth. 5, Febris recurrens 11, Pocken 34, Windpocken 25, Masern 137, Scharlach 112, Diphtherie 127, Cholera 1, acut. Magen-Darmkatarrh 29, an anderen Infectionskrankheiten 34.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12602. Darunter Typhus abdominalis 196, Typhus exanth. 18, Febris recurrens 40, Scharlach 315, Masern 120, Diphtherie 278, Pocken 182, Windpocken 3, Cholera 11, crupöse Pneumonie 89, Tuberculose 725, Influenza 196, Erysipel 123, Keuchhusten 14, Hautkrankheiten 76, Syphilis 537, venerische Krankheiten 345, acute Erkrankungen 2128, chronische Krankheiten 1801, chirurgische Krankheiten 1627, Geisteskrankheiten 3364, gynäkologische Krankheiten 254, Krankheiten des Wochenbetts 41, verschiedene andere Krankheiten 70.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 818 + 32 Totgeborene + 48 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 5, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 2, Pocken 20, Masern 41, Scharlach 27, Diphtherie 12, Keuchhusten 9, crupöse Pneumonie 28, katarrhalische Pneumonie 78, Erysipelas 4, Influenza 5, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 117, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 56, andere Magen- und Darmerkrankungen 39, Alcoholismus 2, angeborene Schwäche 68, Marasmus senilis 26, andere Todesursachen 248.

*) Druckfehlerberichtigung: In dem Cholerabericht in Nr. 52, 1909 muss es heissen: vom 13. bis zum 19. December 1909.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Der Marinearzt a. D. Dr. A. L. Iwanow, geb. 1831, approbiert 1855. 2) Dr. J. Nicolaysen, Prof. emer. der Chirurgie in Christiania am 25. December 1909, im Alter von 78 Jahren. 3) Dr. F. C. Valentine, Prof. der Urologie in New-York.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 12. Jan. 1910.

(Jahressitzung).

Tagesordnung: Blessig. Präsidialvortrag: Ueber die Entwicklung der Ophthalmologie im letzten Halbjahrhundert.

Jahresberichte der Secretäre und des Schatzmeisters.

Wahlen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. Jan. 1910.

Tagesordnung: Dr. Westphalen: Ueber den derzeitigen Stand der Therapie des uncomplicierten Ulcus ventriculi.

— DRUCKFEHLERBERICHTIGUNG: In Nr. 1, S. 6, Erste Spalte, 2. Zeile von unten ist zu lesen: Gruppen statt Grenzen. Zweite Spalte 6. Zeile von unten ist zu lesen: auszulösenden statt auslösenden. Seite 8, 2. Spalte, Anmerkung, 4. Zeile von unten — 80 pCt. statt 80,6 pCt.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

F. v. Ammon. Sehprobetafeln zur Bestimmung der Sehschärfe für die Ferne. München. I. F. Lehmann. 1909. Mk. 4.

W. Ebstein. Pathologie und Therapie der Lepra. Leipzig. Dr. W. Klinkhardt. 1909.

G. Hirsch. Register f. Augenärzte. Leipzig. W. Engelmann. 1909. Mk. 7.

Raph. Ed. Liesegang. Beiträge zu einer Kolloidchemie des Lebens. Dresden. Th. Steinkopf. 1909. Mk. 4.

F. Winscheid. Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Halle. C. Marhold. 1909. Mk. 2.

A. Pick. Initialerscheinungen d. cerebralen Arteriosclerose. Halle. C. Marhold. 1909. Mk. 0.75.

G. L. Sacconaghi. Uebers. v. Plitek. Vorwort v. C. v. Noorden. Anleitung zur Diagnostik d. Abdominaltumoren. Berlin. S. Karger. 1910.

C. Lange u. H. Kurella. Die Gemütsbewegungen. Würzburg. C. Kobitzsch. (A. Stubers). 1910. Mk. 1.80.

E. v. Hippel. Ueber die Palliativtrepanation bei Stauungspapille. Leipzig. W. Engelmann. 1909. Mk. 3.40.

F. Eschle. Ernährung und Pflege des Kindes. Leipzig. Benno Konnegen. 1909. Mk. 2.50.

V. Rigler. Becks Therapeut. Almanach. Leipzig. B. Konnegen. 1909.

Keul. Die Geschlechtskrankheiten bei Mann u. Weib. Leipzig. B. Konnegen. 1910. Mk. 4.

W. Scholtz. Pathologie u. Therapie der Gonorrhoe. Jena. G. Fischer. 1909.

W. Brünnings. Die directe Laryngoskopie, Bronchoskopie u. Oesophagoskopie. Wiesbaden. I. F. Bergmann. 1910. Mk. 14.

Toll-Klemperer. Die Grundlagen der Krankenpflege. Wien u. Leipzig. W. Braumüller. 1909.

E. Merks Jahresbericht über Neuerungen auf den Gebieten der Pharmo-Therapie und Pharmacie. Darmstadt. 1909.

60. Bericht der Lese- u. Redehalle der deutschen Studenten in Prag. 1908. Prag. A. Haase. 1909.

A. Martin. Verhalten und Pflege der werdenden Mutter Berlin. Verlag für Volkshygiene u. Medicin. 1909.

W. Zinn. Gesundheitsschäden aus täglichen Gewohnheiten. Berlin. Verlag für Volkshygiene u. Medicin. 1909.

Ad. Schmidt. Ueber Durchfall. Sonderabdruck aus der Medicinischen Klinik. 1909. Nr. 13.

Ad. Schmidt u. H. Lohrisch. Weitere Beobachtungen über die Bedeutung der Cellulose (Hemicellulose) für die Ernährung der Diabetiker. Sonderabdruck aus der Deutschen Medic. Wochenschrift. 1908. Nr. 47.

A. Albu. Versuche über Ausschaltung von Dünn- u. Dickdarm. Separatabdruck aus den «Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie». 1909. XIX. Bd. 5. Heft.

A. Albu. Die Bewertung der Visceraiptosis als Konstitutionsanomalie. Sonderabdruck aus der Berliner klin. Wochenschr. 1909. Nr. 7.

A. Albu. Die epidemiologischen, ätiologischen u. symptomatologischen Ergebnisse der Sammelforschung betreffend die Blinddarmentzündungen 1907 in Gross-Berlin. Sonderabdruck aus d. Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 26 u. 27.

E. Rothschuh. Langdauernde Schwefelbäder u. Unter-Wasser-Massage bei rheumatischen u. gichtischen Erkrankungen. Sonderabdruck aus d. Zeitschrift f. Balneologie, Klimatologie u. Kurort-Hygiene. 1. Jahrg. Nr. 11.

Natalie Spassokukotzky. Bakteriologische Blutuntersuchungen bei chirurgischen Infectionskrankheiten. Aus d. chirurg. Abt. des Obuchow-Männerhospitals in St. Petersburg. Jena. 1909.

Anuschat. Die Resorption des Hydrargyrum metallicum u. dessen interne Anwendung bei Syphilis. Sonder-Abdruck aus «Deutsche Medicinal-Zeitung». 1909. Nr. 78.

Отчетъ о дѣятельности Правленія Общества Санаторныхъ колоній г. Одессы за 1908 годъ. Одесса. 1909.

Th. S. Cullen. Adenomyoma of the Uterus. The Journal of the Amer. Medical Association, January 11, 1908.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 3 St. Petersburg, den 16. (29.) Januar 1910. XXXV. JAHRGANG.

Die Indicationen zur Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bei der acuten Otitis media.

Vortrag, gehalten auf dem I Balt. Aerztecongress zu Dorpat. August 1909.

Von

Dr. R. Wolferz.
Riga.

Die acute Otitis media ist eine Infection der Schleimhautauskleidung sämtlicher Mittelohrräume. Die weitaus grösste Anzahl der acuten Otitiden heilt, mit oder ohne Perforation des Trommelfelles, spontan aus. Bei einer kleineren Anzahl dagegen tritt eine Erkrankung des Knochens ein, die entweder auch von selbst heilen oder aber durch Ausbreitung auf das Schädelinnere die gefürchteten endokraniellen Complicationen hervorrufen kann.

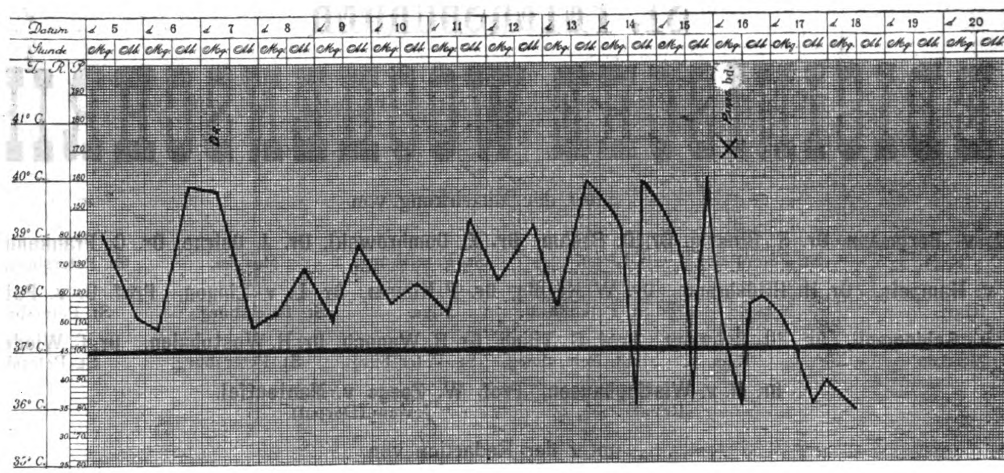
Wenn wir daher als einen der Hauptgesichtspunkte zur Indication des operativen Eingriffes die Erkrankung des Knochens ansehen, so müssen wir die Frage zu beantworten suchen, unter welchen Bedingungen und in welcher Form der Knochen erkrankt. Diese Frage ist durch die Untersuchungen Scheibes wesentlich geklärt worden.

In erster Linie ist es das Empyem, das eine Erkrankung des Knochens hervorruft.

„Unter Empyem verstehen wir" nach den Ausführungen Scheibes, „diejenigen Eiterungen der pneumatischen Zellen, bei denen der Ausführungsgang durch Schwellung der Schleimhaut verlegt oder verengt ist, so dass der Eiter nicht oder nicht genügend abfliessen kann und infolge dessen Ueberdruck entsteht. Unter dem Ueberdruck wird der Knochen eingeschmolzen. Bei freiem Abfluss wird im widerstandsfähigen Organismus die Knochenwand überhaupt nicht zerstört, sondern im Gegenteil regelmässig Knochen neugebildet. Nur im Verlauf von schweren Allgemeinerkrankungen, oder mit anderen Worten bei der sogenannten secundären Otitis können auch bei vollständig freiem Abfluss die genannten Complicationen entstehen, hier wird durch Nekrose der Weichteile und des Knochens der Weg für die Ausbreitung der Eiterung geebnet". Es sind also die Schwellung und die Nekrose der Schleimhaut die Vorbedingung für Erkrankung des Knochens.

Scheibe teilt die Empyeme ein in Empyeme erster Ordnung und Empyeme zweiter Ordnung. Unter Empyemen erster Ordnung sind diejenigen zu verstehen, bei denen eine breite Communication mit der Paukenhöhle besteht. Diese sind im Wesentlichen ungefährlich, da das Trommelfell als Sicherheitsventil wirkt, durch spontanen Durchbruch oder durch Paracentese wird freier Abfluss geschaffen und eine Einschmelzung des Knochens verhindert. Gefährlich sind dagegen die Empyeme zweiter Ordnung. Unter diesen verstehen wir Empyeme derjenigen Zellen, die keine Communication mit der Paukenhöhle haben. Hier kann die Einschmelzung des Knochens schnell vorwärts schreiten. Als prägnantes Beispiel eines Falles von Empyem I Ordnung kann ich Ihnen hier eine Curve vorlegen von einem 4-jährigen Kinde, das gut beobachtet worden ist. Das Kind hatte seit ca. 2 Wochen Ohrenschmerzen, jedoch keine Eiterung. In den letzten 4 Tagen waren täglich Schüttelfröste und hoher Temperatur-Anstieg. Beide Trommelfelle waren stark vorgewölbt. Nach der Paracentese entleerte sich 4 Tage hindurch sehr reichlich Eiter, nach 1 Woche Heilung. Wenn wir uns also auf den Standpunkt stellen, dass die Empyeme zweiter Ordnung die gefährlichen sind, also diejenigen, die leicht zu endokraniellen Complicationen führen, so müssen wir zum Verständnis dessen zu kommen suchen, welche Bedingungen notwendig sind, damit diese Empyeme entstehen. Dem Zuge der Zeit folgend, hat man die Lösung dieser Frage durch die Bakteriologie versucht. Seit 1887 sind aus den verschiedensten Schulen Untersuchungsergebnisse veröffentlicht. Zaufal war der Erste, der die Frage in Angriff nahm. Die spätern Arbeiten basieren meist auf den Untersuchungen Süpfles. Die letzte Arbeit stammt aus Wien

Diagnose: Influenza-Otitis. Empyema proc. mast. I. Ordnung.



1909, von Neumann und Ruttin. Diese kommen zu dem Resultat, dass bei der acuten Otitis media die Entstehung der Mastoiditis hauptsächlich im anatomischen Bau des Warzenfortsatzes zu suchen ist, nicht in einer speciellen Bakterienart. Nur der Verlauf der Knochenerkrankung bietet je nach der Art der Erreger Besonderheiten, da bei Streptococcus mucosus z. B. der Process in der Paukenhöhle schnell zur Heilung gelangt, während in den peripheren Zellen ein Empyem sich bildet.

Es ist also der anatomische Bau des Warzenfortsatzes die Ursache der Empyembildung, und zwar sind es die grossen Terminalzellen, die die Entstehung eines Empyems begünstigen. Hiernach verstehen wir auch, warum die genuine Otitis bei kleinen Kindern so günstig verläuft und einen so kleinen Procentsatz an endokraniellen Complicationen gibt. Erst nach dem 3. Lebensjahr, dem Zeitpunkt, wo die Entwicklung der Zellen des Warzenfortsatzes eintritt, treten auch häufiger Complicationen auf. Dieses gilt für die genuine Otitis. Bei der secundären liegen die Verhältnisse anders. Hier tritt die Erkrankung des Knochens nicht nur als Erweichung in Folge von Empyem auf, sondern es kann durch Nekrose des Schleimhautperiosts eine Nekrose des Knochens eintreten. Daher ist der Verlauf der Otitis als Secundärerkrankung auch ein so progredienter. Bei Scharlach und Tuberculose ist dieses Bild bekannt. Ich habe unter 100 Aufmeisselungen bei acuter Scharlach-Otitis 2 Sinusstrombosen, die am 6. und 7. Krankheitstage bereits ausgebildet waren, und 2 Hirnabscesse aus der 3 und 4 Woche.

Welche Symptome sind nun vorhanden, wenn ein Empyem mit Einschmelzung des Knochens oder eine Nekrose vorliegen? Die Symptome können wir teilen in subjective und objective. Zu den subjectiven gehört vor allem der Schmerz in der Tiefe des Ohres oder hinter dem Ohr oder im Hinterkopf, oder in den Scheitel ausstrahlend. Differentialdiagnostisch ist hier der Schmerz bei Furunkeln, bei Occipital-Neuralgie und cariösen Zähnen in Betracht zu ziehen.

Dann ein Gefühl von Druck und Eingenommensein des Kopfes, auch Lichtscheu auf dem gleichseitigen Auge habe ich beobachtet. Ein sehr wichtiges Symptom auf das Scheibe aufmerksam macht, ist das bei Empyem synchron mit dem Pulse auftretende Klopfen im Ohr. Bei kleinen Kindern ist dieses Symptom nicht zu verwerten. Grössere Kinder und Erwachsene klagen regelmässig darüber. Nach der Operation schwindet das Klopfen sofort, falls die Wunde nicht zu fest tamponirt wurde.

Zu den objectiven Symptomen gehört vor allem die Druckempfindlichkeit des proc. mast. Sie ist auch vorhanden bei Empyemen I Ordnung, schwindet aber schnell nach Perforation des Trommelfelles. Nach der Perforation des Trommelfelles andauernde Druckempfindlichkeit zeigt uns sicher eine Erkrankung des Knochens an. Bei der Untersuchung auf Druckempfindlichkeit kommt differentialdiagnostisch in Betracht, ob die schmerzhaften Stellen Drüsen sind, was sich durch Palpation ermitteln lässt, oder ob die Druckempfindlichkeit auf Hysterie beruht. In diesem Falle erstreckt sie sich gewöhnlich über die Grenzen hinaus, in welchen Zellen überhaupt vorkommen, und die Schmerzäusserung ist bei Aufheben einer Hautfalte ebenso gross wie bei Druck auf den Knochen.

Das sicherste Symptom ist die Schwellung. Sie kann als Schwellung mit oder ohne Fluctuation an der Aussenfläche des W-F. auftreten oder als Periostitis des knöchernen Gehörganges oder als sogenannte Bezold'sche Schwellung unter dem W-F. Differentialdiagnostisch käme Drüsenschwellung und abscedierende Furunkel in Betracht.

Ein relativ seltenes Symptom ist die Facialislähmung. Sie zeigt uns sicher eine Knochenerkrankung an. Dann ist die Beschaffenheit des Eiters ein wichtiges Symptom. Während bei einer Erkrankung der Schleimhaut der Eiter rein schleimig oder geballt ist, wird bei Einschmelzung des Knochens der Eiter dicker, rahmiger und copiöser. Im Spülwasser findet sich ein feinkörniger, mehliger Bodensatz. Auf dieser Beobachtung beruhen die Untersuchungen Forsells über das specifische Gewicht des Eiters.

Weiter ist die Temperatur diagnostisch zu verwerten. Die Otitis beginnt fast regelmässig mit einer Temperatursteigerung, die bei spontaner Heilung oder nach Perforation schwindet. Nach Eintritt der Perforation andauernde Temperaturerhöhung oder im Verlauf der Otitis auftretende Temperatur zeigen eine Knochenerkrankung oder schon eine Complication an. Das Empyem allein macht selten höhere Temperaturen als 38°, nur bei kleinen Kindern, die im allgemeinen mit höheren Temperaturen reagieren, kommen sie vor. Temperaturen über 39° weisen auf endokranielle Complicationen hin.

Ein sehr wichtiges Symptom ist ferner das Nichtaufhellen des Trommelfelles. Aus den Un-

tersuchungen Albrecht's geht hervor, dass bei der perforativen Otitis das Trommelfell in durchschnittlich 20 Tagen, bei der imperforativen nach durchschnittlich 10 Tagen wieder normal wird. Bleibt das Trommelfell nun wochen- oder monatelang geschwollen und gerötet und bildet sich infolge von Schleimhautschwellung ein Zapfen um die Perforationsöffnung, so zeigt dieses eine Knochenerkrankung an.

Bei der secundären Otitis kann es wieder das schnelle Einschmelzen des Trommelfelles sein, das die Nekrose der Schleimhautauskleidung anzeigt. Die Knöchel werden ausgestossen, die Labyrintwand liegt bloss, bei der Aufmeisselung finden wir die Zellwände nekrotisch und den W.-F. blutleer.

Im Zusammenhang mit den übrigen Symptomen ist auch das Verhalten des Gehörs zu verwerten. Schnelle Abnahme des Gehörs spricht für Schwellungen in der Paukenhöhle oder Labyrinterkrankungen.

Ertaubungen bei acuter Otitis habe ich nur nach Scharlach beobachtet. Schwindel und Nystagmus sprechen für Reizung des Vestibularapparates resp. der Bogengänge.

Diese sind alle sichere Symptome, die auf eine Erkrankung des Knochens hinweisen.

Andere Methoden, wie die Percussion nach Körner und die Auscultation nach Okuneff, liefern uns noch nicht genügend sichere Untersuchungsergebnisse. Ueber die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen fehlen mir eigene Beobachtungen.

In diesem Stadium der Knochenerkrankung kann nun in einer kleineren Anzahl von Fällen spontane Heilung eintreten, meist wird aber ein operativer Eingriff die Heilung sicherer und schneller zustande bringen. Tritt die Heilung nun nicht ein und wird nicht operiert, so kann sich der Process auf das Schädelinnere ausbreiten. Unter meinen 250 Aufmeiselungen bei acuter Otitis media ist die häufigste Complication der Durchbruch in die hintere Schädelgrube gewesen. Ich fand eine Erkrankung des Sinus in 35 Fällen, also 14 %, das macht auf jede siebente Aufmeisselung einen Befund am Sinus. Von diesen 35 Sinuserkrankungen waren 8 Thrombosen, Hirnabscesse waren unter den acuten Fällen 2, beide im Schläfenlappen und beide bei acuter Scharlach-Otitis.

Meningitis 8 Fälle unter 250.

Labyrinteiterung 5 Mal — 2 %.

Facialisparese 9 Mal — 4 % 6 bei Scharlach, 2 genuine, 1 bei Diabetes. Abducensparese 1 Mal bei Schläfenlappenabscess.

Die Erkrankung des Sinus äussert sich in Schmerzen hinter dem Ohr, im Kopf, Schwere im Kopf, allgemeinem Krankheitsgefühl und septischen Temperaturen mit Frösten. Bei kleinen Kindern fehlen oft Fröste, statt dessen beobachtet man beim steilen Temperaturanstieg Blauwerden der Lippen, dann Oedem der gleichseitigen Gesichtshälfte und das Voss'sche Symptom des fehlenden Jugulargeräusches. Sind schon Metastasen in den Gelenken vorhanden, so ist die Diagnose leichter, ich will aber hier an die septischen Gelenkschwellungen bei Scharlach, die bei gleichzeitig vorhandener Otitis das Bild der Sinusthrombose vortäuschen können, erinnern. Ist dabei noch Endocarditis mit septischen Temperaturen vorhanden, so hilft uns nur die Druckempfindlichkeit oder die Schwellung den Krankheitsprocess als otogen anzusehen, alle anderen Symptome können auf die genannte Scharlachcomplication bezogen werden. Wir können aber auch durch eine Thrombose beim Operieren überrascht werden. Unter meinen 13 Sinusthrombosen waren 3 ohne Symptome gewesen, 2 von ihnen mit vollständig fieberfreiem Verlauf. Steile Temperaturen treten aber auch ohne Befund am Sinus auf, sie schwinden gleich nach dem operativen Eingriff. Extraduralabscesse der hinteren und mittleren Schädelgrube machen meist Kopfschmerzen, Fieber, Fröste, auch meningitische Symptome. Hirnabscesse machen ein ganz bestimmtes Symptomenbild. Hier will ich aber noch bemerken, dass der Hirnabscess das Schlussstadium einer Encephalitis darstellt, und dass die Encephalitis genau dasselbe Symptomenbild macht wie der Abscess. Die Symptome der Hirnabscesse können wir einteilen in Eitersymptome, Drucksymptome und Herdsymptome. Zu den Eitersymptomen gehören die Temperaturen. Meine 4 Fälle von Hirnabscessen waren alle mit hohen Temperaturen verlaufen. Drucksymptome äussern sich in Verlangsamung des Pulses, Stauungserscheinungen im Augenhintergrund, Kopfschmerzen und Benommenheit. Herdsymptome je nach der Localisation, das geläufigste Symptom ist die amnestische Aphasie und die Paresen. Der Durchbruch ins Labyrinth erfolgt meist plötzlich mit Schwindel und Gehörverlust. Die Meningitis äussert sich in Nackenstarre, Trismus, Paresen, Krämpfen, hohen Temperaturen und Pulsverlangsamung resp. Beschleunigung, Erbrechen, motorischer Unruhe. Die Lumbalpunktion gibt uns Aufschluss über den Zustand des Schädelinnern. Meningitissymptome kommen jedoch bei kleinen Kindern auch bei Empyem I Ordnung vor und schwinden schnell nach Perforation des Trommelfelles.

Meine Herren! Ich habe versucht, in grossen Zügen die Verlaufsmöglichkeiten der acuten Otitis kurz zu entwerfen, wir wollen uns jetzt die Frage vorlegen, in welchem Zeitpunkt der Otitis die Aufmeisselung gemacht werden soll. Es liegt im Interesse unserer Kranken, dass der operative Eingriff in einem Zeitpunkt gemacht wird, wo noch keine Complicationen eingetreten sind. Wir können dann die Operation als einen ungefährlichen Eingriff anraten und können die Prognose der Heilung günstig stellen. In diesem Stadium operierte Fälle habe ich in 11—14 Tagen vollständig heilen sehen.

Daher müssen wir die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vornehmen, wenn wir eine Knochenerkrankung auf Grund folgender Symptome diagnosticiert haben:

1. Wenn im Verlauf der Otitis eine Schwellung am Warzenfortsatz oder im knöchernen Gehörgang oder unter dem Warzenfortsatz auftritt, ausgenommen das primäre Oedem am Warzenfortsatz.

2. Wenn die primäre Druckempfindlichkeit 1—2 Wochen nicht schwindet, oder im Verlauf der Otitis Druckempfindlichkeit auftritt.

3. Falls Temperaturen auftreten, die nicht auf einem Empyem I. Ordnung beruhen, resp. anderweitige Erkrankungen mit Sicherheit ausgeschlossen werden können.

4. Falls eine Facialisparese eintritt.

5. Bei bestehender Eiterung und rapider Abnahme des Gehörs.

6. Bei Auftreten von Schwindel und Nystagmus.

7. Bei Eiterung und Nichtaufhellen des Trommelfells, auch bei Abwesenheit aller anderen Symptome nach spätestens 8 Wochen, ausgenommen ganz kleine Kinder, hier kann länger abgewartet werden.

8. Bei andauerndem Pulsieren und Schmerzen im Kopf und im Ohr, sofern wiederum nicht ein Empyem I. Ordnung vorliegt.

Diese Gesichtspunkte gelten bei gutem Allgemeinzustande des Patienten. Ist der Allgemeinzustand ein solcher, dass die Narkose oder der operative Eingriff den Kranken schädigen könnte, wie z. B. bei Diabetes, bei Herzkranken, so können wir, so lange das Krankheitsbild das gleiche bleibt und keine Verschlimmerung eintritt, noch einige Tage abwarten und unterdessen den Kranken durch allgemeine therapeutische Massnahmen auf einen besseren Allgemeinstatus zu bringen suchen.

Ich habe z. B. bei einem Diabetiker durch entsprechende Diät in 5 Tagen den Zuckergehalt des Urins, von 5 pCt. auf $^1/_2$ pCt. gebracht und dann ohne Schaden für den Patienten operiert oder in einem andern Fall bei einem 74-jährigen Arteriosklerotiker durch Digitalis den aussetzenden Puls von 40 auf 70 regelmässige Schläge gebracht und dann operiert.

Ohne Verzug müssen wir aber operieren, sobald Symptome einer endokraniellen Complication vorhanden sind, hier kann ein kurzer Aufschub schon lebensgefährlich werden. Unter 100 operierten Scharlachotitiden habe ich 1 Sinnstrombose vom 6., eine vom 7. Tage der Otitis gefunden und 2 Grosshirnabscesse aus der 3. und 4. Woche der Otitis. Und bei Influenza habe ich einmal eine ausgebreitete Nekrose am 7. Tage gesehen.

Wir können also nicht sagen, dass eine erst 1 Woche alte Otitis noch nicht operiert zu werden braucht, sondern müssen uns vor Augen halten, dass bei schweren Allgemeinerkrankungen die Otitis einen rapiden Verlauf nehmen kann.

Erleichtert wird die Indicationsstellung in den Fällen, die wir von Anfang an beobachtet haben. Kommen die Kranken dagegen erst spät in unsere Behandlung und geben uns unvollständige oder auch gar keine anamnestische Daten, so kann die Indicationsstellung ausserordentliche Schwierigkeiten bereiten; hier ist es die persönliche Erfahrung des Arztes, die den Ausschlag gibt.

Ernährungsstörungen des Kindesalters auf neuropathischer Grundlage.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress in Dorpat.

Von

Dr. Rothberg-Dorpat.

M. H.! Wer häufig Gelegenheit hat, magendarmkranke Personen zu behandeln, wird gewiss auch die Erfahrung gemacht haben, dass sich unter denselben eine beträchtliche Anzahl jugendlicher nervöser Individuen befindet. Besonders prävalieren, wie mir scheint, bei uns zu Lande die Abkömmlinge der hebräischen und slawischen Rasse, obwohl damit nicht gesagt sein soll, dass die anderen Nationalitäten wenig beteiligt sind. Erhebt man nun in solchen Fällen eine genaue Anamnese, so wird von sehr vielen Kranken dieser Kategorie die Angabe gemacht, dass ihre Magendarmbeschwerden schon seit Jahren bestehen, ja viele geben strict an, dass sie an denselben, soweit ihre Erinnerung reicht, leiden; bisweilen hört man sogar von einem „ererbten schwachen" Magen reden, kurz — der Beginn der Erkrankung wird in die frühe Kindheit vorlegt. Es erschien mir nun nicht uninteressant, die Ernährungsstörungen, die man bei neuropathischen Kindern beobachtet, zum Gegenstand meines Vortrags zu wählen, weil sie praktisch von grosser Bedeutung sind.

Bei der Kürze der Zeit erlaube ich mir, Sie gleich in medias res zu führen:

Man versteht unter Neuropathie, wie bekannt, einen grossen Symptomencomplex, für den wir noch keinen einheitlichen positiven Befund kennen, demgemäss also als functionelle Störung auffassen. Dieselbe ist sehr verbreitet, nimmt in beängstigendem Masse zu und ist graduell sehr verschieden.

Kinder, die nun von nervösen Eltern abstammen, zeigen oft ein anderes Verhalten als normale sowohl in bezug auf ihr Allgemeinbefinden als auch auf ihre Magendarmfunctionen.

Bei der Entwickelung des Leidens spielen anerkanntermassen folgende Momente eine Rolle:

1) Die Vererbung—die wohl die grössere Rolle spielt.

2) Extrauterine Momente, wobei besonders eine unzweckmässige und falsche Ernährung, die Erziehung, die Umgebung und die allgemeinen socialen Verhältnisse ins Gewicht fallen. Die Aetiologie ist genugsam bekannt, weniger scheint mir das aber der Fall zu sein von den klinischen Tatsachen und therapeutischen Massregeln, wie sie die moderne Pädiatrie lehrt.

Bei der Geburt ist ein Kind neuropathischer Eltern von einem normalen nicht zu unterscheiden in bezug auf Grösse, Aussehen, Gewicht etc. Ein aufmerksamer Beobachter wird aber oft schon bald bemerken, dass es sich anders verhält. Es fällt vor allem auf, dass solche Kinder unverhältnismässig viel sensibler sind und auf geringe Reize viel stärker reagieren als gesunde.

Ein Abkömmling gesunder Eltern ist ruhig, wenn kein besonderer, mehr oder weniger deutlicher Grund vorliegt (Hunger, Nassliegen etc.), er hat einen festen, tiefen Schlaf, aus dem er nicht leicht selbst durch ziemlich starke Reize zu wecken ist.

Der Abkömmling nervöser Eltern ist dagegen schon bei den geringsten, oft kaum zu entdeckenden Ursachen unruhig und äussert seine Unruhe, wie nur zu bekannt, in häufigem Schreien. Der Schlaf ist unruhig und zeigt mehr oder weniger ernste Störungen, die für die Diagnose von grösster Bedeutung sind. Es genüge, wenn ich den Ausspruch Aschaffenburgs anführe: «alle ernsteren Schlafstörungen weisen nachdrücklich auf die psychopathische Constitution des Kindes hin. Ich gehe wohl nicht zu weit (fährt er fort) wenn ich behaupte, dass der Schlaf am deutlichsten die nervöse Veranlagung wiedergespiegelt, und dass wir in ihm den empfindlichsten Gradmesser für das Wohlbefinden und das psychische Gleichgewicht des Kindes haben».

Ferner bemerkt man bei den Kindern mit nervöser Disposition, dass sie relativ schnell ihre Aufmerksamkeit auf die Umgebung concentrieren und sich geistig rasch entwickeln, ein Umstand, der den nichts Böses ahnenden Eltern grosse Freude bereitet, beim Arzt aber Bedenken hervorrufen muss.

Ein ungemein grosser Teil dieser Kinder zeigt nun ebenso sehr frühzeitig verschiedene Symptome von Seiten des Magendarmcanals, die eine Abhängigkeit vom Nervensystem bekunden. Dieselben treten auch bei zweckmässiger Ernährung auf und sind natürlich um so eclatanter, wenn Fehler der letzteren vorliegen.

Zunächst macht die Ernährung solcher Kinder an und für sich Schwierigkeiten. Sie refüsieren besonders oft und mit grosser Hartnäckigkeit manche Nahrungsmittel (z. B. Suppe, Gemüse), die von anderen Kindern anstandslos genommen werden.

Das Abstillen oder die etwa notwendige Nahrungsänderung ist daher nur mit Mühe und grosser Consequenz durchzuführen, und oft genug triumphiert der kleine Tyrann über seine Umgebung. Der neuropathischen Mutter fehlt natürlich die nötige Energie, um ihren Willen durchzusetzen, und der Fehler solcher Nachgiebigkeit ist eine einseitige Ernährung, z. B. Milchüberernährung mit ihren bekannten Folgen. Andererseits gibt es freilich auch Leute mit derartigen pädagogischen Ansichten, dass ein Kind Alles essen muss (selber tun sie es aber nicht). Dann wird das Kind zum Essen gezwungen.

Die Folge davon ist, dass es zur Selbsthilfe, zum Erbrechen greift. Die aufgezwungene Nahrung kommt prompt bei jedem Versuch zurück. Bekannt ist auch das Erbrechen grösserer Kinder, besonders der Schulkinder

am Morgen vor dem Schulbesuch, das sicher von Erregungen des Nervensystems in Abhängigkeit zu setzen ist, weil es vor den anderen Mahlzeiten nicht vorkommt und durch suggestive Therapie zum Verschwinden zu bringen ist. Bekannt ist auch die Anorexie vieler Kinder, über welche die Mütter so häufig klagen, und die in vielen Fällen sicher nur darauf beruht, dass die Kinder systematisch überfüttert werden. Neuropathische Kinder sehen oft gracil und blass aus, und in dem Bestreben, sie zu kräftigen und ihren Fettansatz zu fördern, werden Mastcuren mit ihnen vorgenommen, durch welche man in der Regel nur sehr wenig erreicht und die Anorexie nur noch verstärkt. In der Tat, es ist schwer verständlich, woher das Hungergefühl bei einem ständig überfüllten Magen (z. B. bei 2 stündlicher Ernährung) auch kommen soll, wenn es sich nicht gerade um Kinder mit ungemein lebhaftem Stoffwechselumsatz handelt, wie in der Pubertätszeit!

Ebenso wie der Magen, reagiert auch der Darm neuropathischer Kinder häufig durch erhöhte Peristaltik, es erfolgen zahlreichere Stühle, die von dünner Consistenz, schleimig, selbst eitrig aussehen können oder unter dem Bilde der Colitis membranacea sich präsentieren. Nicht nur künstlich genährte, sondern auch Brustkinder können mit reichlichen Stühlen reagieren, wenn Schwankungen in der Beschaffenheit der Muttermilch auftreten. Dabei sieht man aber das Wohlbefinden der Kinder sich wenig oder garnicht ändern, und es kommt nicht zu solchen Allgemeinerscheinungen und Körpergewichtsabstürzen wie etwa bei einer toxischen Ernährungsstörung, ein Umstand, der differentialdiagnostisch wohl zu beachten ist.

Das Auftreten solcher Darmerscheinungen lässt sich nach Langsteins Auffassung für diejenigen Kinder, die an der von Czerny beschriebenen exsudativen Diathese leiden, dadurch erklären, dass sich die Darmschleimhaut analog den andern Schleimhäuten an den Erscheinungen der exsudativen Diathese beteiligt, eine Ansicht, die auch von Czerny selbst acceptiert wird.

Viel häufiger noch als der Durchfall, ist die Obstipation auf neuropathischer Grundlage. Sie wird vielfach arteficiell geschaffen. Aengstliche Eltern, die Zeit haben, ihr Kind übertrieben sorgfältig zu beobachten, vertreten oft die Meinung, zum Wohlbefinden gehöre auch wenigstens 1 täglicher Stuhl, und wenn das erwartete Ereignis nicht zur Zeit eintrifft, so wird zur Kunsthilfe geschritten. Durch häufige Wiederholungen wird der ohnehin träge Darm systematisch dazu erzogen, nur noch auf äussere Reize zu reagieren.

Dass eine blande, einseitige Kost (z. B. überreichliche Milchernährung) vielfach das Entstehen einer Obstipation begünstigt, brauche ich wohl nicht besonders zu erwähnen. Statt nun dem durch Diätänderung abzuhelfen, erlebt man es, dass Kinder jahrelang mit Klysmen behandelt werden! Wen sollte es Wunder nehmen, wenn unter solchen Verhältnissen die Neigung zur Obstipation fürs spätere Leben bleibt!

Dabei ist eine selbst tagelang währende Stuhlverstopfung wie Czerny und Keller lehren, ohne Gefahren für ein Kind und noch neuerdings gibt Combe an, dass Erwachsene und Kinder 10 selbst 14 Tage an Verstopfung leiden können, ohne dass Zeichen von Autointoxication aufzutreten brauchen, sofern die Stauung vorwiegend auf das Rectum beschränkt bleibt.

Die Obstipation ist häufig mit Meteorismus vergesellschaftet, doch kommt letzterer bei neuropathischen Kindern auch als selbstständiges Symptom vor, ohne dass man eine rechte Erklärung dafür wüsste. Ebenso wie er erscheint, kann er auch spontan zurückgehen, ohne dass man dabei ein Entweichen von Gasen merkt.

Erwähnen muss ich noch, dass der Meteorismus nicht zu selten Veranlassung zu diagnostischen Schwierigkeiten und Irrtümern gegeben hat z. B. als Pseudoileus.

Ein weiteres wichtiges Symptom ist der häufig zu beobachtende Leibschmerz. Die auslösende Ursache kann aber an einer ganz anderen Körperregion sitzen. Es ist genügend bekannt, dass Kinder mit einer Pneumonie oder Pleuritis ihren Schmerz ins Epigastrium oder in die Nabelgegend verlegen. Offenbar localisieren die Kinder unbewusst falsch. Bald wird eine bestimmte Körperregion z. B. die Nabelgegend angegeben, bald wird über vage Schmerzen geklagt. Bei der Palpation vermisst man dabei sehr oft einen Druckschmerz. Findet man keine greifbare Ursache, so kann man gelegentlich in recht schwierige Situationen kommen. Es ist gewiss nicht richtig, solche Schmerzen als eingebildet zu bezeichnen.

Das neuropathische Kind empfindet offenbar wie der Erwachsene seine dolores vagi stärker als ein normales Kind, weil es sensibler ist. Andererseits darf man ihnen in vielen Fällen keine zu grosse Bedeutung beimessen, denn man sieht sie bei Ablenkung der Psyche aufhören. Verwunderlich ist es freilich nicht, wenn gelegentlich bei attackenweise auftretenden Schmerzen in der Ileocoecalgegend mancher Appendix schuldlos entfernt worden ist. Man muss zur Zeit eingestehen, dass ein grosser Teil dieser Schmerzen nicht zu erklären ist.

Diese kurze Skizzierung genüge, und nur noch der Therapie sei mit einigen Worten gedacht.

Betonen will ich von vornherein, dass sich die Behandlung gegen das Constitutionsleiden, also die Neuropathie zu richten hat. Die symptomatische Behandlung der Magendarmerscheinungen genügt nicht. Dieselben bedürfen häufig überhaupt keiner besonderen Behandlung. Von so berufener Seite wie z. B. von Czerny wird daher die Methode der zweckbewussten Vernachlässigung vorgeschlagen, um nicht in dem Kinde ein Krankheitsbewusstsein grosszuziehen.

Die ätiologischen Momente sind natürlich in jedem einzelnen Fall zu berücksichtigen. Zunächst ist auf die Ernährung das Augenmerk zu richten. Dieselbe soll unter Berücksichtigung der Individualität und der Verhältnisse nach den Principien, wie sie die moderne Pädiatrie lehrt, geleitet sein.

Siegert hat neuerdings für eine Reihe von Kindern den Beweis erbracht, dass durch Regelung der Diät, Vermeidung von Ueberfütterung und ohne Medicamente Magendarmsymptome zum Schwinden gebracht wurden und das Allgemeinbefinden sich besserte — er hat in richtiger Weise die Consequenzen aus den Czernyschen Lehren gezogen.

Des Weiteren — und dass ist ein äusserst wichtiger Punkt — sollen wir Aerzte nach Möglichkeit erzieherisch einzuwirken suchen, nach den Grundsätzen, wie sie von Czerny, Hippius und anderen Autoren gelehrt werden. In Anbetracht der jämmerlichen Erziehungsmethoden und Erziehungsresultate, wie sie uns häufig genug vor Augen treten, ist das besonders wichtig.

Ich kann leider der pessimistischen Auffassung unseres Landsmannes Edgar Mey nur beipflichten, die er auf den Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Köln im vorigen Jahr geäussert hat unter Bezugnahme auf unsere Verhältnisse:

„Einigen Nationalitäten fehlt vollständig das Verständnis für eine psychisch abhärtende und gesunde Kindererziehung, und man kann diesen Mangel bis in die hohen und höchsten Gesellschaftskreise hinauf verfolgen.

Auch mir kommt es vor, als ob ein Zug der Verweichlichung in der Kindererziehung bei allen Ständen und Nationen des Balticums zu finden ist. Trotz aller

Schwierigkeiten bleibt es aber unsere Pflicht, und die Gesellschaft erwartet es von uns, dass wir sie vor psychopathischen Individuen bewahren. Unsere Bemühungen aber müssen beim Kinde einsetzen.

Referate.

Prof. Dr. M. Kirchner. Die in Deutschland und den deutschen Schutzgebieten seit 1897 ergriffenen Schutzmassregeln gegen die Lepra. Bericht, erstattet auf der II. Internationalen wissenschaftlichen Lepraconferenz zu Bergen 1909. Separatabdruck aus d. Klinischen Jahrbuch. 1909.

Abgesehen von den Kreisen Memel und Heydekrug, wo die Lepra 1848 aus Russland eingeschleppt wurde und seitdem 5 Mal (1848, 1856, 1860, 1865, 1880) in Form von Epidemien auftrat, ist die Lepra in Deutschland nirgends heimisch. Ende 1908 waren im Deutschen Reiche im ganzen 25 Leprakranke vorhanden, davon 16 in den Kreisen Memel und Heydekrug und 9 im übrigen Deutschland verteilt (3 in Preussen, 1 in Baiern, 1 in Sachsen, 4 in Hamburg).

Der Kampf mit der Lepra wird erfolgreich durchgeführt einerseits durch eine Reihe von gesetzlichen Bestimmungen (Anzeigepflicht 1897, unverzügliche Absonderung von Leprakranken und Krankheitsverdächtigen etc. 1900), andererseits durch das bei Memel gelegene, 1899 gegründete Lepraheim, welches für 24 Kranke eingerichtet ist. Zurzeit befinden sich 15 Leprakranke in der Anstalt, die übrigen (meist maculo-anaesth. Formen) sind in Familien untergebracht und stehen unter ständiger amtsärztlicher Aufsicht.

Ueber die Verbreitung der Lepra in den deutschen Schutzgebieten erfahren wir Folgendes: In Ostafrika, Togo, Kamerun ist eine ausserordentliche Verbreitung der Lepra, meistens unter den Eingeborenen zu vermerken. Deutsch Ost-Afrika zählt ca. 300 Lepröse, Togo an 1000 (1,3—1,5 pCt.), in Kamerun fand Prof. Dr. Haberer ungefähr in jedem 12. Hause einen Leprakranken. Ueberall sind bereits Leprosorien und Lepradörfer gegründet, doch nicht in genügender Anzahl. Verschiedene örtliche Verhältnisse erschweren ausserdem den Kampf mit der Lepra.

In Süd-Afrika fehlt der Aussatz vollständig; in den Schutzgebieten am Stillen Ocean (Marschallinseln, Samoa etc.) kommt die Lepra ganz vereinzelt vor.

F. Hinze.

Dr. H. Determann. Die vegetarische Lebensweise bei Gesunden. Beiheft zur „Medicinischen Klinik". Heft 3, 1909.

Verfasser constatiert zunächst die Verschiedenheit der Meinungen darüber, wie man sich am zweckmässigsten ernährt, und ob die Pflanzenkost der Fleisch-Pflanzenkost vorzuziehen sei. Er findet, dass man einen grossen Teil der vegetarischen Literatur über diese Frage als oberflächlich und kritiklos gegenüber den wissenschaftlichen Ergebnissen bei Seite lassen kann und dass nur einige das gesundheitliche Gebiet betreffende Fragen erörtert zu werden verdienen. Diese wären etwa folgende.

1. Leistet die vegetarische Kost dasselbe, wie die Fleisch- resp. gemischte Kost, genügt sie vollständig zur Aufrechterhaltung der Gesundheit?

2. Ist die vegetarische Kost nützlicher als die Fleischkost, resp. vermeidet sie Schädlichkeiten, die in der Fleischkost enthalten sind?

Bei Erörterung dieser Fragen stützt sich Verfasser auf eigene Versuche, auf Resultate der Praxis und auf die Arbeiten anderer Forscher, wie des amerikanischen Physiologen Chittenden, Bircher-Benners, Haigs und sonstiger neuen Autoren, deren Erhebungen er vollinhaltlich oder mit motivierten Modificationen für seinen Zweck verwendet. — Im Laufe seiner Ausführungen werden auch noch andere Fragen besprochen, z. B.: Wie gross muss unser Eiweissquantum in der täglichen Nahrung sein? — Ist das individuelle Minimum von Eiweissbedarf zugleich das Optimum? — Welches sind die Schäden und Vorzüge der Fleischkost und der Pflanzenkost? Die Bedeutung der Nucleïne als Harnsäurebildner für die Fleischkost — und anderes. — Auf Grundlage dieser Erörterungen kommt Determann sodann zu folgendem Schlusse.

«Die Pflanzenkost inclusive Milch, Milchpräparate und Eier leistet für die Ernährung vollständig alles, was zur Erhaltung der Gesundheit erforderlich ist; sie bietet gegenüber der vorwiegenden Fleischkost keinen Nachteil, wenn sie richtig vorbereitet und ausgewählt ist. Auch der Eiweissgehalt lässt sich durchaus genügend gross gestalten. Zwischen den Fleisch- und Pflanzeneiweissstoffen besteht bezüglich der Verwertung im Körper wahrscheinlich kein specifischer Unterschied. Ein zu hoher Eiweissgehalt der Nahrung bringt andererseits wahrscheinlich Schädlichkeiten für die Gesundheit mit sich. — Auch haben die Harnsäurebildner, die besonders im Fleisch enthalten sind, in zu grosser Menge eingeführt, höhst wahrscheinlich Nachteile für die Gesundheit. Es ist aber nicht nötig, das Fleisch zu vermeiden, sondern es ist nur eine erhebliche Beschränkung des Fleischgenusses zu empfehlen».

«Die Pflanzen-Milchkost ist viel billiger als die vorwiegende Fleischkost, allerdings ist auch ihre Ausnutzung durch den Darm schlechter. Der Uebergang zur Pflanzen-Milchkost kann nur allmählich erfolgen. Die sorgfältige Zubereitung in der Küche macht die vegetarische Kost leichter verdaulich und ausnutzbar».

Das Schriftchen gibt wertvolle Einsicht in verschiedene Stoffwechselprobleme, die Verfasser mit Objectivität und Vorsicht bespricht. Trotzdem geht es nicht ohne Revision mancher bisheriger Dogmen und Umwertung früherer Werte ab. Den Nucleïnkörpern und Purinbasen widmet der Autor besondere Beachtung, den modernen Anschauungen über Stoffwechsel und Ernährung dabei durchaus gerecht werdend. Die klare, interessante Darstellung berechtigt die Voraussetzung, es werde die kleine Schrift den meisten Lesern eine willkommene Lectüre sein, die diesem Thema besondere Beachtung zuwenden.

Köcher.

P. Wolff: Ueber latentes Vorkommen der Muchschen Form des Tuberkelbacillus. (Münchener med. W. 1909. Nr. 45).

Much hat in mehreren Arbeiten seine Entdeckung der granulären Form des Tuberkelbacillus niedergelegt, die nicht mit der Ziehlschen Färbung nachweisbar sind sondern nur durch eine modificierte Grammethode. Mit dieser Methode gelang es, in kalten Abscessen, ebenso in verkästen Lymphdrüsen mehr oder weniger zahlreich die granuläre Form nachzuweisen. Diese Granula sind kreisrunde, scharf conturierte, meist schwarzviolett bis schwarz gefärbte, zuweilen etwas lichtbrechende Gebilde. Sie haben das Aussehen feinster Coccen, doch sind sie 5—10 Mal kleiner als diese. Ueber ihre Virulenz besteht keine Einigkeit. Während Much sie für vollvirulente Formen hält, sehen andere das Auftreten der Granulierung als degenerativen Vorgang an.

Verfasser hat seine Untersuchungen an kindlichen Mesenterialdrüsen ausgeführt. Von 21 Fällen boten 6 klinisch und anatomisch tuberculöse Veränderungen. Unter diesen gaben 4 sowohl nach Ziehl wie nach Gram positive Resultate, während 2 nur die Much sche Form erkennen liessen. Die anderen 15 Fälle boten weder klinisch noch anatomisch Anhaltspunkte für Tuberculose, ergaben aber 3 Mal die granuläre Form. Bei der Beurteilung der Granula ist eine gewisse Vorsicht nötig. Vor allem ist es schwer, einzelne Granula oder staubförmige Haufen eindeutig zu verwerten. Bei vorliegenden Untersuchungen wurden die Befunde nur dann als positiv betrachtet, wenn mindestens 3—4 sichere Granula in einer Reihe hintereinander gefunden wurden.

St. Rosenblat: Ueber die granuläre Form der Tuberkelbacillen im Sputum. (Münchener med. W. 1909. Nr. 49).

Die Untersuchungen sind im Berliner physiologischen Institut (Prof. Rubner) an einem Material von 80 tuberculösen Sputumsorten ausgeführt. Als Färbungsmethoden kamen die Ziehl-Neelsensche und die Much sche in Betracht. Letztere ist als Grammethode II. folgendermassen auszuführen: Methylviolett 10 ccm. gesättigte alcohol. Lösung in 100 ccm. 2 proc. Carbolwasser. Färben 24—48 Stunden. Jodjodkaliumlösung 12 Minuten. 5 proc. Salpetersäure 1 Minute, 3 proc. Salzsäure 10 Secunden. Aceton-Alcohol āā. Gegenfärbung mit dünner Fuchsinlösung. In sämtlichen Sputumpräparaten, die auch nach Ziehl gefärbte Stäbchen enthielten, konnten Granula in Stäbchenform nachgewiesen werden. In einer Reihe von Controllpräparaten von Nichttuberculösen wurden weder die granulierte Stäbchenform noch isoliert liegende Granula beobachtet. Bei einem Sputum, dessen Färbung nach Ziehl negativ ausfiel, ergab die Grammethode II. ein positives Resultat, und ein mit diesem Sputum geimpftes Meerschweinchen ging nach 8 Wochen an Miliartuberculose ein. Eine Anzahl von Sputen wurden in verschiedenen Zeitabständen nach beiden Methoden untersucht, wobei sich herausstellte, dass mit der Abnahme der säurefesten Stäbchen die Anzahl der granulären Formen stieg und umgekehrt. Verf. fasst die nichtsäurefeste granuläre Form als Zerfallsproduct des Tuberkelbacillus und nicht als Dauerform auf und meint, dass durch den Uebergang in die granuläre Form, der mit dem Verlust der säurefesten Membran zu-

sammenhängt, der Tuberkelbacillus seine Widerstandsfähigkeit in gewissem Grade einbüsst. Unter bestimmten Bedingungen könnte sich die säurefeste Membran wieder ausbilden, und so würden die Granula wieder in ihre ursprüngliche Stäbchenform übergehen.

Prof. Jesionek und Dr. Meirowsky: Die praktische Bedeutung der Wassermann- A. Neisser- Bruck schen Reaction. (Münchener med. W. 1909. Nr. 45).

Verfasser haben unter 1000 Seren, die sie untersuchten, von den Menschen, die sicher an Syphilis erkrankt waren, circa 50 Proc. positiv reagierend gefunden. Darunter reagierten fast sämtliche Patienten positiv, die zur Zeit der Blutuntersuchung mit manifesten Symptomen behaftet waren. Für das recente Stadium innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Verallgemeinerung der Infection hatten sie bei 93 Fällen in 96 Proc., für die späteren Jahre bei 48 Fällen in 87 Proc. positive Reaction gefunden. Unter 30 Patienten mit suspecten Initialsymptomen reagierten 2 Drittel positiv, 1 Drittel negativ. Das ist darauf zurückzuführen, dass die W.-N.-B-sche Reaction einerseits auf der Vitalität der Spirochäten, andererseits auf den Reactionsvorgängen seitens des inficierten Organismus beruht, und letztere sind natürlich sehr verschieden. Im allgemeinen kann man den Eintritt der Reaction dann erwarten, wenn die multiple Drüsenschwellung und das erste Exanthem auftreten. In den Latenzperioden tritt die Umwandlung der positiven in die negative Reaction nur bei den Fällen ein, bei welchen in der Zwischenzeit eine specifische Therapie stattgefunden hat. Von 76 Latentsyphilitischen, die nicht behandelt worden waren, reagierten 74 positiv. Von 7 Paralytikern reagierten 6 positiv, unter 19 Tabikern fanden sich 10 mit positiver Reaction. Von 18 congenital syphilitischen Individuen reagierten 16 positiv. Unter 77 Prostituierten war, trotz negativen klinischen Befundes und negativer Anamnese, der Ausfall der Reaction 45 Mal positiv. Zweifelhaften Charakters war die Erkrankung bei 152 Patienten, von denen 11 positiv reagierten (Arteriosclerose, Tabes?, Lebercirrhose, wiederholte Aborte). 110 Patienten waren sicher nicht syphilitisch, von ihnen reagierte 1 positiv (Meningitis in der Agonie). Hieraus geht hervor, dass die Reaction eines der constantesten Symptome der Syphilis darstellt, dass sie in der Mehrzahl der Fälle mit anderen specifischen Kranheitserscheinungen einhergeht, dass sie aber auch nach deren Verschwinden sich noch lange Zeit erhalten kann. Die ihr zu Grunde liegenden Blutveränderungen stellen sich sonach als erste und letzte Aeusserung der Vitalität der Spirochäten dar. Die Negativität der Reaction besagt für die Diagnose so gut wie nichts. Je früher nach dem ersten Auftreten der Reaction die Behandlung einsetzt und je energischer sie von Anfang an durchgeführt wird, um so leichter gelingt es, das Symptom der Positivität zu beseitigen. In dieser Hinsicht bietet die chronisch intermittierende Behandlung die besten Resultate.

Weyert.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. F. Pentzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Handbuch der Gesamten Therapie in 7 Bänden. 4. Auflage. Jena. Verlag von G. Fischer. 1909 — 1910. Liefer. 6 und 7.

Die 6. und 7. Lieferung enthalten die Fortsetzung über die operative Behandlung des Ulcus ventriculi von C. Garré, die Behandlung der Erkrankungen des Darmes von F. Pentzoldt, die Behandlung der Darmverengung, des Darmverschlusses, der Geschwülste des Darmes, der Darmverletzungen und der Krankheiten des Mastdarms von E. Graser, die Behandlung der durch Darmschmarotzer hervorgerufenen Erkrankungen von H. Lenhartz, die Behandlung der Erkrankungen des Bauchfells (therapeutisch) von F. Pentzoldt und (chirurgisch) von E. Graser, die Behandlung der Erkrankungen der Gallenwege (therapeutisch) von H. Lenhartz und (chirurgisch) von B. Riedel, die Behandlung der Erkrankungen der Leber und Bauchspeicheldrüse (therapeutisch) von H. Lenhartz und (chirurgisch) von O. Madelung. In der 7. Lieferung erscheint auch bereits der Anfang der V. Abteilung — die Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane. Im Allgemeinen Teil hat die Prophylaxe und allgemeine Behandlung Prof. D. Gerhardt bearbeitet, die Inhalations- und pneumatische Behandlung — Prof. F. Lommel. Der Specielle Teil beginnt mit der Abhandlung von Prof. A. Denker über die Behandlung der Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs, die den Schluss der 7. Lieferung bildet und die Bogen 1—7 des III. Bandes enthält. Somit schreitet das grosse Werk stetig vorwärts, und wir sehen mit Spannung dem Erscheinen der Fortsetzung entgegen. Was von den ersten Lieferungen gesagt worden war, das gilt in vollem Masse auch von den beiden zuletzt erschienenen: die Bearbeitung jedes einzelnen Capitels entspricht dem derzeitigen Stande der Wissenschaft, die Forschungen der letzten Jahre sind in den Kreis der Betrachtung gezogen und die neue medicinische Literatur wird eingehend und gebührend berücksichtigt. Jeder Arzt kann es mit grossem Nutzen zum Studium und als Nachschlagewerk gebrauchen.

Fr. Dörbeck.

Dr.-Ing. F. Wentzel und Dr. F. Paech. Photographisches Reisehandbuch. Ein Ratgeber für die photographische Ausrüstung und Arbeit auf Reisen. 220 Seiten. Reich illustriert. Mit auswechselbarem Negativ-Register.

Victor Ottmann. Der Amateurphotograph auf Reisen. Winke für die Ausbildung zum erfolgreichen Kamera-Touristen. 48 Seiten und 8 Tafelbilder. Kartoniert 1 Mark. Beide Bücher im Verlage von Gustav Schmidt, Berlin W 10.

Die Photographie auf Reisen wird von ungezählten Amateuren und Fachphotographen betrieben, und ein jeder weiss wohl von den vielen Schwierigkeiten unterwegs zu berichten. Da kommen jetzt gerade die vorgenannten zwei Büchlein allen Kamera-Touristen als Helfer in der Not. Das «Photographische Reisehandbuch» von Wentzel und Paech bildet einen sehr gründlichen Berater sowohl für die zweckmässige Ausrüstung als auch die photographische Arbeit auf Reisen. Die vorhandene Literatur ist nicht nur kritisch durchgearbeitet, sondern es ist auch, unter besonderer Berücksichtigung der neuesten Fortschritte und Vervollkommnungen der photographischen Technik, alles das aufgenommen worden, was sich in der Uebung berufener und gewiegter Amateure und Fachphotographen sowie auf Grund eigener Erfahrungen bei mehrjährigen Reisen in die verschiedensten Länder und Gegenden als praktisch und empfehlenswert erwiesen hat. Dem Buch ist ein auswechselbares Negativ-Register beigegeben und ausserdem ein Verzeichnis solcher photographischen Handlungen im europäischen Reiseverkehr, bei denen eine Dunkelkammer zur Verfügung steht. Das zweite Büchlein «Der Amateurphotograph auf Reisen» ist eine höchst fesselnd geschriebene Plauderei aus der Feder eines beliebten Reiseschriftstellers. In 23 Kapiteln gibt der Verfasser sehr nützliche, beherzigenswerte Winke für jeden Amateur. Wer diese Bücher zu nützen versteht, wird sicher photographische Erfolge von der Reise heimbringen. Im Interesse der Amateurphotographie ist weiteste Verbreitung dieser Bücher zu wünschen.

Holzinger.

E. Meltzer. Der Isolierungs-Pavillon in der Kinderklinik des Weiblichen Medicinischen Instituts zu St. Petersburg. (Павильонъ-Изоляторъ при клиникѣ дѣтскихъ болѣзней Женскаго Медицинскаго Института въ С.-Петербургѣ). St. Petersburg 1909, Verlag von K. Ricker.

Unter diesem Titel gibt Meltzer die Beschreibung des im Vorjahre begonnenen und vollendeten Neubaues eines Isolier-Pavillons für Infectionskranke in der Kinderklinik des hiesigen weiblichen medicinischen Instituts. Dieser Pavillon wurde am 20. December 1909 von einer Versammlung von Architecten und Aerzten besichtigt und eröffnet.

Wie aus der Beschreibung zu ersehen, wurde der Bau nach den von E. Meltzer in seinem an dieser Stelle kürzlich besprochenen Buche (Die Bedeutung der Hospitalbauten im Kampfe mit den Infectionskrankheiten) aufgestellten Grundsätzen und Bauplänen ausgeführt. Es ist ein Isolations-Pavillon auf nur 4 Betten, in welchem die Isolierung jedes einzelnen Kranken streng durchgeführt ist. Erbaut wurde er auf Spenden in der Höhe von 9350 Rbl. zum Gedächtnis des verstorbenen Professors N. J. Bystroff und steht unter Leitung des Directors der Kinderklinik, Professors D. A. Sokoloff. Da dieser Pavillon auf einem Platze errichtet wurde, auf welchem sich früher ein ziemlich tiefer Teich befand, so musste der Untergrund für den Bau erst durch Pfahlbau und Füllung tragkräftig gemacht werden, was eine Ausgabe von 2000 Rbl. erforderte. Es ist ferner zu bemerken, dass der Bau im Mai 1909 begonnen, in einer Bausaison beendet werden konnte und im December schon vollständig einwandfrei für die Belegung der Kranken befunden wurde. Sodann muss hervorgehoben werden, dass die Baukosten die vom Verfasser angegebene Summe von 1800 Rubel für das einzelne Bett nicht übersteigen. Nachdem von dem vorhan-

denen Baukapital von 9350 Rbl. 2000 Rbl. für die Befestigung des Untergrundes verausgabt wurden, blieben 7350 Rbl. für den eigentlichen Bau zur Verfügung, für welche Summe der Pavillon auf 4 Betten fertig gestellt wurde. 4 Betten, zu 1800 Rbl. jedes, ergibt das Facit von 7200 Rbl. Damit wäre also der Beweis geliefert, dass der Meltzersche Voranschlag auch in der Praxis tatsächlich eingehalten werden kann. Die Ausführung der ganzen Einrichtung des Pavillons ist in so hohem Masse sauber und elegant, dass sie den Eindruck eines Chef-d'Oeuvre's hervorbringt (Ausspruch eines unserer bedeutendsten Bau-Koryphaeen bei der Besichtigung), während die Anlage nach Meinung der besichtigenden Sachverständigen die angestrebte individuelle Isolierung der Kranken vollkommen ermöglicht.

Der niedere Culturzustand unserer Bevölkerung überhaupt, mannigfache Mängel hygienischer und sonstiger Vorkehrungen in Stadt und Land, fehlende Kenntnisse dessen, was zur Vermeidung von Infectionen zu tun und zu lassen ist, verhindern uns vorläufig noch, bei Hospitalbauten in erster Reihe den Standpunkt rein mitfühlender Krankenfürsorge einzunehmen, welche das Behagen der Kranken überall zunächst im Auge hat. Wir müssen vielmehr darauf sehen, überall, soweit irgend tunlich, zunächst die Verbreitung der Infection einzuschränken, selbst wenn das nur durch kleine Krankenräume mit Glas-Zwischenwänden, teilweiser Lichteinschränkung etc. erreicht werden kann. Grosse, lichte Räume, welche der Behaglichkeit und Geselligkeit der Kranken förderlich sind, müssen hinter den an Raum und Licht beschränkten Melzerschen Isolier-Zellen zurückstehen, wenn dadurch die Uebertragung von Infectionen verhindert und die Sterblichkeit herabgesetzt werden kann. Es darf nicht unterlassen werden, auf diesen Umstand von hoher praktischer Bedeutung hinzuweisen.

Köcher.

I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat.

Sitzung am 24. August 1909 nachmittags von 3—6 Uhr.

3. Allgemeine Sitzung.

1. Vortrag: Dr. F. Voss: Sarcom des Keilbeins, ein diagnosticierbares Krankheitsbild.

Discussion:

Dr. v. Krüdener: Der Augenarzt ist nicht selten in der Lage, ein Keilbeinsarcom zu diagnosticieren; doch verlaufen die Fälle, welche seine Sprechstunde aufsuchen, meist anders als die hier angeführten. Es treten oft Lähmungen der Augenmuskeln ein, Exophtalmus und temporale Gesichtsfelddefecte. Daher ist bei jedem auf Keilbeintumor verdächtigen Fall wegen Nähe des Chiasmas und Druck auf dasselbe, stets eine genaue Aufnahme des Gesichtsfeldes zu machen. — Die Fälle des Herrn v. Krüdener waren sämtlich inoperabel.

2. Vortrag: Dr. Berkholz: Ueber Säuglingsernährung (Referat).

3. Vortrag: Dr. Rothberg: Ernährungsstörungen des Kindesalters auf neuropathischer Grundlage.

Discussion zu beiden Vorträgen:

Dr. Rothberg stellt einige Fragen an den Vortragenden, dessen Ausführungen er in der Hauptsache durchaus beipflichtet. Er möchte wissen, 1) ob es dem Vortragenden gelungen ist, die 5 mal. Ernährung in 4stündlichen Intervallen immer durchzuführen. Nach seinen persönlichen Erfahrungen gelingt es bei einer Anzahl von Brustkindern nicht. Es handelt sich dabei vielleicht um Kinder mit sehr lebhaftem Stoffwechsel, bei denen sich das Hungergefühl schon nach 3—3½ Stunden einstellt und dann grosse Unruhe und Schreien bewirkt; letzteres ist jedoch für das Kind nicht gleichgültig, da es Verlust an Energie bedeutet; 2) ob er als erste Zugabe bei jüngeren Kindern beim Allaitement mixte nur ½ Milch und ½ Milchzuckerlösung verwendet und nicht auch Kohlehydrate resp. Schleimlösungen; auch jüngere Kinder nutzen Kohlehydrate zum Teil recht gut aus; 3) warum er Fleisch nicht vor vollendetem 2-ten Lebensjahr geben lässt; in unserem rauheren, nördlichen Klima müsste Fleisch auch bei etwas jüngeren Kindern unter Umständen zulässig sein.

Dr. Berkholz (Schlusswort): ad 1) im Princip müssen 5 Mahlzeiten pro Tag als günstigste Bedingung der Ernährung hingestellt worden, dabei gibt es aber einerseits Kinder, die sich auf 4 Mahlzeiten pro Tag einstellen neben solchen, die 6 Mahlzeiten bedürfen; dieses letztere ist oft von der Mutter abhängig, insofern, als es Brüste gibt, die, weil sie klein sind und nicht fliessen, das Kind bei 4—5 Mahlzeiten nicht sein Nahrungsbedürfnis stillen lassen; ad 2) mit der Zufütterung von Kohlehydraten muss man unter Umständen doch schon vor 3 Monaten beginnen, namentlich bei Kindern mit schwerer exsudativer Diathese. Dass Kinder schon vom 2. Lebenstage an Kohlehydrate vertragen, hat Czerny in seiner Klinik bewiesen; jedoch ist die Zufütterung von Kohlehydraten vor dem 3. Monat noch nicht allgemein anerkannt. ad 3) Vor dem 3. Lebensjahr Fleisch zu geben, dazu hat B. sich noch niemals veranlasst gesehen. — Zum Schluss demonstriert Dr. Berkholz 4 Gewichts- und Nahrungsmengen-Curven und zwar: 1 Curve eines normalen Brustkindes bis zum 7. Monat; er macht dabei auf den grossen Wechsel der Tagesportionen bei regelmässiger Gewichtszunahme aufmerksam; ferner 2 Curven von Kindern mit exsudativer Diathese und schliesslich die Curven eines Kindes mit angeborenem Pylorospasmus; hier lenkt er die Aufmerksamkeit auf die durch 4 Monate durchgeführte Unterernährung des Kindes ($^1/_{12}$ des Körpergewichts), die, ohne dauernden Schaden zu hinterlassen, das Zurückgehen des Pylorospasmus ohne weitere Behandlung erzielte.

4. Vortrag: Dr. Hirsch: Ueber habituelle Kopfschmerzen.

Discussion:

Dr. Behr: Der College hat nur eine Gruppe der habituellen Kopfschmerzen geschildert und dabei versucht, die Genese der Kopfschmerzen auf psychologischem Wege zu erklären. Das mag für eine kleine Reihe von Fällen seine Richtigkeit haben, für die meisten Fälle halte ich es nicht für zutreffend. Der College hat das Bestreben, körperliche Symptome in seelische aufzulösen. Das darf man ebensowenig, wie man früher umgekehrt alle seelischen Schmerzen durch körperliche Vorgänge zu erklären versuchte. Das erinnert an die Philosophie der Christian science, die metaphysische Heilmethode des Gesundbetens, die alle körperlichen Symptome in seelische auflöst. Ich wollte mich nur gegen die principielle Betrachtung dieser Art, somatische Symptome zu deuten, wenden.

Dr. Tiling stimmt den Ausführungen des Vortragenden vollkommen zu. Die subjective Schwäche trägt sicher ¾ der Schuld an den habituellen Kopfschmerzen; sie hängen also ab von der Energielosigkeit und Schlaffheit des Individumus, dazu kommt Suggestion durch eigene frühere Erfahrungen und ängstliches Selbstbeobachten; so fühlt der Kranke das, was andere, Gesunde, kaum wahrnehmen.

Dr. E. Schwarz schliesst sich dem Herrn Vorredner voll an. Die von Dr. Hirsch geschilderten Fälle kommen genau in dem von ihm gezeichneten Bilde vor; all' die Fälle körperlich bedingter Kopfschmerzen kommen hier überhaupt nicht in Frage. Die Differential-Diagnose der Kopfschmerzen gehört ja zu den allerschwierigsten diagnostischen Aufgaben des Arztes. Die Gruppe der habituellen Kopfschmerzen an sich macht auch schon oft diagnostische Schwierigkeiten; so gibt es z. B. eine Art, die nur bei vegetarischer Kost schwindet, also wohl auf eine Intoxication bei Fleischnahrung zurückzuführen ist. Das von Dr. Hirsch gezeichnete Bild besteht aber, und es muss mit Dankbarkeit anerkannt werden, dass er auf dieses Bild aufmerksam gemacht hat, denn diese habituellen Kopfschmerzen machen dem Arzt oft die meisten «Kopfschmerzen», d. h. sie trotzen der gewöhnlich eingeschlagenen Therapie; erst die von Hirsch gezeichneten Wege nach richtiger Erkenntnis des speciellen Falles führen zu einem günstigen therapeutischen Resultat.

Dr. Hirsch (Schlusswort): Gegenüber den von Dr. Behr gemachten Einwürfen habe ich folgendes zu sagen: ich habe bei meiner Betrachtung über habituellen Kopfschmerz alle von Dr. Behr erwähnten Ursachen organischer Art principiell ausgeschlossen; meiner Ansicht nach sollten wir gerade nur diejenigen Kopfschmerzen habituelle nennen, für welche wir keine körperlichen Ursachen, wie z. B. Pachymeningitis etc. etc. finden. Mir lag gerade daran, als «habituellen Kopfschmerz» ein für sich gesondertes Krankheitsbild abzugrenzen; ich will garnicht um den Namen «habituell» streiten, man mag derartige Schmerzen auch «nervöse» nennen, dem Wesen nach sind sie suggerierte—das ist die Hauptsache. Ich bleibe dabei, dass jeder Schmerz ein psychisches Geschehen ist, das natürlich, wie gesagt, körperlich verursacht sein kann. Die Excursion des Dr. Behr ins Gebiet des Gesundbetens ist mir unverständlich: medicinische Suggestions-Therapie hat nichts mit diesen Auswüchsen laienhaften Aberglaubens gemein.

5. Vortrag: Dr. Brennsohn: Die Beziehungen der Rückgratsverkrümmungen zur Schule.

Discussion:

Dr. Haller: Voll und ganz kann ich den Thesen des Herrn Vortragenden zustimmen und nur wünschen, dass sie mehr und mehr in unserer Heimat zur Verwirklichung gelangen. Estland und Reval sind in der glücklichen Lage, manch wichtiges Postulat zu besitzen: es existiert eine sanitäre Aufsicht über die Land- und städtischen Schulen und ihre Besucher. — Nicht ohne weiteres kann ich aber dem

Vortr. folgen in dem Punkt, von dem seine Deductionen ausgingen: der Häufigkeit und Wichtigkeit der Scoliose in der Schule. Ich berate seit 6 Jahren die Realschule in Reval hygienisch und jährlich habe ich sämtliche Schüler einer genauen Körperuntersuchung unterzogen. Meiner Erfahrung nach stehen wir, was die Scoliose anbetrifft, in bedeutend besseren Verhältnissen als das Ausland: während dort Scoliosen relativ häufig getroffen werden, sind sie bei uns äusserst selten und gutartig: die kleinen Knaben treten in die Vorbereitungsclassen ohne Scoliosen ein; in der VII und VI kommt es vereinzelt zu leichten Verkrümmungen, die in der V und IV aber wieder verschwunden sind. Das sind entschieden Folgen von Muskelschwäche: die kleinen Jungen haben oft schon recht grosse Bücherpacken zu tragen, und, wo sie es nicht im Ranzen tun, kann die Last leicht eine geringe Scoliose zur Folge haben, die sich aber später bei Erstarkung des Muskelsystems bald wieder ausgleicht. In den Elementarschulen, wo ich ca. 2000 Kinder jährlich untersuche, habe ich Scoliosen eigentlich nur bei Coxitiden, Gonitis, Spondylitis gefunden, sonst garnicht. Ich kann daher nicht zugeben, dass in unserem Schulleben die Scoliose eine bedeutende Rolle spielt. Dagegen sind von grosser Bedeutung die kyphotischen und lordotischen Verkrümmungen, die in ganz erheblicher Weise auf Atmung und Herztätigkeit einwirken können, und die sogenannte «schlechte Haltung» ist recht häufig. Und hier sind die verschiedenerlei Sportübungen wohl wichtiger als das regelrechte Schulturnen; ausserdem wären hier auch längere Pausen zwischen den einzelnen Unterrichtsstunden, während denen die Kinder sei es in grösseren staubfreien Räumen, sei es im Freien, sich tummeln sollten, noch wichtiger als tägliche Turnstunden! Mehr Sport und Turnspiele und weniger Turnstunden! — Neben dem geräumigen, freien Schulhof wären überdachte, verandaartige Räume wünschenswert, in denen die Kinder auch bei schlechtem Wetter in freier Luft sich tummeln und erholen könnten.

Dr. Brennsohn (Schlusswort) meint ebenfalls, dass hier zu Lande die Verkrümmungen der Wirbelsäule in den Schulen nicht so häufig vorzukommen scheinen, wie er das auch bei seinen eigenen Untersuchungen constatieren konnte, warnt aber davor, hierbei zu optimistisch zu sein, da wir einerseits nicht über eine genügende Anzahl eigener Untersuchungen verfügten, die ein endgültiges Urteil erlaubten, andererseits die Zahlen der von ausländischen Orthopäden ausgeführten Untersuchungen eine zu beredte Sprache führen. Dr. Brennsohn belegt seine Ansicht mit der Aufzählung einer Reihe von statistischen Daten.

6. Vortrag: Dr. Zoepffel: Die Indicationen und Contraindicationen der Seebäder.

Discussion:

Dr. Koppe bestätigt die Erfahrung, dass kalte Seebäder oft übertrieben werden, besonders von schwächlichen Damen. Dagegen sollten die Luftbäder mehr entwickelt werden.

Dr. Voss freut sich, dass der Vortragende als erster bei unseren heimischen Seebädern Unterschiede angegeben hat. Dieselben sind sehr ausgesprochen vorhanden und man könnte hier etwa folgende Staffel anführen: das mildeste Seebad in Pernau, dann käme Hapsal, dann der Rigasche Strand, resp. Arensburg, stärker Reval und am stärksten Libau. Es wäre nun sehr dankenswert, wenn die Indicationen oder Contraindicationen nicht ganz allgemein für Seebäder, sondern specieller für die einzelnen unserer heimischen Badeorte aufgestellt würden. Z. B. die hohe durchschnittliche Wassertemperatur (bis 17° R. während längerer Zeit) bei geringem Wellenschlag, flachem Wasser und vorzüglichem Boden prädestiniert Pernau, ganz abgesehen von dem anderen Heilfactor, nämlich dem Schlamm, zu einem passenden Seebad für schwächliche Kinder, Reconvalescenten etc., während kräftige gesunde Kinder schon besser in ein kräftiges Seebad, z. B. an den Rigaschen Strand, zu schicken wären.

Dr. v. Hampeln richtet die Aufmerksamkeit auf die Dauer der Bäder; kurz dauernde Bäder am Ufer hat er auch Arteriosclerotikern nicht verordnet, aber dazwischen gestattet ohne üble Folgen.

Dr. Zoepffel (Schlusswort) meint Dr. Voss gegenüber, dass doch Reval und Baltischport durch ihre geschützte Lage einen geringen Wellenschlag haben, wie ihm dort lebende Collegen versicherten. Dr. Hampeln erwidert er, dass nur ganz dicht am Ufer bei Mangel einer Brandung und bei sehr warmer Wasser- und Lufttemperatur die Bäder bei Arteriosclerotikern und Herzkranken unbedenklich seien. Bei niedrigen Temperaturen sei aber doch auch bei kurzen Bädern immer mit der Shockwirkung zu rechnen, die bei brüchigen Gefässen und insufficientem Herzen häufig die traurigsten Folgen haben könnte.

7. Prof. Zöge v. Manteuffel: Berichterstattung über die Sammlungen für das in Dorpat zu errichtende Ernst v. Bergmann-Denkmal.

Schluss der Sitzung.

Sitzung am 25. August 1909, morgens von 9—1 Uhr.

Specialsitzung für innere Medicin.

1. Vortrag: Dr. Hollmann: Zur percutorischen Grössenbestimmung des Herzens (Referat) mit Demonstration eines Zeichentisches.

2. Dr. von Hampeln: Ueber die thoracalen Richtungslinien bei der Bestimmung der Herzgrenzen.

Bei der Bestimmung der Herzgrösse und Herzlage kommen ausser der von Moritz an Stelle der früher üblichen, aber inconstanten Mammilarlinie gesetzten longitudinalen Medianlinie noch transversale Linien in Betracht. Als solche dienen auch gegenwärtig noch die natürlichen Rippenlinien, besonders die 4., 5. und 6., nach denen vornehmlich die Lage einer Herzgrenze oder der Herzspitze orientiert werden soll. Aber auch diese sind ebenso wenig constant, wie die früher gebrauchte longitudinale Mamilllarlinie. In der Mehrzahl, in 75 pCt. aller seiner Fälle, lag die fünfte Rippe annähernd an derselben Stelle, nämlich in gleichem Niveau mit dem unteren Sternalrand sowohl bei langem als bei kurzem Sternum. Es findet durch Anpassung der Rippenentfernungen eine Art Correctur auf dieses Niveau statt.

In 25 pCt. der Fälle bleibt aber diese Correctur aus und läge dann die Rippe im grössten Teil dieser Minoritätsfälle in deutlicher Abhängigkeit von der Sternallänge bei kurzem Sternum mehr oder weniger unterhalb der genannten Horizontalebene, bei langem Sternum oberhalb derselben. In einer letzten Gruppe, in 5 pCt. aller Fälle endlich, käme eine, wie er es nennen möchte, paradoxe Correctur zustande, d. h. trotz kurzen Sternums befindet sich die V. Rippe dennoch über der Horizontalen und trotz langen Sternums unter ihr (Demonstration).

Daraus folgt die sehr eingeschränkte Brauchbarkeit der V. Rippe und der Rippen überhaupt als Richtlinie. Ihre Lage ist eine inconstante. Es bedarf auch hier Constanten und das ist, wenn auch in einem anderen Sinn als es von der Medianlinie gilt, die jener Horizontalebene entsprechende Horizontallinie, die Vortragender einfach als «Horizontale» bezeichnen möchte.

Um diese Horizontale bewegt sich, dem Ansatz des Zwerchfells entsprechend, der untere Herzrand und die Herzspitze, deren Entfernungen von jener gemessen werden können und uns über die Lage des unteren Herzrandes genauen Aufschluss geben. Das Verhalten des Spitzenstosses zu dieser Horizontalen ist ein sehr regelmässiges. In durchschnittlich 95 pCt. aller Fälle lag er in oder meist unter der Horizontalebene (NB. in sitzender Haltung des Untersuchten und bei gesunden Erwachsenen). In durchschnittlich 5 pCt. lag er über der Horizontalebene, und zwar fast nur in den Fällen mit längerem Sternum. Ausser der Länge des Sternums gibt es aber noch andere auf die ungewöhnliche Lage der IV., V. und VI. Rippe einwirkende Factoren, durch die sehr eigenartige Skelettbilder zustande kommen (Demonstration).

Aus solchen anatomisch-physiologischen und klinischen Gründen folgt das Wünschenswerte eines Ersatzes der veränderlichen Rippenlinien durch eine Constante, eben jene Horizontale, die uns die Möglichkeit gewährt, alle longitudinalen auf das Herz sich beziehenden Dimensionen ebenso genau zu bestimmen, wie das in Bezug auf die transversalen schon erreicht worden ist.

(Autoreferat).

Dicussion zu beiden Vorträgen:

Dr. Hausmann: Es ist erfreulich, dass die beiden Herren Vortragenden mit Nachdruck darauf hingewiesen haben, wie inconstant die in Betracht kommenden Distanzen der das Herz deckenden Teile sind und dass daher das Eintragen von Herzbefunden in fertige Schemata irreführend sei. Auf ähnliche Verhältnisse, die Abdominalorgane betreffend, habe ich mehrfach in meinen Publicationen hingewiesen und dabei empfohlen die Eintragungen in ein durch Ventrometrie gewonnenes Conturbild zu machen.

Prof. Dehio demonstriert durch kleine, einfache Experimente mit Plessimeter und Hammer, dass die Percussion des Herzens in sagittaler Richtung physikalisch wohl begründet ist. — Um eine Herzdämpfungsfigur zu erhalten, die sich mit dem Röntgenschatten des Herzens vergleichen lässt, ist es nötig, die percutorisch erhaltene, auf den Thorax gezeichnete Herzfigur auf eine frontale Ebene zu übertragen; hierzu scheint sich der Hollmannsche Zeichentisch sehr wohl zu eignen.

Dr. Russow hält die bessere Wirkung eines sagittalen Percussionsstosses für zu wenig bewiesen. Wenn man auf die mehr seitlichen Thoraxtheile sagittal, d. h. schief auf die Thoraxwand schlägt, so dürfte sich die Energie des Stosses hier ebenso wie bei einer gespannten Saite nach dem Gesetze des Parallelogrammes der Kräfte zerlegen, indem sie sich überträgt in transversale und longitudinale Schwingungen. Die letzteren erzeugen in dem gegebenen gespannten, elasti-

schen Körper Töne, die um viele Octaven höher liegen als die durch transversale Schwingungen hervorgebrachten. Das ergibt vielleicht eine Modification des Schalles; eher möchte ich aber glauben, dass die drunter liegenden Brusteingeweide durch diese longitudinalen Schwingungen so wenig miterregt werden, dass sie gegenüber den transversalen Schwingungen der Brustwand garnicht in Betracht kommen; es resultiert also durch den schiefen Schlag vermutlich nur ein Leiserwerden des Schalles. — Abgesehen von diesen Verhältnissen wird die sagittale Percussion häufig dadurch illusorisch, dass sie in den Seitenteilen des Thorax bei übergrossen Herzdilatationen oder bei manchen Thoraxdifformitäten überhaupt nicht ausführbar ist.

Dr. E. Schulz demonstriert einen Hammerplessimeter von Dr. Philippi-Davos zur Abgrenzung der Organe, z. B. Grössenbestimmung des Herzens.

Dr. Krannhals bedient sich zur Grössenbestimmung des Herzens fast ausschliesslich der Goldscheiderschen Schwellenwertpercussion in sagittaler Richtung. Zur Demonstration der Herzfigur hält er die Durchpausung der auf die vordere Thoraxwand aufgezeichneten Herzgrenzen für die einzig zuverlässige Methode.

Dr. Hollmann (Schlusswort): Ich danke Herrn Prof. Dehio für seine instructiven Worte. Zum Capitel der Dämpfungen, welche durch massive «Dämpfungskörper» hervorgerufen werden sollen, die hinter dem schwingungsfähigen Lungengewebe ihren Platz haben, möchte ich bemerken, dass in einem solchen Falle nur Abschwächung der Intensität des höher und kürzer werdenden Schalles aufzutreten pflegt. Für den Begriff einer «Dämpfung» will ich als Paradigma den Schenkelschall im Sinne Skoda's hingestellt wissen, eine Scheidung in «absolut» und «relativ» (mit Ausschaltung des Ausdrucks «gedämpft» ohne Epitheten, wie O. Vierordt es vorschlägt), als nicht durchführbar jedoch abweisen. Dr. Russow möchte ich erwidern, dass die Abschwächung, die der Schall bei Einhaltung der sagittalen Percussionsrichtung auch an den abschüssigen Thoraxpartien erfährt, leicht corrigierbar ist, und zwar durch Regulierung der Stärke des Percussionsschlages, indem man individuell und subjectiv percutiert. — Mit der Goldscheiderschen Schwellenwertpercussion habe ich, wie ich schon hervorhob, trotz Einhaltung aller Vorschriften immer nur die medianen Lungenwände in ihrem Verlauf bestimmen können. Ueber den von Lunge bedeckten Herzabschnitten kann ich die Existenz einer Dämpfung nicht zugeben; ich bin sogar geneigt, anzunehmen, dass auch Goldscheider die «Dämpfung» an diesen Stellen vielleicht subvertical empfunden, ohne eine richtige Deutung für dieses Empfinden finden zu können.

Dr. v. Hampeln bemerkt im Schlusswort, dass er in seiner Arbeit, die es nicht mit Grössen- auch eigentlich nicht mit Lagebestimmungen zu tun hatte, sondern mit der Frage, welche Linien in horizontaler Richtung zu verwenden seien, auf Brustform und -umfang etc., die hierfür nicht in Betracht kommen, auch nicht eingegangen ist. Ihm kam es nur auf den Beweis an, dass die Rippen als tatsächlich lageveränderlich, ganz abgesehen von den Gründen ihrer Lageveränderung, als Richtlinien nicht dienen können, und darum durch eine Constante zu ersetzen sind. Dafür hält er die durch das untere Sternalende gezogene Horizontale.

3. Dr. Hollmann: Demonstration eines Instrumentariums zur objectiven Messung des diastolischen und systolischen Blutdrucks.

4. Dr. Walter: Ueber die Berechtigung zu chirurgischen Eingriffen bei Emphysem und tuberculöser Spitzenaffection der Lungen.

Discussion:

Dr. v. Hampeln: In so desolaten Erkrankungsfällen, wie es das Lungenemphysem darstellt, erschien die Aussicht, durch einen chirurgischen Eingriff das Leiden zu beseitigen oder doch erträglich zu machen, als sehr erfreulich. Mit Interesse sei er darum den früheren Arbeiten sowie den Mitteilungen des Vortragenden gefolgt. Man mus auch sagen, dass, falls in der Starrheit des Thorax die wesentliche Entstehungsbedingung des Emphysems vorläge, in der Tat von dem angegebenen chirurgischen Eingriff ein sehr günstiger Einfluss auf das Leiden erwartet werden könne. Aus klinischen Gründen erscheine es aber wahrscheinlich, dass der Elasticitätszustand der Lunge, wenn auch nicht allein, so doch zugleich von grösster Bedeutung bei der Entstehung des Lungenemphysems ist. Die Lunge wird, scheint es, starr, verliert ihre Dehnbarkeit und die Fähigkeit der Rückkehr zur normalen Gleichgewichtslage. Die Bronchitis dagegen scheint ihm nach den Fällen der Hospital- sowohl wie der Privatpraxis von mehr secundärer Bedeutung zu sein. Ist jene Annahme richtig, so kann auf einen wesentlichen und dauernden Erfolg operativer Eingriffe nicht mit grosser Zuversicht gerechnet werden. Es liegen aber günstige Erfahrungen vor, und es sei darum wohl richtig, in schweren Lungenemphysem-Fällen auch der möglichen Hilfe von chirurgischer Seite zu gedenken.

Dr. Rothberg fragt, ob die Operation (Chondrotomie) auch bei Kindern mit starrem Thorax ausgeführt worden ist.

Prof. Dehio erkundigt sich nach der Technik der Operation.

Dr. Walter (Schlusswort): Meines Wissens ist die Operation an Kindern nicht ausgeführt worden; wenigstens habe ich in der Literatur keine Angaben darüber gefunden. — Ausgeführt wird der Eingriff folgendermassen: nach einem parasternalen Hautschnitt und stumpfem Auseinanderschieben der Muskelfasern über den betreffenden Rippenknorpeln wird der Knorpel subperichondral reseciert, dann vorsichtig das Perichondrium exstirpiert und eventuell werden darauf Muskelfasern interponiert.

5. Vortrag: Dr. Krannhals: Ueber die praktische Verwertbarkeit der Tuberculinreaction.

Discussion:

Dr. Masing-Petersburg empfiehlt auch aufs wärmste die Pirquetsche Cutanreaction, warnt dagegen vor der Wolff-Eisnerschen Ophthalmoreaction, weil doch unliebsame Reizungen des Auges beobachtet sind. Ist die Cutanreaction positiv und die subcutane alte Kochsche Reaction negativ, dann handelt es sich um inactive tuberculöse Processe (Verkalkungen, Vernarbungen). Er erwähnt ferner die neueren Theorien über Tuberculin-Reactionen überhaupt.

Dr. Haller: Aus den dankenswerten Ausführungen des Herrn Vortr. scheint mir hervorgehen zu wollen, dass die Anwendung des Tuberculins zu diagnostischen Zwecken und seine Wertbeurteilung eine sehr einfache ist: wir impfen nach Pirquet, bekommen eine positive Reaction und folgern eine inactive Tuberculose; wir machen die Ophthalmo-Reaction, und ist sie positiv, so handelt es sich um eine active Tuberculose. Meine Erfahrungen an einem allerdings kleinen Material lassen die Verhältnisse nun nicht so einfach erscheinen, und wenn wir die in den letzten Jahren so umfangreiche Literatur über diese Fragen betrachten, so sehen wir, dass der Streit über den Wert oder Unwert in vollem Gange ist und noch keinerlei Einigung erzielt ist. — So einfach, wie Dr. Krannhals die Frage hingestellt, ist sie jedenfalls nicht. Ich habe an der Hand der Literatur vor einigen Wochen mich in der Pet. Med. Woch. darüber ausgesprochen und will meine dortigen Ausführungen hier nicht wiederholen. Wenn der Vortragende sich über den practischen Wert der Ophthalmo-Reaction so günstig ausspricht, so möchte ich dem eben nur den Fall von Caspar-Berlin entgegenhalten: eine Patientin litt an Nierenerscheinungen, die die Annahme einer Nierentuberculose sehr wahrscheinlich machten; auf Drängen der Patientin ging Caspar auf die positive Ophthalmo-Reaction hin unter der Diagnose der Nierentuberculose an die Exstirpation der Niere: er fand aber — keine Tuberculose. Für den Praktiker hat eine Reaction, die ihm keine praktische Hilfe gewährt oder geeignet ist, die Diagnose unter Umständen irre zu führen, für's erste keinen Wert. Sowohl die cutane wie die conjunctivale Reaction scheinen doch so feine Reactionen zu sein, dass sie sowohl active, wie inactive Herde anzeigen und daher in der Praxis für die Diagnose nicht in Betracht kommen. — Wenn Dr. Masing neben diesen Methoden die alte subcutane Methode nach Koch als absolut zuverlässig rühmt, so möchte ich auch hier eine Einschränkung machen: die subcutane Reaction gibt auch keine absoluten Werte; der negative Ausfall ist allerdings ausschlaggebend, der positive aber nur unter Umständen für manifeste, active Tuberculose sprechend, wie die Untersuchungen von A. Fränkel-Berlin, sowie aus dem Kochschen Institut von Bech zeigen.

Dr. v. Hampeln: In Bezug auf die heute von Dr. Krannhals angeführten Fälle müsse er dem völlig zustimmen, dass die positive Tuberculin-Reaction für die tuberculöse Natur jener Erkrankungen spreche und insofern eindeutig sei. Das seien aber auch alles Fälle, die man schon immer aus klinischen Gründen für tuberculoseverdächtig hielt. Anders liege die Sache bei den auf dem vorigen Aerztetage in Riga von Kr. angeführten zur Tuberculose in gar keiner Beziehung stehenden und dennoch die Tuberculin-Reaction gebenden acuten Erkrankungen. Wenn er nicht irre, so handelte es sich um croupöse Pneumonie, Typhus abdominalis Diphtherie, ac. Gelenkrheumatismus, die eine relativ häufige und starke Ophthalmo-Reaction gaben. Was die Deutung dieser Fälle betrifft, so möchte er doch die frühere Stellung Dr. Krannhals' gegen seine jetzt eingenommene in Schutz nehmen, dass nämlich die Tuberculin-Reaction nicht durchaus specifisch sei, ohne dass sie darum natürlich an diagnostischer Bedeutung verlöre. — Dr. Hallers Ausführungen betreffend, dass in einem fraglichen Fall von Nierentuberculose die Tuberculin-Reaction positiv ausfiel und dennoch die operierte Niere gesund war, weist H. darauf hin, dass die Tuberculin-Reaction ja nichts in Bezug auf den Ort der Tuberculose ergäbe, sondern nur das Bestehen einer Tuberculos

überhaupt anzeige. Es könne darum nicht gesagt werden, dass die Reaction im angeführten Falle versagt hätte.

Dr. Schawlow fragt, ob der Vortragende die Tuberculin-Reaction bei Gelenkrheumatismus auch positiv habe ausfallen gesehen.

Dr. Moritz schliesst sich auf Grund von etwa 150 Untersuchungen, die er auf Veranlassung von Prof. Dehio in der medic. Klinik vorgenommen hat, der Meinung des Vortragenden an, dass die Ophtalmo-Reaction als specifisch anzusehen ist, und führt einen Fall an, wo eine Patientin, die wegen chronischer Nephritis in der Klinik lag, eine sehr starke Ophtalmo-Reaction ergab, obwohl trotz mehrfacher und genauer Untersuchungen keine Anhaltspunkte für eine tuberculöse Erkrankung zu finden waren; ein halbes Jahr später stellte sich dieselbe Kranke mit einer ausgesprochenen Lungentuberculose in der Klinik vor, und es kann wohl als sicher gelten, dass schon während des ersten klinischen Aufenthalts ein tuberculöser Herd in den Lungen vorhanden gewesen war. Was die schädlichen Folgen betrifft, die die Ophtalmo-Reaction für die Augen nach sich ziehen soll, so malt Dr. Masing in dieser Beziehung zu schwarz. Wenn die Augen intact sind, ist die Reaction gefahrlos.

Dr. Krannhals (Schlusswort) ad Dr. Masing: die Warnungen der Ophtalmologen sind zu weit gegangen; bei Beobachtung der Contraindicationen habe ich in gegen 2000 Fällen keine üblen Zufälle gesehen. — Dr. Schawlow: Zur Tuberculose scheinen weniger der gewöhnliche typische (mehr septische) Gelenkrheumatismus in Beziehung zu stehen als vielmehr die so häufigen leichten, mehr «rheumatoiden» Gelenkschmerzen. — ad Dr. v. Hampeln: Es bestehen zwischen acuten Infectionskrankheiten und dem Ausfall der localen Tuberculinreaction anscheinend enge Beziehungen: gewisse acute fieberhafte infectiöse Processe sind imstande modificierend auf die Reaction einzuwirken, und zwar sowohl im positivem als in negativem Sinne. Die Untersuchungen des Vortragenden in dieser Beziehung sind noch nicht abgeschlossen: eine Lymphocytose verstärkt die Reaction, eine Polynucleose schwächt sie ab, wenigstens in der Regel.

6. Vortrag: Dr. Schirokogorow: Die Wirkung des Jod aufs Herz (experimentelle Untersuchungen).

Dr. S. hat Kaninchen mit Jod behandelt, um zu sehen, wie das normale Herz auf Jod reagiert. Er hat ein neues Jodpräparat, nämlich Jodglidine, in der Dosis von 2—3 Tabletten täglich oder alle 2—3 Tage im Laufe von 2—3 Monaten gegeben. Es erwies sich, dass die Tiere, die auf solche Weise behandelt wurden, eine so bedeutende Herabsetzung des Herzgewichtes hatten, dass diese Erscheinung mit vollem Recht als functionelle Atrophie bezeichnet werden muss. Während bei normalen Tieren das Verhältnis des Herzgewichtes zu dem Körpergewicht 1:300—1:350 ist, ist bei den mit Jod behandelten Tieren dieses Verhältnis 1:500—1:550.

Diese Erscheinung glaubt er mit der Viscosität des Blutes, die von vielen Autoren nach der Jodbehandlung bei Tieren und Menschen beobachtet worden ist, in Zusammenhang bringen zu dürfen.

Um die mechanische Wirkung dieser Erscheinung verständlich zu machen, führt er als Paradigma an: «Man stelle sich eine mit einer dicken Flüssigkeit angefüllte Röhre vor, wobei erstere die Eigenschaft hat, sich unter Erwärmen zu verflüssigen. Wenn man nun die Röhre erwärmt, so wird die Flüssigkeit verdünnt, ihre Viscosität herabgesetzt und die nötige Arbeitskraft der Pumpe, welche die Flüssigkeit durch die Röhre treibt, herabgesetzt».

Dieselbe Erscheinung hat man im tierischen Circulationsapparat bei der Jodbehandlung, mit dem Unterschied, dass statt der Wärme hier der chemische Einfluss seine Wirkung ausübt. Durch Herabsetzung der Arbeit des Herzens entsteht die functionelle Atrophie. (Autoreferat).

Discussion:

Dr. Dehio fragt, ob die Abnahme des relativen Herzgewichtes unter dem Einfluss von Jod nicht vielleicht mehr auf den Schwund des Herzfettes als auf den der Muskelmasse des Herzens zurückzuführen sei. Ferner macht er darauf aufmerksam, dass die Abnahme des Herzens (Elasticitäts-Atrophie) vielleicht auch durch die Annahme erklärt werden könnte, dass das Jod vielleicht auf dem Wege eines vasomotorischen Einflusses die peripheren Widerstände für den Kreislauf vermindere und dadurch auch die dem Herzen aufgebürdete Arbeit erleichtere.

Dr. Schirokogorow (Schlusswort): Ein Zurückgehen des Körpergewichts der Tiere während der über die Jodwirkung angestellten Versuche habe ich nicht beobachtet; die jungen Kaninchen nahmen ebenso zu, wie die Controlltiere. Was die Theorie der Jodwirkung aufs Herz infolge Verminderung der Blutviscosität anbetrifft und des Eintretens einer functionellen Atrophie desselben, so wollte ich nur auf die grosse Bedeutung dieses einen Factors hinweisen, der durchaus nicht den einzigen im so complicierten Bilde der Jodwirkung auf den Organismus, speciell auf die Circulationsorgane, darstellt.

7. Vortrag: Dr. Schawlow: Zur Differentialdiagnose des Gelenkrheumatismus.

8. Vortrag: Dr. Hausmann: Die topographische Gleit- und Tiefenpalpation und ihre Ergebnisse.

Discussion.

Dr. Krannhals hat die vom Vortragenden angegebenen Untersuchungsmethoden gelegentlich nachgeprüft und glaubt wohl, dass man unter Umständen brauchbare Untersuchungsresultate erhalten kann.

Schluss der Sitzung.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die Haupt-Militär-Medicinalverwaltung ist in Haupt-Militär-Sanitätsverwaltung umbenannt und der Haupt-Militär-Medicinalinspector heisst jetzt Haupt-Militär-Sanitätsinspector. Alle Fragen betr. den Gesundheitszustand der Armee werden in dieser Verwaltung concentriert. Das bisherige Militär-Sanitätscomitee beim Kriegsrat wird aufgehoben.

— Infolge des Erlöschens der Choleraepidemie wurde am 16. Dec. 1909 die Mehrzahl der zeitweiligen Institutionen zur Bekämpfung der Cholera aufgehoben und das nur für die Dauer der Epidemie in Dienst gestellte medicinische Personal entlassen. Nur die supernumerären Bakteriologen an der bakteriologischen Abteilung des Stadtlaboratoriums wurden im Dienst belassen wegen der Wichtigkeit der continuierlichen bakteriologischen Untersuchungen auch im Stadium des Erlöschens der Epidemie.

— Am 2. Januar wurde im Auditorium der psychiatrisch-neurologischen Klinik der Militär-Medicinischen Akademie eine Büste des Begründers der russischen Psychiatrie, weil. Prof. an der Akademie, Dr. J. Balinski, aufgestellt und ein Portrait seines Schülers und Nachfolgers, weil. Prof. Dr. J. Mershejewski angebracht.

— Der Prof. der inneren Klinik in Kasan, Dr. A. N. Kasem-Bek feierte sein 25-jähriges Jubiläum.

— Hochschulnachrichten.

Tomsk. Der Professor der Pharmakologie, Dr. W. J. Tschagowez wird auf denselben Lehrstuhl an der Universität Charkow übergeführt.

Berlin. Der Oberassistent an der Chirurgischen Universitätsklinik Dr. A. Sticker hat den Titel Professor erhalten.

Erlangen. Der Priv.-Doc. Dr. H. Merkel (Pathologische Anatomie) hat den Titel Professor erhalten.

Würzburg. Der Priv.-Doc. Dr. Polano (Gynäkologie) hat den Titel Professor erhalten.

Dublin. Dr. B. J. Collingwood ist zum Professor der Histologie und Physiologie an der Universität ernannt.

Pittsburg. Dr. Ch. E. Ziegler ist zum Professor der Geburtshilfe ernannt.

— Der 4. Congress der Gesellschaft für experimentelle Psychologie findet vom 19. bis zum 22. April (n. St.) in Innsbruck statt. Vorträge sind bei Prof. F. Hildebrand in Innsbruck anzumelden.

— Der 39. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 30. März bis zum 2. April 1910 in Berlin im Langenbeckhause statt. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind an Prof. Bier, Berlin N. W. 24, Lessingstrasse 1, zu richten. Gleichzeitig und an demselben Ort findet der 9. Congress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie statt.

— Die jetzt im IX. Bande erscheinenden «Folia haematologica» sind mit Beginn dieses Bandes in zwei Teile geteilt worden, und zwar erscheint der erste Teil als Archiv nur mit Original-Artikeln, mit Tafelbeigaben und dergl. zum Abonnementspreis von M. 25.— für den Band von 40 Bogen. Der zweite Teil erscheint als Centralorgan und bringt nur Referate, sowie die Mitteilungen der Berliner haematologischen Gesellschaft, Abonnementspreis für den Band von 30 Bogen M. 16.—. Mit dieser Aenderung soll zugleich dem in der medicinischen Fachpresse geäusserten Wunsch nach Beseitigung von Original-Artikeln in referierenden Blättern entsprochen werden.

— Verbreitung der Cholera. Britisch-Indien. In Calcutta starben vom 28. November bis zum 4. December 1909 19 Personen an der Cholera. — Niederländisch-Indien. In Batavia erkrankten vom 25. October bis zum 7. November 1909 149 Personen, darunter 16 Europäer an der Cholera. In der Residentschaft Palembang erkrankten vom 20. September bis zum 20. October 936 Personen und starben 675. — Norwegen. In Frederikshald starb am 3. Januar d. J. der Maschinist eines aus Riga eingetroffenen Dampfers an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien erkrankten vom 28. November bis zum 4. December v. J.

5042 Personen an der Pest und starben 4013. — In Aegypten erkrankten vom 18. bis zum 24. December 15 Personen und starben 4.

— Poliomyelitis. In Preussen wurden vom 26. December 1909 bis zum 1. Januar 1910 11 Erkrankungen und 1 Todesfall registriert. — In Oesterreich wurden vom 19. bis zum 25. December 1909 9 Erkrankungen constatiert, davon 7 in Steiermark, 1 in Kärnten und 1 in Oberösterreich.

— Sowohl im Gouv. Astrachan wie im Uralgebiet ist die Pest erloschen, und beide Provinzen sind von der «Comission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest» für pestfrei erklärt worden.

— Die Choleraepidemie ist fast überall in Russland erloschen. In der Woche vom 3. bis zum 9. Januar starben in Moskau 3 Personen, die in der vorhergehenden Woche an der Cholera erkrankt waren; neue Erkrankungen fanden nicht statt. Seit dem Beginn der Epidemie (27. Juni 1909) sind in Moskau 271 Personen erkrankt und 118 gestorben. In ganz Russland erkrankten während der letzten Epidemie 20646 Personen an der Cholera und starben 9378.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 20. bis zum 26. Dec. 1909 403 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 35, Typh. exanth. 4, Febris recurrens 6, Pocken 43, Windpocken 23, Masern 112, Scharlach 76, Diphtherie 59, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 5, an anderen Infectionskrankheiten 40.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12038. Darunter Typhus abdominalis 204, Typhus exanth. 20, Febris recurrens 39, Scharlach 274, Masern 98, Diphtherie 227, Pocken 171, Windpocken 0, Cholera 0, crupöse Pneumonie 93, Tuberculose 706, Influenza 187, Erysipel 120, Keuchhusten 16, Hautkrankheiten 64, Syphilis 456, venerische Krankheiten 312, acute Erkrankungen 2008, chronische Krankheiten 1733, chirurgische Krankheiten 1594, Geisteskrankheiten 3344, gynäkologische Krankheiten 217, Krankheiten des Wochenbetts 49, verschiedene andere Krankheiten 71.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 781 + 43 Totgeborene + 48 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 11, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 9, Masern 35, Scharlach 17, Diphtherie 24, Keuchhusten 14, crupöse Pneumonie 35, katarrhalische Pneumonie 91, Erysipelas 5, Influenza 8, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 28, Dysenterie 0, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 44, andere Magen- und Darmerkrankungen 33, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 45, Marasmus senilis 31, andere Todesursachen 237.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 22. October 1909 in Borowitschi (Gouv. Nowgorod) Dr. I. I. Birnbaum, geb. 1854, approbiert 1881. 2) Am 26. November 1909 der frühere Director der psychiatrischen Heilanstalt in Saratow Dr. S. I. Steinberg, geb. 1835, approbiert 1860. 3) Am 9. December 1909 in Balaschow (Gouv. Saratow) Dr. N. D. Katschkin, geb. 1873, approbiert 1899, — am Flecktyphus. 4) In St. Petersburg Dr. A. A. Orlowskij, geb. 1864, approbiert 1888. 5) Am 28. Dec. 1909 der Chefarzt des Militär-Lazaretts in Peterhof, Dr. L. J. Neumann, geb. 1848, approbiert 1871. 6) Am 29. Dec. 1909 in Kungura (Gouv. Perm) Dr. A. Stratonikowitsch-Ponomarew, geb. 1862, approbiert 1890. 7) In Halle a. S. am 14. Jan. (n. St.) der o. Professor der Chemie Dr. J. Volhard im Alter von 76 Jahren. 8) In Marseille der Professor der Geburtshilfe, Dr. Queirel.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 26. Jan. 1910.

Tagesordnung: Hartoch: Ueber die Wassermannsche Reaction.
Hesse: Ueber Antifermentbehandlung.

Geschäftliche Sitzung: Beratung betr. die Subventionierung der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» seitens des Vereins.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Febr. 1910.

Tagesordnung: A. Wladimiroff: Ueber Piroplasmosen.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

W. S. Bainbridge. Three unique head tumors. The New York Policlinic Journal. April, 1909.

Hunter Robb. The Hemorrhage in Ruptured Ectopic Pregnancy. The Cleveland Medical Journal, July 1909.

Th. S. Cullen. Surgery of the Liver. Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. IV, Nr. 5, May, 1907.

Th. S. Cullen, The Condition of the Uterine Mucosa in Myoma Cases. The Transactions of the Amer. Gynecological Society 1908.

Th. S. Cullen. Parasitic Uterine Myomata. The Journal of the American Medical Association, Dec. 14, 1907. Vol. XLIX.

Th. S. Cullen. A Series of Interesting Gynecologic and Obstetric Cases. The Journal of the Amer. Med. Association, May 4, 1907. Vol. XLVIII.

Hunter Robb. The Trained and the Untrained Anaesthetist? Surgery, Gynecology and Obstetrics. May, 1909.

Hunter Robb. An experimental Study on Hemorrheag of the Uterine and Ovarian vessels. The Transactions of the Amer. Gynecological Society, 1908.

Hunter Robb. Ruptured tubal Pregnancy. When shall we operate? The Journal of the American Medical Association.

Hunter Robb. Inflammatory Conditions of the Appendix accidentally brought to light in pelvic Operations. The Transactions of the Amer. Gynecological Society, 1905.

Hunter Robb. Report of two Cases of Estopic Gestation. The Cleveland Medical Journal, September, 1908.

Hunter Robb. The air of the operating-room as a possible factor in the infection of wounds. The American Journal of Obstetrics, 1909. 1 October.

W. v. Valzah Hayes and W. S. Bainbridge. Multiple Stricture of the Small Intestine, with Report of a Case. The New-York Policlinic Journal. Vol. XIII. Nr. 5. 1909.

E. Rothschuh. The Internal Treatment of Syphilis. Folia Therapeutica, January, 1909.

W. S. Bainbridge. The Enzyme Treatment for Cancer. New-York. 1909.

Relazione statistica delle operazioni eseguitevi dal Dott. Sante Solieri. Clinica gener. oper. della R. Università di Siena. 1908.

Двадцатипятилѣтіе „Практической Медицины". (Историческій очеркъ). СПБ. 1909.

Двадцать шестой отчетъ попечительства Императрицы Маріи Александровны о слѣпыхъ за 1908 годъ.

Смѣта попечительства Императрицы Маріи Александровны о слѣпыхъ на 1910 годъ.

R. Malatesta. La puntura lombare. Istituto di Clinica Gener. operativa della R. Universitá di Siena. 1909.

R. Malatesta. Dell' actinomicosi umana. Istituto di Clinica Gener. oper. della R. Universitá di Siena. 1909.

R. Faldella. Linfosarcoma primitivo della tonsilla sinistra. Napoli. 1908.

U. Noferi. Vantaggi delle iniezioni modificatrici endodeferenziali alla Biondi nella tubercolosi. Corriere Sanitario. Nr. 10. 1909. Anno XX. Siena 1909.

Mario Chiarugi. Contributo alla chirurgia della tiroide. Istituto di Clinica Gener. oper. della R. Universitá di Siena. 1909.

M. Francini. Sul cistoma papillare dell' ovaia. Istituto di Clinica Chir. Gener. della R. Universitá di Siena. 1909.

A. Campani. Nevrosi sessuale. Clinica Medica di Modena. Milano.

M. Francini. Sul meningocele. Istituto di Clinica Chir. gener. della R. Universitá di Siena. 1909.

M. Francini. I nevromi, Istituto di Clinica Chir. gener della R. Universitá di Siena. 1909.

D. Biondi. Cura della tubercolosi dell' apparato spermatico XXI Congresso della Societa Italiana di Chirurgia Roma. 27—29 Ottobre 1908.

A. Gasbarrini. Cancro primario dell' ampolla di Vater Corriere Sanitario. Nr. 12. 1909. Anno XX.

A. Gasbarrini. Cisti da echinococco. Istituto di Clinica gener. operativa della R. Universitá di Siena. 1909.

M. Francini. Lipomi dell' intestino. Clinica Chirurgica della R. Universitá di Siena. 1909.

M. Francini. Pseudomammelle soprannumerarie. Clinica Chirurgica della R. Università die Siena. 1908.

G. Bechi. Ernia inguinale cieco-appendicolare strozzata Clinica gener. oper. della R. Università di Siena. 1908

V. Quercioli. Un caso di frattura isolata comminut simmetrica dello atlante senza lesioni midollari. Policlinico, Vol. XV—C., 1908.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 4 St. Petersburg, den 23. Januar (5. Febr.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Die Behandlung der allgemeinen eitrigen Peritonitis.

Referat, gehalten zum 1. Baltischen Aerztecongress in Dorpat am 24. August 1909.

Von

Dr. Leo Bornhaupt.

Chirurg der Marien-Diaconissenanstalt in Riga.

M. H. Wenn ich den bescheidenen Versuch machen will, Sie mit der Entwickelung der Ansichten über die Behandlung der acuten, allgemeinen, eitrigen Peritonitis und mit dem augenblicklichen Stand dieser Frage in Kürze bekannt zu machen, so geschieht das nicht so sehr aus dem Grunde, weil die Chirurgie über lauter glänzende Erfolge auf diesem Gebiete zu berichten hätte, sondern viel mehr deswegen, weil augenblicklich gegen diese deletäre Erkrankung von Seiten aller Chirurgen aufs Schärfste vorgegangen wird, weil der Erfolg bei der Behandlung der Bauchfellentzündung häufig nicht ausgeblieben ist, und weil wir des Verständnisses und einer zielbewussten Hilfe von Seiten der Collegen anderer Disciplinen dringend bedürfen, wenn wir aus diesem schweren Kampfe als Sieger hervorgehen sollen.

Wie brennend die Frage der Behandlung der allgemeinen eitrigen Peritonitis ist, beweist die lebhafte Discussion, die sich auf dem letzten Chirurgencongress in Berlin im Anschluss an die Vorträge von Nötzel und Nordmann entwickelt hatte.

Zu der Frage selbst übergehend, muss ich zuerst einige wichtige Punkte hervorheben, die sich auf die Infection und die Schutzmittel des Peritoneums beziehen und auf dem experimentellen Wege festgestellt worden sind.

Nachdem ich Ihnen ferner die Anschauungen über die Entstehungsart und die Ausbreitung der Peritonitis mitgeteilt habe, will ich mit der Besprechung ihrer Behandlung das Referat schliessen. Den ersten Anstoss zum Studium der Vorgänge im Peritoneum hatte Wegner im Jahre 1877 in seiner classischen Arbeit gegeben. Er hatte in seinen interessanten Tierversuchen verschiedene Erscheinungen von Seiten des Bauchfells beobachtet, die auch für unsere heutigen Anschauungen von grosser Bedeutung gewesen sind. Wegner hatte zum Beispiel an den Tieren nachgewiesen, dass bei offener Bauchhöhle in einer Beobachtungszeit von 8 Stunden eine Abkühlung des Tieres zustande kommt, die 15,2° beträgt. Er zeigte, dass bei einer Eröffnung der Bauchhöhle sich eine Hyperämie der Arterien und eine Stase in den Venen entwickelt, und dass diese Erscheinung in der Aufhebung des intraabdominellen Drucks ihre Erklärung findet. Wegner beobachtete, dass die Kaninchen mit ihrem Peritoneum 3,3—8 % des ganzen Körpergewichts an Flüssigkeit in 1 Stunde resorbieren, und zwar erfolgt seiner Meinung nach die Resorption vom Peritoneum aus viel schneller als vom Darm oder vom subcutanen Gewebe aus. Die Untersuchungen von Wegner wurden 10 Jahre später, im Jahre 1886 von Grawitz aufgenommen, der verschiedene Bakterienarten in Reincultur und gemischt in die Bauchhöhle der Kaninchen injicierte und damit in keinem Falle und unter keiner Bedingung eine eitrige Peritonitis hervorrufen konnte. Wegner machte vor Grawitz ähnliche Versuche mit „fäulnisfähigen Flüssigkeiten, Serum, Muskelinfus und Milch".

Zu ganz entgegengesetzten Resultaten, wie Grawitz, kam Pawlowsky im Jahre 1889. Ihm ist es gelungen, sowohl durch chemische Agentien als auch durch Bakterien eine Peritonitis zu erzeugen. Pawlowsky hat auch durch Darminhalt eine eitrige Bauchfellentzündung entstehen sehen; im Eiter hatte er dann als erster Stäbchen nachgewiesen, die er „bacillus peritonitidis ex intestinis cuniculi" nennt. Ausserdem constatierte Pawlowsky, dass die Bakterien an einem durch chemische Substanzen gereizten Peritoneum leichter eine Entzündung verursachen als am gesunden. So standen sich zwei Behauptungen krass gegenüber, indem Grawitz sogar in Bezug auf die Infection durch den Darm seiner Ueberzeugung in dem kurzen Satz Aus-

druck gab: „Darminhalt erzeugt keine Peritonitis!" Darauf folgt eine grosse Reihe von experimentellen Arbeiten, die sich mit diesen Fragen beschäftigen und deren Resultate bald die Ansichten von Grawitz, bald die von Pawlowsky bestätigen, endlich aber doch auch die Erklärung dafür liefern, warum diese beiden Forscher zu ganz entgegengesetzten Anschauungen gelangt waren.

Es sind die Arbeiten von: Waterhouse, Reichel (1890), Alex. Fraenkel, Burginsky, Kraft (1891), Walthard (1892), Tavel und Lanz, Beck, Notkin (1893), Starling und Tubby (1894), Schnitzler und Ewald (1895), Wallgren (1899), Tietze (1900), Klapp (1902), Schrader (1903), C. Brunner (1903), Mikulicz, C. Brunner (1904), Peiser, Clairmont und Haberer (1905), Glimm (1906).

Es sei mir hier gestattet, nur die wichtigsten Momente, soweit sie auf unsere Erkenntnis in Bezug auf die Behandlung der eitrigen Peritonitis von Einfluss gewesen sind, hervorzuheben. Im Jahre 1890 spricht Reichel, ebenso wie später Burginsky, die Ueberzeugung aus, dass das Bauchfell von Hunden eine gewisse Summe von Sepsis ohne Schaden aufzunehmen vermag, und lässt die Annahme gelten, dass die scheinbaren Widersprüche zwischen Grawitz und Pawlowsky durch die Wahrscheinlichkeit einer verschiedenartigen Virulenz der von beiden Forschern zu ihren Versuchen benutzten Eitercoccen zu erklären seien. Während Waterhouse, Kraft, Walthard sich mehr zu der Ansicht Grawitz' bekannt hatten, Tavel und Lanz ferner sogar die Behauptung aufgestellt hatten, dass „es eine primäre bakterielle Peritonitis überhaupt nicht gebe", weil die normale Serosa mit den eingedrungenen Mikroorganismen fertig werde, sprach sich Alex. Fraenkel gegen Grawitz aus, indem er in seinen 51 Versuchen den Beweis dafür erbrachte, dass der Darminhalt wohl eine Peritonitis erzeugt, und dass ebenso, wie Laruelle zuerst vor ihm behauptet hatte, „in gewissen Saprophyten des Darminhalts jener Teil desselben erkannt werden müsse, dem hierbei die bedeutendste Rolle zufalle". Mit wirklich virulenten Streptococcen ist es Wallgren im Jahre 1899 gelungen, eine tötliche Bauchfellentzündung hervorzurufen. Dabei hat er auch die Schutzmittel des Peritoneums studiert und sieht dieselben ebenso, wie Wegner, Reichel, später Tietze, Lennander u. A., erstens — in der Fähigkeit des Peritoneums Adhärenzen zu bilden, zweitens — in der Resorptionsfähigkeit, drittens — in der Function der Endothelzellen und der hinströmenden Leukocyten. Nunmehr stand die Tatsache fest, die auch bis zum heutigen Tage allgemein bekannt ist, dass hoch virulente, pathogene Mikroorganismen und der Darminhalt mit seinen Bakterien eine tötliche Bauchfellentzündung hervorzurufen imstande sind, wenn auch ein gesundes Peritoneum mit einem beträchtlichen Teil der Infection fertig werden kann, ohne dass das Tier dabei zu Grunde geht.

Die weiteren experimentellen Arbeiten waren hauptsächlich dem Studium der Schutzmittel, die dem Peritoneum im Kampfe mit den Mikroorganismen zur Verfügung stehen, gewidmet. Die Anschauungen über den Hergang der Resorption im inficierten Bauchfell sind sehr verschiedenartig ausgefallen. Schnitzler und Ewald, Peiser haben gefunden, dass nach bakterieller Infection des Bauchfells eine Resorptionsverzögerung einsetzt. Clairmont und Haberer sind im Jahre 1905 der Ansicht, dass im Beginne der Peritonitis die Bauchfellresorption beschleunigt und erst in den Endstadien verlangsamt ist. Im Jahre 1906 ist eine Arbeit von Glimm erschienen, der die Anschauung, dass die Resorption bei vorgeschrittener Peritonitis, die zum Tode führt, verlangsamt ist, als nichtzutreffend bezeichnet. Ferner behauptet er, dass die Hemmung der Bakterienresorption insofern günstig auf den Verlauf der Peritonitis wirkt als das Tier mit der nur in der Bauchhöhle localisierten Infection eher fertig wird. Beim Studium der Wege, auf denen die Resorption aus der Bauchhöhle erfolgt, fand Recklinghausen nach Injectionen von Milch, Zinnober, Eidotter ins Peritoneum der Kaninchen die Lymphgefässe des centrum tendineum diaphragmatis mit den injicierten Stoffen erfüllt; auch die Untersuchungen von Notkin sprechen für die Resorption auf dem Lymphwege. Beck hatte im Jahre 1893 Zinnober, Russ in den parenchymatösen Organen nachgewiesen: diese Partikel seien, seiner Meinung nach, auf dem Wege des Blutkreislaufs dahingelangt. Starling und Tubby behaupten im Jahre 1894, „dass gelöste Farbstoffe, in seröse Höhlen gebracht, direct und rasch durch die Blutgefässse resorbiert werden." Heidenhain, Orlow, Klapp sind der Ansicht, dass die wesentlichen Resorptionswege der Peritonealhöhle in den Blutcapillaren gegeben seien. Aus den Arbeiten von Cohnstein, Hamburger, Klapp, Exner, Meisel, Clairmont und Haberer, Glimm kann man ersehen, dass das Aufsaugen sowohl auf dem Wege der Lymphbahnen als auch der Blutgefässe sich vollzieht.

Zu sehr interessanten Ergebnissen gelangten Klapp, Clairmont und Haberer, Peiser und Glimm, als sie die Resorption des Peritoneums durch verschiedene Umstände zu beeinflussen versuchten. Klapp hat, sich auf die Erfahrungen von Voit bei Injectionen von Milchzucker stützend, nachgewiesen, dass die Ueberlegenheit der Bauchfellresorption auf der grossen Oberfläche beruht, denn vergrössert man die subcutane Resorptionsfläche, so bleibt die Resorption kaum hinter der Bauchfellresorption zurück. Ferner zeigen seine Versuche, dass die Veränderungen der Blutverhältnisse, seien sie durch Eröffnung der Bauchhöhle, durch Application von Hitze und Kälte bedingt, auch Veränderungen in der Resorptionsgrösse nach sich ziehen. Clairmont und Haberer haben an ihren Tieren beobachtet, dass die vermehrte Peristaltik die peritoneale Resorption beschleunigt, dass nach trockenen Laparotomien die Resorption wesentlich verlangsamt ist und nach feuchten Laparotomien die Resorptionsverhältnisse weit weniger gestört sind; ferner constatierten sie die Tatsache, dass bei Ausschaltung des peritonealen Zwerchfellüberzuges sich eine hochgradige Verzögerung der Bauchfellresorption zeigt. Nachdem Peiser schon auf Grund seiner Experimente die Anschauung, dass die Resorptionskraft des Peritoneums ein Hauptschutzmittel des Körpers gegen die Entstehung einer Peritonitis sei, bekämpft und die Ansicht, dass das verzögerte Aufsaugen die Ausbreitung einer Bauchfellentzündung begünstigte, für irrig erklärt hatte, versuchte Glimm durch Eingiessen ins Peritoneum von Olivenöl und anderen Oelen die Bauchfellresorption bei Peritonitis zu hemmen. Durch die Sectionen der Tiere wies er ferner nach, dass die Lymphbahnen sich mit Oel gefüllt hatten und zur Aufnahme der Bakterien nicht mehr fähig waren.

Dem zweiten wichtigen Schutzmittel des Peritoneums gegen die Infection wendet sich Mikulicz' Schüler — Tietze zu. An 30. Experimenten hat er die Adhäsionsbildung im Peritoneum beobachtet und hält diese für wichtiger als die baktericiden Eigenschaften des peritonealen Serums, das von Ewald und Schnitzler und von Pfeffer als ein mächtiger Heilfactor bezeichnet worden ist. Was die baktericide Wirkung des Transsudats anbetrifft, so hat Schrader im Jahre 1903 nachgewiesen, dass dasselbe sich für bacterium coli und Staphylococcus pyogenes aureus als nicht baktericid gezeigt hat.

Hiermit glaube ich Ihnen, M. H., über die wichtigsten Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen referiert zu haben, auf welche sich unsere Anschauungen über die Entstehung, Verbreitung und Behandlung der acuten Peritonitis gründen. Hand in Hand mit den eben besprochenen Arbeiten entwickelte sich auch die operative Behandlung der peritonealen Erkrankungen, wodurch sich den Chirurgen die Gelegenheit bot, die Arten der Entstehung und der Verbreitung der Bauchfellentzündung zu studieren. Heutzutage wissen wir, dass eine Peritonitis in der Regel dadurch entsteht, dass es entweder zur Perforation eines in der Bauchhöhle gelegenen Organs oder mindestens zur Durchlässigkeit der Wandungen desselben kommt. Es sind auch Peritonitiden mit unklarer Aetiologie oder die sogenannten „idiopathischen" beobachtet worden, wie sie zum Beispiel neuerdings von Riedel und Hirschel beschrieben worden sind.

Ferner sind einzelne Fälle von metastaticher Streptococcen- und auch Pneumococcenperitonitis bekannt, wie man sie von Künzel, Reitter, M. v. Brunn, Jensen und Hagen publiciert findet. Dass die durch die Erkrankung oder Perforation des Wurmfortsatzes entstehende Bauchfellentzündung bei Weitem die häufigste Form darstellt, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. Recht häufig entsteht nach einer Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwürs ebenso eine Peritonitis, wie bei der Verletzung oder beim Durchbruch der Darmwand.

Eine geplatzte Gallenblase und entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane sind auch imstande, eine acute Peritonitis hervorzurufen. Eine Ruptur der Harnblase zieht eine Bauchfellentzündung nach sich, sobald der Harn sich in die Peritonealhöhle ergiesst.

Wenn wir noch einer, der schwersten Form von Peritonitis, die sich infolge einer acuten Pancreatitis ausbildet, gedenken, so wären damit alle die Momente angeführt, die bei der Entstehung einer acuten Peritonitis in Betracht kommen müssen. Die Erfahrungen auf diesem Gebiete haben gezeigt, dass der Verlauf der verschiedenen Formen von Bauchfellentzündungen nicht immer der gleiche ist. Müssen wir doch als relativ gutartige Formen die von den weiblichen Genitalorganen ausgehenden Gonococcenperitonitiden bezeichnen, ebenso wie sich die Pneumococcenperitonitis im Allgemeinen einer besseren Prognose als die übrigen eitrigen Bauchfellentzündungen, erfreut.

Nicht nur die Quelle, woher die Peritonitis entsteht, sondern auch die Beschaffenheit der Ursache, die eine Entzündung des Peritoneums zur Folge hat, ist in der Regel von hervorragendem Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung. Wir wissen, dass die häufigste Ursache einer Bauchfellentzündung in der Infection durch Mikroorganismen zu suchen ist. Silberschmidt hat gezeigt, dass Stoffwechselproducte der Bakterien, die Darmfermente und die festen Bestandteile der Fäces ohne Beimengungen von Mikroorganismen keine Peritonitis erzeugten.

Tavel und Lanz halten den Dünndarminhalt für gefährlicher als den Dickdarminhalt, weil der erstere eine Aufschwemmung von festen Partikeln darstelle, die bei der Perforation viel leichter in der Bauchhöhle sich verbreiten. C. Brunner hält die Art der Suspension der pathogenen Mikroorganismen für die Verbreitung der Peritonitis für sehr wichtig. Er hat sich ausser dem mit der durch Mageninhalt bewirkten Bauchfellentzündung sehr eingehend beschäftigt. Aus seinen Arbeiten folgt, dass die Intensität der Infection wechselt je nach dem Grade der noch vorhandenen Virulenz und der Menge der austretenden Keime. Ferner hat C. Brunner den Beweis geliefert, dass der stark salzsaure Mageninhalt viel weniger infectiös ist als salzsäurearmer. Um die Infectiosität des menschlichen Darminhalts zu studieren, hat C. Brunner denselben zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedener Nahrung in genau abgemessenen Mengen in den Bauch der Kaninchen gebracht. 1 ccm. des menschlichen Darminhalts bewirkte fast ausnahmslos den Tod des Tieres, während bei einem salzsauren und hyperaciden Mageninhalt des Menschen Quantitäten von 20 ccm. vertragen wurden. Auf diese Weise wirkte der menschliche Darminhalt durch die Giftigkeit seiner Bakterien ungefähr ebenso auf das Peritoneum der Versuchstiere, wie der Magensaft eines anaciden an Carcinom erkrankten Magens. C. Brunner folgert daraus, dass auch der Inhalt eines gesunden und eines erkrankten Darms sich in bakterieller Hinsicht unterscheiden muss.

Die bakteriologischen Befunde bei der Peritonitis ergeben in der Regel Mischinfectionen, an denen sich verschiedene Arten von Mikrobien beteiligen. Der Versuch, wie ihn zum Beispiel Haim gemacht hat, das klinische Bild einer Streptococcenerkrankung des Wurmfortsatzes vom Colitypus zu unterscheiden, hat wenig Anklang gefunden. Jedenfalls sprechen die von Cohn aus der Körteschen Abteilung, dann von Mannel und Franke publicierten Tatsachen gegen die Möglichkeit einer derartigen Differentialdiagnose. Nach Frankes Ansicht verschlechtert die Anwesenheit namentlich der Streptococcen im Exsudat der Bauchhöhle bedenklich die Prognose.

Friedrich wendet sich gegen den Ausdruck „Virulenz" der Infection und meint bei der Entstehung der Peritonitis den anaëroben Bakterien eine grosse Bedeutung zuschreiben zu müssen; diese sind zuerst von Veillon und Zuber 1898 bei der perityphlitischen Peritonitis in den Vordergrund gestellt worden, auch Vrogius hat ihnen eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Doch kann man den anaëroben Bakterien fürs Erste insofern noch keine grosse Bedeutung beimessen, als, wie auch C. Brunner und Franke meinen, über das Wesen der Darm-Anaëroben bis jetzt noch sehr wenig bekannt ist. Wenn wir theoretisch auch zugeben müssen, dass es leichtere und schwerere Formen je nach der Art der Infection und Virulenz der Bakterien geben muss, so sind wir heute noch weit davon entfernt, in jedem einzelnen Fall von Peritonitis auf Grund von bestimmten und sicheren Symptomen diese Formen auseinanderhalten zu können.

Eine recht wesentliche Rolle bei der Therapie der Peritonitis spielt auch die Art der Ausbreitung der entzündlichen Processe in der Bauchhöhle. Hiermit kommen wir auf einen Punkt zu sprechen, der in der Literatur bis jetzt noch nicht einheitlich entschieden ist. Die Schwierigkeit in der Unterscheidung der verschiedenen Formen von Ausbreitung der Peritonitis beruht darauf, dass man in der Praxis meist auf solche Fälle stösst, wo eine Form in die andere übergeht, so dass die Grenzen mit Sicherheit nicht zu ziehen sind. Nichts desto weniger ist schon im Jahre 1888—89 von König, Witzel, Mikulicz eine Form von Peritonitis hervorgehoben worden, die Witzel als „peritoneale Sepsis", Mikulicz als „diffuse septische Peritonitis" bezeichnet. Diese rapid verlaufende Infection des Peritoneums führt gewöhnlich in 24—48 Stunden zum Tode. Bei der Autopsie findet man in der Bauchhöhle meist kein Exsudat oder nur in spärlichen Mengen, die Serosa erscheint stark injiciert, und nur in dem beim Abstreichen der Serosa gewonnenen Ausstrichpräparat lassen sich die pathogenen Mikroorganismen nachweisen. Witzel unterscheidet ferner von der peritonealen Sepsis die „eitrig-jauchige Peritonitis" und als dritte Form die „eitrige Peritonitis", die gewöhnlich zur Abkapselung des Eiters, also zu einem Abscess führt. Aehnlich steht Mikulicz, indem er von einer „progredienten, fibrinös eitrigen" und von einer dritten Form — oder richtiger einer günstigen

Abart der zweiten, der „circumscripten eitrigen Peritonitis" spricht. Anders stellen sich Tietze, Burkhardt und Lennander zur Frage. Sie legen vor Allem das Gewicht darauf, ob der entzündliche Process, welcher Art er auch sei, ob serös, sero-fibrinös, fibrinös-eitrig, eitrig-jauchig oder septisch, im Peritoneum durch Adhäsionen begrenzt oder unbegrenzt ist. Für die begrenzten Entzündungen schlagen sie die Benennung „circumscripte" oder „abgekapselte" Infection des Peritoneums vor zum Unterschied von der unbegrenzten, die von Burckhardt als „fortschreitende", von Lennander als „diffuse" oder auch „freie", „Peritonitis libera" bezeichnet wird.

Während nun von einigen Autoren die Benennung „diffus" mit der Bezeichnung „allgemeine" oder nach Lennander „totale" Peritonitis als gleichbedeutend gebraucht wird, sind viele gegen die Verwechselung dieser Formen aufgetreten, da dieselben, wie wir später sehen werden, in Bezug auf die Prognose und Therapie doch verschieden sich verhalten können. Bei den Frühoperationen infolge von acuter Appendicitis hat man die Tatsache constatieren können, dass eine Perforationsperitonitis in den ersten Stadien der Entwickelung nicht abgekapselt, also diffus ist; im weiteren Verlauf kann sie sich entweder abgrenzen oder fortschreiten und endlich die ganze Bauchhöhle befallen, das heisst, sich zu einer allgemeinen oder totalen Peritonitis ausbilden. Es sind aber auch zweifellos solche Formen beobachtet worden, wo im Moment der Perforation der Infectionsstoff sich sofort über die ganze Bauchhöhle oder einen sehr grossen Teil derselben ergiesst, wonach dann eine allgemeine Peritonitis entsteht, oder sich multiple, abgegrenzte Eiterherde ausbilden.

Zwischen der „freien" oder „diffusen" Peritonitis einerseits und der „totalen" oder „allgemeinen" andererseits sind verschiedene Uebergangsformen von „fortschreitender", oder wie Lennander sie nennt, „peritonitis migrans" möglich, die sich bald trotz der Adhäsionen, bald ohne dieselben über die Bauchhöhle allmählich ausbreiten. Lennander vergleicht sie mit dem wandernden Erysipel, „Erysipelas migrans" und meint, dass die Ausbreitung durch die Lymphangitis acuta migrans in der Subserosa oder durch Herumfliessen von Exsudat innerhalb der Bauchhöhle sich vollzieht. Bei der operativen Behandlung der diffusen Entzündungen des Bauchfells haben wir die Erfahrung gemacht, dass eine freie eitrige Peritonitis leichter zu beherrschen ist, falls sie sich nur auf einen Teil der Bauchhöhle und nicht auf das ganze Peritoneum erstreckt. Die eitrige Bauchfellentzündung, die sich auf die untere Bauchgegend beschränkt, ist nicht so lebensgefährlich wie die acute eitrige Peritonitis in der oberen Bauchgegend.

In den Versuchen von Clairmont und Haberer finden wir vielleicht auch die Erklärung dafür; sie haben nämlich nachgewiesen, dass durch die Ausschaltung des peritonealen Zwerchfellüberzuges eine Verlangsamung der Bakterienresorption aus der Bauchhöhle stattfindet. Nach Glimm bleiben aber die Tiere bei der gehemmten Bakterienresorption eher am Leben.

Wenn ich jetzt endlich zur Frage der Therapie der allgemeinen, eitrigen Peritonitis übergehe, so muss ich gleich hier hervorheben, dass ich alle die abgekapselten Formen, dann die eitrigen Bauchfellentzündungen, die von den weiblichen Genitalien ausgehen, in meinem Referat nicht berücksichtigen werde, obgleich gerade die letzten von chirurgischer Seite, mit Rehn an der Spitze, nach denselben Principien wie jede andere diffuse oder allgemeine eitrige Peritonitis, behandelt werden. Auf die Diagnose der diffusen und allgemeinen Peritonitis kann ich hier auch nicht näher eingehen, da es nicht zu meinem eigentlichen Thema gehört, nur so viel möchte ich sagen, dass wir jetzt allgemein verlangen dürfen, dass die Diagnose nicht erst am dritten oder vierten Tage nach einer Perforation gestellt wird, wo der Leib schon trommelartig aufgetrieben, der Puls von 120 Schlägen in der Minute und der Patient schwach und verfallen ist, sondern gleich im ersten Stadium der Erkrankung, in den ersten Stunden nach der Perforation, wo die Peritonitis wohl diffus, aber noch nicht allgemein oder total ist, muss der Patient in die chirurgische Behandlung übergeben werden. Brettharter, eingezogener Leib, unerträgliche, plötzlich einsetzende Schmerzen, Erbrechen und oft zuerst mässige Beschleunigung des Pulses sind allarmierende Zeichen und genügen uns vollständig zur Diagnose einer beginnenden diffusen Peritonitis. Finden wir dagegen einen hochgradig aufgetriebenen Leib, Puls von 120, verfallenes Aussehen des Patienten, graue Gesichtsfarbe und Halo unter den Augen, so sind wir sicher, dass die Bauchfellentzündung sich über das ganze Peritoneum erstreckt, und unser Handeln bleibt dann meist erfolglos. Die Mahnung Riedels, namentlich bei Kindern mit der Diagnose „Darmkatarrh" vorsichtig zu sein, nicht regellos von Abführmitteln Gebrauch zu machen und möglichst frühzeitig den Chirurgen zuzuziehen, kann nicht eindringlich genug wiederholt werden.

Auch Körtes Worte sind nach dieser Richtung hin beherzigenswert, wenn er schreibt: „wird der Patient nach erfolgtem Durchbruch erst „beobachtet", bis sichere Zeichen von Bauchfellentzündung aufgetreten sind, dann steht zwar die Diagnose ganz fest, die Prognose aber auch, und die ist umso ungünstiger, je weiter sich der Operationstermin von dem Momente des Durchbruchs entfernt". Vor Anwendung von Abführmitteln, meint Körte, kann nicht genug gewarnt werden. Von diesen Erwägungen geleitet, tritt er auch, ebenso wie Lennander, gegen die Morphiuminjectionen auf, welche ein „trügerisches Wohlbefinden" des Patienten zur Folge haben, wodurch „der Ernst der Situation verschleiert wird". Soll also von einer erfolgreichen Therapie der eitrigen Peritonitis überhaupt die Rede sein, so muss, meiner Ansicht nach, neuerdings unbedingt verlangt werden, dass bei jeder plötzlich einsetzenden, stürmischen abdominellen Erkrankung, die mit den Zeichen des peritonealen Reizes einhergeht, ein Chirurg gleich im Beginn des Leidens die Möglichkeit hat, die Indication zur conservativen oder operativen Behandlung zu stellen. Diese wichtige Forderung wird noch immer nicht genügend befolgt, und allzu häufig wird der Patient erst dann dem Chirurgen überwiesen, wo alle Symptome der allgemeinen oder totalen Peritonitis unzweideutig vorhanden sind.

Wie kann es auch anders sein, wenn in der Literatur immer wieder solche verwirrende Vorschläge gemacht werden, wie neuerdings von Katzenstein, der eine acute Peritonitis nach Appendicitis mit beginnender Sepsis mit Kochsalzklystieren zu behandeln empfiehlt. Mit Recht wird dieser Vorschlag von chirurgischer Seite sehr energisch zurückgewiesen, ebenso wie die von Sonnenburg empfohlene Ricinusbehandlung bei den Chirurgen jedenfalls wenig Anklang gefunden hat. Schon im 18-ten Jahrhundert sind, wie aus der Arbeit von A. G. Richter (Wien 1762) folgt, die ersten Versuche gemacht worden, die Peritonitis auf operativem Wege zu heilen. Im Jahre 1876 hatte F. Kaiser auf Kussmauls Anregung hin 15 operativ behandelte Fälle zusammengestellt. Im Jahre 1882 operierte Rose auf Leydens Veranlassung eine diffuse Peritonitis mit negativem Resultate. Leyden war es auch, der im Jahre 1884 im Verein für innere Medicin zu Berlin an die Chirurgen geradezu die Aufforderung ergehen liess, Fälle von Perforationsperitonitis operativ zu behandeln. Im Jahre 1885 publicierten Mikulicz, Krönlein, Lücke ihre Operationsresultate, nachdem es ihnen gelungen war, manche scheinbar hoffnungslose Fälle von

diffuser Peritonitis durch Operation zu heilen. So wird diese Frage weiter durch eine lange Reihe von klinischen und experimentellen Arbeiten gefördert, in denen die Gesichtspunkte niedergeschrieben sind, die bei der Therapie der allgemeinen, eitrigen Peritonitis in Betracht kommen.

Wir bezwecken mit unserem operativen Vorgehen bei der allgemeinen Peritonitis dreierlei: erstens suchen wir den Ausgangspunkt der Entzündung auf und sind bestrebt, die Infectionsquelle unschädlich zu machen; zweitens befreien wir die Bauchhöhle vom infectiösen Material, indem wir das Exsudat herausschaffen, und drittens sorgen wir für einen möglichst freien Abfluss der nachträglichen Secretion durch Tamponade oder Drainage. Zu diesem Zweck legen wir einen Laparotomieschnitt so an, dass wir den Ausgangspunkt der Peritonitis bequem erreichen können, andererseits müssen wir von unserem Schnitt aus die ganze inficierte Partie der Bauchhöhle übersehen können, denn nur so sind wir imstande, die Grenzen des Processes zu bestimmen und die Bauchhöhle vom Infectionsmaterial radical zu befreien. Die Perforationsöffnung wird vernäht, oder wenn es nicht möglich ist, wie es bei Magengeschwüren z. B. oft der Fall ist, durch andere Mittel von der Bauchhöhle abgeschlossen. Sodann gehen wir zu einer möglichst schonenden Befreiung der Bauchhöhle vom Exsudat und Eiter über. Hierbei teilen sich die Chirurgen in die Anhänger der Spülmethode, wie sie von Rehn und seinen Schülern Nötzel, Bode am eifrigsten verteidigt wird und in Bonheim, Lennander, C. Brunner, Fried. Brunner, Körte, Eiselsberg, Kümmel, Narrath (Hirschel), Kausch (Nordmann) ihre Anhänger findet. Dagegen war Reichel einer der ersten, der auf Grund seiner Experimente die „Spülerei — eine Spielerei" nannte. Mit Reichel gegen das Ausspülen der Bauchhöhle sind Madelung (Guleke), Friedrich, Mikulicz, Tietze, B. v. Beck, Sprengel, Moskowitz, Rotter, Barker, Krogius, Merkens, Doyen, Weber, Trendelenburg. Die Anhänger der Spülmethode versuchen an der Hand ihrer Statistiken zu beweisen, dass durch sie bessere Resultate erzielt werden. Rehn hält sie für die schonendste Art, auf die man die Bauchhöhle vom Eiter befreien könne. Sämtliche Bakterien, die sich auf der Serosa befinden, können selbstverständlich nicht entfernt werden, aber mit dem Rest, meint Körte, könne das Peritoneum unter Umständen fertig werden. Das Tupfen und Wischen schädige dagegen die Serosa und schaffe auf diese Weise ungünstige Verhältnisse zur Heilung.

Dagegen haben mehrere Chirurgen, B. v. Beck zum Beispiel, die Spülmethode aufgegeben und sind zum Tupfen übergegangen. Sie sind der Meinung, dass das Spülen keinen wesentlichen Nutzen bringe, wohl aber nach der Richtung hin schädlich zu werden drohe, als dadurch die noch nicht inficierten Partien des Peritoneums verunreinigt werden können. Ausserdem verlängere die Spülerei die Operationsdauer und verursache leicht einen Shock. Clairmont und Haberer dagegen haben bei ihren Experimenten die Beobachtung gemacht, dass der Zustand des Bauchfells bei gespülten Tieren ein besserer war als bei den nicht gespülten. Rehn und Körte eventrieren während der Spülung die Gedärme, Kotzenberg, Nordmann u. A. suchen nach Möglichkeit die Eventration und die Abkühlung des Darmes zu vermeiden. Was die weitere Versorgung der Bauchhöhle anbetrifft, so hält Mikulicz und mit ihm viele andere die Drainage für schädlich und benutzen die Tamponade und offene Wundbehandlung, um auf diese Weise die Peritonealhöhle trocken zu halten. Rehn und seine Anhänger legen einen grossen Wert auf den intraabdominellen Druck, der das Secret im Drain aufsteigen und auf diese Weise abfliessen lässt. Sie vernähen daher, um diesen intraabdominellen Druck wiederherzustellen, die Wunden bis auf das Loch, wo sie das Drain hinausleiten.

In der Discussion auf dem letzten Chirurgencongress in Berlin erklärte Sprengel (mit Woermann), dass es einen intraabdominellen Druck nicht gebe; demgegenüber betonte Rehn, dass er wohl an einen intraabdominellen Druck glaube. „Man könne durch zu hohen Zwerchfellstand sogar daran sterben". Im Ganzen mehren sich in der letzten Zeit die Anhänger der Behandlung mit Drainage, wenn auch Nordmann auf dem letzten Chirurgencongress die Ansicht ausgesprochen hat, die Drainage nach Rehn erleichtere eher den postoperativen Verlauf, bessere aber nicht so sehr die Resultate. Die schwereren Peritonitiden wurden mit Tamponade behandelt. Dabei hat Nordmann Resultate gesehen, die denjenigen gleich sind, die durch die Rehnsche Drainage aber bei den leichteren Erkrankungen des Peritoneums an seinem Material erzielt wurden. Bei schweren Peritonitiden rät Nordmann daher zu einer ausgedehnten Eröffnung der Bauchhöhle. Die Bauchdeckenabscesse, die er an den vernähten Wunden fast regelmässig beobachtete, veranlassen ihn auch, der offenen Wundbehandlung das Wort zu reden.

Bei der Nachbehandlung wird von allen Autoren auf die Lagerung des Patienten ein besonderes Gewicht gelegt. Bei der Drainage des kleinen Beckens ist es wichtig, dass das Becken gesenkt wird, damit die Secretion die Möglichkeit hat, nach dem Gesetz der Schwere dorthin abzufliessen und von dort durch das Drain nach aussen abgeleitet zu werden. Die Durchspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung durch die Drains, wie sie Rehn zuerst vorgeschlagen hatte, und wie sie Bode beschreibt, scheinen neuerdings nicht mehr gemacht zu werden; jedenfalls hat Nötzel auf dem letzten Chirurgencongress ihrer keine Erwähnung getan. Es ist auch kaum möglich, von einer Durchspülung der Bauchhöhle in der Nachbehandlung zu reden, da erfahrungsgemäss die entzündeten Darmschlingen sehr bald nach der Laparatomie mit einander verkleben, so dass die Spülflüssigkeit wohl nur die Stelle berieseln kann, wohin die Drains münden, die übrige Bauchhöhle aber bleibt von der Spülung ausgeschlossen.

Um die Darmlähmung, die als Folge einer Peritonitis auftritt und oft einen sehr hartnäckigen Charakter annimmt, mit Erfolg zu bekämpfen, haben Heidenhain mit seinem Assistenten Busch und auch Lennander eine Enterostomie vorgeschlagen. Jedoch lässt uns diese Massregel ebenso wie das Einbringen von Laxantien in den peritonitisch geblähten Darm, oder die Injectionen von Physostigmin in der Regel im Stich, worauf Nötzel und Nordmann besonders hingewiesen haben. Man muss sich Nötzel daher vollständig anschliessen, wenn er behauptet, dass erst, wenn die peritoneale Infection überwunden ist, die Darmlähmung von selbst schwindet. Viel mehr Wert wird allgemein bei der Nachbehandlung auf die Magenspülung beim bestehenden Erbrechen und auf Kochsalzinfusionen, sowohl subcutane, als auch direct in die Vene applicierte gelegt. Die von Heidenhain empfohlenen Kochsalzinfussionen mit Adrenalin sind neuerdings von H. Heineke experimentell nachgeprüft worden. Dieser stützte sich auf die Ergebnisse von Romberg und Pässler, dass die Circulationsstörungen, die dem Collaps bei acuten Infectionskrankheiten zu Grunde liegen, durch eine centrale Lähmung der Vasomotoren bedingt sind; die Folgeerscheinung davon nach dem treffenden Ausdruck von Ludwig ist die, dass die Kranken bei der Peritonitis in ihre eigenen Bauchgefässse hinein verbluten. Diese Beobachtungen stehen übrigens im Gegensatz zu den

interessanten experimentellen Untersuchungen von Friedländer, der an Tieren nachwies, dass der Verlauf der Peritonitis bei intactem Vagus ein schnellerer ist als bei zerstörtem Vagus. Friedländer nimmt daher an, dass die auf der Bahn des Vagus verlaufenden reflectorischen Einflüsse für den schnelleren Verfauf der Erkrankung verantwortlich gemacht werden müssen. Strehls Versuche bestätigen wiederum nicht die von Friedländer ausgesprochenen Ansichten. Strehl meint, dass man eine „nähere Aufklärung über diese Dinge erst erwarten kann, wenn man sich über die Sensibilitätsverhältnisse der Bauchhöhle völlig im klaren ist". Die Arbeiten von Lennander, Buch und neuerdings von Hotz und Ritter beweisen, dass auch in der Frage der Sensibilität der Bauchhöhle keine Einigung erzielt ist. Während zum Beispiel Lennander gefunden hat, dass nur das Peritoneum parietale schmerzempfindlich, sonst aber ein Gefühl in der Bauchhöhle nicht vorhanden ist, behauptet Ritter neuerdings, dass das Tier ein ausgesprochenes Schmerzgefühl in allen Organen der Bauchhöhle besitzt, und dass gefässreiche Stellen besonders empfindlich sind. Am schmerzhaftesten und empfindlichsten seien die Gefässe selbst und ihre Unterbindung. Was nun die Wirkung des Adrenalins auf das vasomotorische Centrum beim Collaps anbetrifft, so hat Heineke durch seine Experimente neuerdings nachgewiesen, dass die intravenöse Injection von Adrenalin den Blutdruck in jedem Stadium des peritonitischen Collapses um das Mehrfache steigert, aber die Blutdrucksteigerung dauert nur wenige Minuten. Wenn also nach einer Adrenalin-Kochsalzinfusion eine länger dauernde Drucksteigerung eintritt, so sei dieser Effect wahrscheinlich nicht dem Adrenalin, sondern der Kochsalzinfusion zu zuschreiben.

Ueberhaupt sind nach Heinekes Erfahrung die Resultate der Kochsalzinfusionen nicht constant, und versagt ihre Wirkung bei schweren Peritonitiden und bei peritonealer Sepsis. Dass es sich mit den Kochsalzinfusionen tatsächlich so verhält, wie Heineke sagt, wird wohl jeder bestätigen können, der in der Behandlung der allgemeinen Peritonitis eine Erfahrung hat. Die conservative Behandlung der allgemeinen eitrigen Peritonitis ist zu Gunsten der operativen fast allgemein verworfen worden. Die meisten nicht operierten Fälle sterben; wenn welche am Leben bleiben, so ist kein Beweis zu erbringen, ob es sich auch wirklich um eine allgemeine eitrige Peritonitis oder nicht vielleicht viel eher um eine diffuse peritoneale Reizung, die unter Priessnitz, Eisbeutel und Ruhe zurückgeht, gehandelt hatte.

Somit habe ich Ihnen, m. H., die wichtigsten Gesichtspunkte, von denen wir uns bei der Behandlung der allgemeinen Peritonitis leiten lassen, auseinandergesetzt.

Es erübrigt mir noch, Ihnen an der Hand der neuerdings bekannt gewordenen Statistiken zu zeigen, was die Chirurgie in dieser Frage tatsächlich geleistet hat und auf welchem Wege der Kampf gegen die allgemeine Peritonitis gefördert werden kann. Mit Recht wird hierbei allgemein verlangt, dass nur grössere Zahlenreihen aus einer und derselben Klinik zur Beurteilung der Frage herangezogen werden, und nicht einzelne hier und da glücklich behandelte Fälle, obwohl auch diese jedenfalls zum Beweise dafür dienen können, dass der Sieg im Kampfe gegen die allgemeine eitrige Peritonitis unter gewissen Umständen nicht aussichtslos ist.

Betrachten wir erst auf der Tabelle I die Zahlen, die die Heilungen der Bauchfellentzündung nach einer Appendicitis betreffen:

Autor.	Zahl der Fälle.	% Heilungen.
1) Klauber	56	94,8
2) Hotschkis	43	88
3) Témoin 1905	112	87
4) Kotzenberg (Kümmel)	21	81,5
5) Guleke (Hadelung) 1908	20	75
6) Nötzel (Rehn) 1909	256	71
7) Fowler 1904	98	67
8) Nötzel 1891—1809	308	64
9) Vrogius 1905	128	59
10) Merkens (Sonnenburg)	—	59
11) Nordmann (Kausch) 1909	52	54
12) Hirschel (Narrath) 1908	65	46

Der Procentsatz von 94,8 % ist ein auffallend hoher, er kann nur dadurch erklärt werden, dass die Statistik sich nicht allein auf Fälle von allgemeiner eitriger Peritonitis bezieht, sondern auch leichtere und nicht weit ausgearbeitete Formen mitgerechnet worden sind.

Ferner sehen wir den Procentsatz der Heilungen bei den operativ behandelten Peritonitiden nach einem perforierten Magengeschwür:

Autor.	Anzahl der Fälle.	% Heilungen.
1) Mayo	13	70
2) Körte 1906	19	68
3) Nötzel 1909	27	63
4) Caird	18	61
5) Fr. Brunner gesamml. F. 1903	253	60
6) Nordmann 1909	5	60
7) Bonheim	16	56
8) Barker	14	43
9) Krogius 1905	22	41
10) v. Eiselsberg	12	41
11) v. Eiselsberg	8	38
12) Kümmel	14	36
13) Pariser 1896	99	33
14) Hirschel (Narrath) 1908	6	33
15) Körte 1896	57	20

Aus allen den Statistiken ist ersichtlich, dass die Resultate der operativen Behandlung der neueren Zeit sich im Vergleich zu den früheren Statistiken bedeutend gebessert haben.

Ferner sind die meisten Autoren mit Körte der Ansicht, dass in den ersten 24 Stunden die günstigste Prognose für die Operation besteht. Diese Tatsache ist aus folgender Zusammenstellung von Zahlen zu ersehen:

	Krogius 1907.			1908.	
	nach Perityphl.	Magenperforation	verschied. Ursprung.	Hirschel.	Beck.
in 36 Stunden:	76%	50%	57%		78%
in 8 Tagen:	55%	25%	29%	73%	73—50%
am 4. Tage:	24%	50%	22%	44%	4%
am 5. Tage:				30%	
am 8. Tage u. später:				13%	

Wie es mit den Unterschieden in den Resultaten bei verschiedenen Behandlungsmethoden bestellt ist, sieht man aus der Tabelle, die Guleke zusammengestellt hat:

Mit Spülung.		Ohne Spülung.	
Nötzel	54% Heil.	Guleke	75% Heil.
Kotzenberg	81,5% „	Friedrich	77,7% „
Hotschkis	88% „	Klauber	94,8% „

Friedrich Brunner hat aus der Literatur 253 Fälle von allgemeiner Peritonitis nach Magenperforation gesammelt, von denen:

gewischt sind 58 mit 73% Heilungen.
gespült „ 195 „ 56% „

Allerdings betont Brunner, dass die besseren Resultate, die beim einfachen Auswischen der Bauchhöhle erzielt worden sind, dadurch zu erklären seien, dass es sich dabei um leichtere Formen gehandelt habe. Schwere allgemeine Peritonitiden, wo grosse Mengen von Eiter in der ganzen Bauchhöhle verteilt sind, liessen sich nur durch Ausspülung beherrschen. Die von Guleke zusammengestellte Tabelle zeigt, dass weder die eine noch die andere Methode einen besonderen Vorzug hat.

Wenn wir ferner die Zahlen der ersten 2 Tabellen mit einander vergleichen, so fällt uns der Umstand auf, dass sowohl der höchste Procentsatz der Heilungen der operativ behandelten Peritonitiden nach Appendicitis 94,8 als auch der niedrigste 46% circa um 24—26% höher ist als der Procentsatz der Heilungen der Bauchfellentzündungen nach einer Magenperforation, wo die höchste Ziffer 70%, die niedrigste aber nur 20% beträgt. Das genaue Studium der Krankengeschichten gibt einem den Aufschluss inbezug auf diese Tatsache, indem wir uns durch die publicierten Krankengeschichten davon überzeugen können, dass in die Statistik der Blinddarmperitonitiden auch Fälle hineingenommen sind, in denen es sich nicht um eine allgemeine, totale sodern nur um eine beginnende diffuse Bauchfellentzündung gehandelt hatte, wogegen nach Magenperforationen mehr die Formen von allgemeiner Peritonitis beobachtet werden. Also auch hierin müssen wir einen Beweis dafür erblicken, dass zur Feststellung der tatsächlichen Heilerfolge bei der operativen Behandlung der allgemeinen eitrigen Peritonitis die beginnenden diffusen Formen aus der Statistik ausgeschlossen werden müssen.

Auf Grund alles Angeführten und der eigenen praktischen Erfahrung auf diesem Gebiete möchte ich zum Schluss noch meine Ansicht kurz folgendermassen zusammenfassen: durch einen frühzeitigen, womöglich in den ersten Stunden der Erkrankung, unternommenen operativen Eingriff können Patienten mit allgemeiner, eitriger Bauchfellentzündung gerettet werden. Da der Procentsatz der geheilten Fälle mit der Zeit wächst, so muss die operative Behandlung der allgemeinen eitrigen Peritonitis als die einzig richtige betrachtet werden. Nur bei vollständig hoffnungslosen Fällen muss von der Operation Abstand genommen werden. Die nach dem 3. Tage der Erkrankung zur Operation gelangten Fälle geben einen geringen Procentsatz der Heilungen. Der auffallend grosse Procentsatz von geheilten Fällen, wie er in mehreren Arbeiten der letzten Zeit publiciert worden ist, erklärt sich dadurch, dass in sehr vielen Statistiken die diffusen Formen von Peritonitis mit denen der allgemeinen oder totalen Bauchfellentzündung zusammengeworfen werden (Kotzenberg, Krogius u. A.).

Die Operateure, die von einem kleinen Schnitt aus in der Ileocoecalgegend oder in der Mittellinie unterhalb des Nabels operieren, können nicht mit Sicherheit eine allgemeine oder totale, sondern nur eine locale Bauchfellentzündung diagnosticieren. Die Peritonitis, die sich nur über die untere Bauchgegend ausbreitet, wird prognostisch unter viel günstigeren Bedingungen operiert als diejenigen Formen, die in der oberen Bauchgegend entstehen. Die über die ganze Bauchhöhle sich ergiessenden eitrigen Entzündungen haben die schlechteste Prognose. Der Schwerpunkt der Behandlung ist nicht auf die Methode sondern auf die möglichst frühzeitige Befreiung der Bauchhöhle von den Infectionsstoffen zu legen. Bei der allgemeinen, eitrigen Peritonitis muss die Spülmethode als die schonendste und rationellste bezeichnet werden. Die beginnenden, diffusen Bauchfellentzündungen können auch durch einfaches Austupfen zur Heilung gebracht werden, die Spülung ist hier mit gewissen Gefahren für den nicht inficierten Teil der Bauchhöhle verbunden.

Die frischen Formen von diffusen Peritonitiden, die in den ersten Stunden operiert werden, heilen, falls die Infectionsquelle radical beseitigt ist, auch ohne Drainage und Tamponade. Bei vorgeschritteneren und schweren Formen muss für den Abfluss des Secrets durch Tamponade oder Drainage unbedingt gesorgt werden. Ueber Eingiessungen von sterilem Oel in die Bauchhöhle bei einer allgemeinen Peritonitis, liegen noch zu wenig Erfahrungen vor. Wenn Wegner im Jahre 1876 den Ausspruch getan hat: er und seine Zeitgenossen seien" alle noch in der Furcht vor dem Herrn und dem Peritoneum erzogen worden", so trifft für die heutige Zeit Beides nicht mehr ganz zu. Das inficierte Peritoneum wird heute jedenfalls von Chirurgen mit aller Energie behandelt und oft auch mit Erfolg.

In diesem schweren Kampf aber brauchen wir Chirurgen Ihre Unterstützung, m. H., und auf Grund der bekannt gewordenen wissenschaftlichen Tatsachen darf diese zielbewusste Unterstützung uns von Ihnen nicht versagt werden. Nur wenn gleich in den ersten Stunden einer stürmisch einsetzenden, auf Perforation irgend eines Organs verdächtigen, abdominellen Erkrankung ein Chirurg die Indication zur conservativen oder operativen Behandlung stellt, kann auch bei uns die Anzahl der geheilten Fälle wachsen.

Dagegen dürfen im letzten Augenblick auf eine Rettung der Patienten durch eine Operation die Collegen nicht mehr rechnen, welche das „Abwarten" bei Morphium, Opium oder Ricinusöl noch immer für die richtigste Methode der Behandlung halten.

Die Diagnose und Therapie des Highmorshöhlenempyems.

Vortrag, gehalten auf dem I Balt. Aerztecongress zu Dorpat, August 1909.

Von

Dr. R. v. Rimscha.

M. H! Aus dem grossen Capitel „Empyem der Highmorshöhle" habe ich die Diagnose und Therapie herausgegriffen, aber auch selbst diese Abschnitte beabsichtige ich nicht erschöpfend zu behandeln, sondern will Ihnen im wesentlichen meine Erfahrungen zur Discussion unterbreiten. Ich werde daher die Literatur nur flüchtig berühren und meine eigenen Erfahrungen in den Vordergrund stellen, um auf diese Weise der Discussion die breiteste Basis einzuräumen.

Für die Diagnose „Highmorshöhlenempyem" galt früher Eiter im mittleren Nasengang als die conditio sine qua non. Fand man Eiter im mittleren Nasengang, so versuchte man mit einer gebogenen Canüle durch das foramen maxillare öder das foramen accessorium in die Highmorshöhle einzugehen und dieselbe auszuspritzen. Die Spülflüssigkeit war für die Diagnose massgebend. Ein bedeutender Schritt vorwärts war die Einsicht, dass Highmorshöhlenempyeme bestehen können, ohne dass man Eiter im mittleren Nasengang nachzuweisen imstande ist. Da das Einführen einer Canüle durch das foramen maxillare oder accessorium sich häufig als äusserst schwierig, ja zuweilen unmöglich gestaltete, so versuchte man auf andere Weise, durch Hilfsmethoden, die Diagnose zu stellen. Ich erwähne kurz: die Durchleuchtung, die besondere Kopfstellung, den Politzer resp. negativen Politzer und die Röntgenaufnahme. Doch alle diese Hilfsmethoden erwiesen sich als mangelhaft; zur sichern Diagnose gehört die Prüfung des Inhaltes der Highmorshöhle. Falls die Ausspülung durch die natürliche Oeffnung misslingt, so durchbricht man die dünne

Wandung der Highmorshöhle mit einem Troicart, um darauf den Inhalt der Höhle zu prüfen. Ja die Probepunction ist eine so einfache und schmerzlose Manipulation, dass man den Versuch, die Highmorshöhle durch die natürliche Oeffnung auszuspülen, nicht nur ganz unterlassen kann, sondern sogar häufig unterlassen soll. Ob die Probepunction durch den unteren oder mittleren Nasengang gemacht werden soll, ist eine offene Frage. Ich selbst mache sie durch den untern Nasengang, nachdem ich einmal beim Eingehen durch den mittleren Nasengang einen höchst peinlichen Zwischenfall erlebt habe. Vor Jahren, als die Probepunction noch nicht allgemein geübt wurde, wandte sich an mich eine alte Dame mit einseitigen Nasenbeschwerden. Reichlicher Eiter im mittleren Nasengang liess ein Highmorshöhlenempyem vermuten. Nachdem in der cocanisierten Nase die Sonde die natürliche Oeffnung frei passierte, versuchte ich mit der sogen. englischen Spritze die Highmorshöhle auszuspritzen. Als bei leichtem Druck die Spritze nicht functionierte und die Pat. über Schmerzen im Auge klagte, entfernte ich sofort die Canüle. Nach wenigen Stunden trat Exophthalmus mit äusserst heftigen Augen- und Kopfschmerzen auf, und erst nach mehreren Tagen gingen unter Compressen die Beschwerden zurück. Der äusserst dünne Knochen im mittleren Nasengang bietet ja für die Punction gewisse Vorteile, doch wenn man eine Stelle im unteren Nasengang wählt, die unter der unteren Muschel so hoch als möglich gelegen ist, so trifft man auch meist auf ganz dünnen Knochen. Höchst selten stösst man auf stärkeren Widerstand, so dass man von der Punction Abstand zu nehmen gezwungen ist. Wenn nun schon beim Eingehen mit der Canüle durch den mittleren Nasengang, die ohne jegliche Gewalt eingeführt wurde, solch' gefährliche Complicationen entstehen können, so scheint mir eine Punction mit dem Troicart durch den mittleren Nasengang noch riscanter.

Nach Einführung des Troicarts in die Highmorshöhle blase ich mit dem Ballon die Höhle durch. Beim gewöhnlichen Empyem hören wir Rasseln, und der Eiter erscheint im mittleren Nasengang resp. fliesst nach hinten in den Nasenrachenraum ab. Bei nicht flüssigem Inhalt, bei zähem Secret hören wir ein Pfeifen oder Schnurren, resp. es bedarf eines stärkeren Druckes, um die Luft durchblasen zu können. Ist das Blasegeräusch hauchend — zu vergleichen mit dem otoskopischen Geräusch bei offener Tube — so ist die Highmorshöhle gesund, und es folgt keine Spülung.

M. H! Highmorshöhlenerkrankungen sind viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. Schon vor Jahren ist darauf hingewiesen worden, dass Kakosmie zuweilen das einzige Symptom eines Highmorshöhlenempyems sein kann. Ich erlaube mir kurz über 2 Fälle zu referieren, bei denen ich anfangs an Highmorshöhlenerkrankungen nicht gedacht habe. Ein Bahnwächter wendet sich an mich wegen beständigen Räusperns. Er ist bereits vor 1 Jahr bei mir gewesen; in meinem Journal finde ich folgende Notiz — Schleimhäute der Nase und des Rachens leicht gerötet, sonst annähernd negativer Befund. Therapie: leichte Arg. nitr. - Einträufelungen. Die Einträufelungen sind nach Angabe des Pat. erfolglos gewesen. Er ist dann von einem Specialcollegen 2 Monate erfolglos gepinselt worden. Die Untersuchung ergibt dieses Mal wieder den vor 1 Jahr erhobenen Befund. Da es sich um einen gesunden, kräftigen Mann handelt und ich seine Beschwerden kaum als nervöse deuten kann, so versuche ich, geringe adenoide Reste mit der Schlinge zu entfernen, um ihm auf diese Weise Linderung zu schaffen. Ohne Erfolg. Nach mehreren Untersuchungen glaube ich einmal im mittleren Nasengang eine gräuliche Verfärbung, wie eine Spur Eiter, zu sehen. Probepunction: Rasseln. Durchspülung: reichlich Eiter.

Eine Dame wendet sich an mich, weil sie linkerseits schlecht hört. Links Tubenkatarrh. Die gewöhnliche Behandlung ist ohne Erfolg. Nase und Rachen scheinbar normal. Pat. gibt wohl an, dass die ganze linke Seite ihr wie vollgepfropft erscheine, wofür ich anfangs den Tubenkatarrh verantwortlich machte. Schliesslich links Probepunction: Pfeifen. Durchspülung gelingt unvollkommen, leicht trübe Flüssigkeit.

Diese beiden Fälle, denen ich noch viele andere hinzufügen könnte, sollen zeigen, dass wir auch schon bei Verdacht auf Highmorshöhlenempyem zur Probepunction berechtigt sind. Dass solch' eine Probepunction, wenn sie auf blossen Verdacht hin geschieht, auch oft negativ sein wird, ist selbstverständlich. Trotzdem ich nun häufig mit negativem Erfolg punctiert habe, ist es mir nie passiert, dass ich durch eine solche Punction eine Highmorshöhle inficiert hätte, so dass nach der Punction ein Empyem entstanden wäre, immer unter der Voraussetzung: bei hauchendem Blasegeräusch keine Spülung. Ob aber bei Spülungen — wenn sogar verlangt wird, dass man mehrere Liter Spülflüssigkeit durchlaufen lassen müsse — eine Infection mit Sicherheit vermieden werden kann, scheint mir fraglich. Es heisst: um zähes Secret in der Highmorshöhle nicht zu übersehen, werden die Massenspülungen veranstaltet. Nach meinen Erfahrungen ist auch bei zähem Secret das Blasegeräusch nie hauchend. Ich habe es mehrmals erlebt, dass bei zähem Secret das Durchblasen anfangs nicht recht gelingen will, um bei etwas stärkerem Druck plötzlich einen grossen Klumpen Schleim hervorzubefördern. Dies sind — ich berühre bereits die Therapie — meistens günstige Fälle. Die Pat. fühlen sofort eine grosse Erleichterung und werden vorläufig einer weiteren Behandlung garnicht unterzogen. Auch die Fälle, bei denen die Durchblasung kein Rasseln, sondern einen pfeifenden Ton vernehmen lässt, heilen häufig nach wenigen Ausspülungen. Zuweilen aber sind auch solche scheinbar leichte Fälle sehr hartnäckig, und ich habe bereits einige von ihnen schliesslich einer Radicaloperation unterziehen müssen und dabei schwere Veränderungen der Schleimhaut gefunden. Das Punctionsresultat ist daher prognostisch nicht massgebend. Ebenso wenig prognostisch massgebend ist die Dauer des Empyems, soweit man überhaupt aus den Angaben der Pat. die Dauer zu beurteilen imstande ist.

M. H.! Wie Sie aus meinen Erörterungen gesehen haben, ist beim Empyem der Higmorshöhle die Diagnose vermittelst der Probepunction meistens einfach. Schwierig ist die Beantwortung der Frage: wann sind wir zur Probepunktion berechtigt? Ich habe dieselbe so beantwortet, dass wir sogar bei Verdacht auf Empyem die Probepunction machen sollen. Man könnte hierzu bemerken: dann dürften wir fast bei jedem Nasenkranken die Probepunction versuchen. So liegen die Dinge nun nicht. Wenn wir nicht Symptome finden, die uns direct auf ein Highmorshöhlenempyem hinweisen, so sollen wir anfangs stets bemüht sein, die Nasenerkrankung auf die übliche Weise zu behandeln. Erreichen wir auf diese Weise nicht unser Ziel und ist besonders der mittlere Nasengang womöglich einseitig erkrankt, befindet sich in ihm ein kleiner Polyp, der nach Entfernung recidiviert, oder zeigt seine Umgebung, hauptsächlich das vordere Ende der mittleren Muschel, eine Anschwellung, so ist die Probepunction wegen Verdacht auf Empyem gerechtfertigt. Es ist mithin die Zahl der Nasenkranken, die auf Empyem von Highmorshöhle verdächtigt werden können, nicht gering, zumal Verdachtssymptome nie sicher sich begrenzen lassen. Wir dürfen aber durch die Probepunction gegen unseren obersten Grundsatz „nil nocere" nicht verstossen. Spülungen, zumal reichliche, scheinen mir nicht ungefährlich. Daher nochmals: Erst durchblasen und bei hauchendem Blasegeräusch keine Spülung.

Bevor ich nun zur Therapie des Highmorshöhlenempyems übergehe muss, ich kurz die Aetiologie berühren. Wenn wir von den seltenen Formen des Highmorshöhlenempyems absehen, die durch Traumen, Osteomyelitis der Oberkiefer, Tuberculosis und Lues hervorgerufen sind, so kommen hauptsächlich 2 Formen in Betracht:

1. Das Empyem der Highmorshöhle vom kranken Zahn ausgehend.

2. Das Empyem der Highmorshöhle nach Infectionskrankheiten, insbesondere nach Influenza. Entsprechend dieser Aetiologie ist auch die Therapie.

Beim acuten Empyem, vom Zahn ausgehend, soll man selbstverständlich mit der Entfernung des kranken Zahnes beginnen. Wenige Ausspülungen bringen meist Heilung, ja ich will nicht zweifeln, dass nach Entfernung des kranken Zahnes auch ohne Spülungen Heilung eintreten könnte.

Beim acuten Empyem nach Influenza ist consequente Bettruhe ein Radicalmittel. Ich verordne wohl noch Compressen, Diät, sorge für leichten Stuhl, lasse gegen etwaige starke Schmerzen Phenacetin brauchen, doch den Nachdruck lege ich auf Bettruhe. Ich erinnere mich keines Falles, wo bei consequenter Bettruhe nicht Heilung eingetreten wäre. Um den natürlichen Heilungsvorgang in keiner Weise zu stören, verzichte ich beim acuten Empyem nach Influenza auf die sichere Diagnose durch die Punction, sondern diagnosticiere nach den Symptomen, wobei ich natürlich zuweilen die Diagnose zwischen Stirn, Siebbein und Highmorshöhlenempyem offen lassen muss.

Auch für die Therapie des chron. Empyems ist mir die Aetiologie massgebend; nur pflegt das gewöhnlich nicht so einfach zu sein, wie beim acut. Empyem.

Nach Feststellung der Diagnose ist die erste Frage: könnte das Empyem event. vom Zahn ausgehen? Da Feststellung einer Zahnwurzelerkrankung, auf welche es uns gerade ankommt, unter Umständen sehr schwierig sein kann — Schmerzlosigkeit und gesunde Krone beweisen nichts — so habe ich es mir zur Regel gemacht, jeden Pat. mit einem Highmorshöhlenempyem zuerst zum Dentisten zu schicken. Letzterer stellt fest, ob etwa eine kranke resp. verdächtige Wurzel vorliegt. Ich muss hier die anatomischen Untersuchungen von Zuckerkandl und Anderen anführen, die in ganz verschwindend kleiner Zahl Highmorshöhlenempyeme, als vom Zahn ausgehend, anerkennen. Wenn ich nach meinen klinischen Erfahrungen dem nicht vollkommen beipflichten kann, so muss ich wohl zugeben, dass zuweilen auch bei positivem Befund des Dentisten, also bei einer kranken Zahnwurzel, die weitere Behandlung die Zahnätiologie des Empyems als unwahrscheinlich hinstellt. Dennoch habe ich bei positivem Befund eine gewisse Hoffnung, durch Entfernung der kranken Wurzel, der event. causa peccans und durch Behandlung von der Zahnalveole aus, das Empyem zu heilen. Solche Pat. behandle ich daher nach der alten Cowperschen Methode: Anbohrung von der Zahnalveole aus mit nachfolgenden Spülungen. Zu Spülungen benutze ich anfangs gekochtes Wasser, später leichte Borsäurelösungen. Falls solche Spülungen nicht zur Heilung führen, d. h. falls durch sie die Eiterung nicht vollkommen versiegt, so dass das Spülwasser, auch nach mehreren Tagen Pause, nicht vollkommen klar abfliesst, so hat eben die Methode in solchen Fällen versagt, und es handelt sich dann um Empyem mit schwereren Schleimhautveränderungen. Von desinficierenden Spülungen resp. Aetzungen habe ich höchstens vorübergehenden Erfolg gesehen. In ca. 50 % der Erkrankungen habe ich durch die Cowpersche Methode Heilung erzielt und zwar vollkommene Heilung ohne Recidiv.

Die Cowpersche Methode hat grosse Vorzüge: sie ist leicht auszuführen, gewöhnlich fast schmerzlos, wird ohne Narkose gemacht, beansprucht höchstens eine Arbeitsunterbrechung von 1—2 Tagen, und—worauf ich den Nachdruck lege — schon nach wenigen Tagen wird die Behandlung dem Pat. selbst übergeben und nur ab und zu vom Arzt controlliert. Wichtig ist, dass von einem tüchtigen Dentisten der Stift angefertigt wird. Bei einem schlecht sitzenden Stift hat Pat. einerseits grosse Beschwerden, andererseits wird der Heilungsprocess gestört.

2 Mal ist es mir passiert, dass ich beim Anbohren von der Zahnalveole aus anstatt in die Highmorshöhle in die fossa canina geraten bin. Das Unglück ist nicht sehr gross, es hat keine weiteren Folgen, aber doch immerhin peinlich. Es lässt sich schliesslich mit Sicherheit vermeiden, wenn man vor der Anbohrung durch eine Röntgenaufnahme sich über die Lage der Zähne zur Highmorshöhle informiert. Zu empfehlen ist solch eine orientierende Röntgenaufnahme, wenn es sich nicht um die Prädilectionsstelle den II Praem. resp. I Mol., sondern etwa um I Praem. resp. II oder III Mol. handelt. — Auf die Dauer, über viele Jahre hinaus, wird der Stift selten vertragen. Entweder reizt die Klammer des Stiftes den Hals des Nachbarzahnes, oder wenn auch keine directen Reizerscheinungen nachweisbar sind, so klagen doch die Pat. über allerlei unangenehme Empfindungen, und schliesslich wird auch das ewige Spülen furchtbar lästig.

Ist nun die Zahnätiologie negativ, so versuche ich durch die bei der Diagnosestellung mit dem Troicart gemachte Oeffnung die Highmorshöhle einige Mal auszuspülen. Führt das nicht bald zu einem Resultat, so empfehle ich Radicaloperation. Von der Cowperschen Methode bis zur Radicaloperation ist ja ein grosser Sprung, doch muss ich nach meinen Erfahrungen behaupten, dass entweder die Empyeme die Neigung zeigen, sich rasch zu bessern, und dann könnte der Versuch mit den Spülungen noch ein wenig fortgesetzt werden, oder dass es sich um tiefere Veränderungen der Schleimhaut handelt, die ohne Radicaloperation überhaupt nicht heilen. Lang fortgesetzte Spülungen, die vom Arzt täglich ausgeführt werden müssen, greifen die Pat. stets an und sollen daher vermieden werden, zumal durch sie wohl höchst selten eine Heilung erzielt werden kann. Bei operationsscheuen Pat. ist es mir dann schon sympathischer, dass ein gesunder Zahn geopfert und nach der Cowperschen Methode vorgegangen wird, wobei ich den Pat. auf das fragliche Heilungsresultat aufmerksam mache. Operationen, wie breite Eröffnung durch den unteren Nasengang resp. Eröffnung durch die fossa canina mit Prothese, könnten ja gelegentlich auch zum Ziele führen, doch sind die Resultate zu unsicher, als dass wir sie empfehlen können.

Unter den Radicaloperationen hat lange Zeit die sogen. Luc-Caldwellsche Methode den ersten Platz eingenommen. Durch Friedrich, der von aussen operiert, und schliesslich Denker ist dann in den letzten Jahren die Methode der Radicaloperation einerseits operativ erleichtert und andererseits noch verbessert worden. Noch bis vor wenigen Jahren waren die schweren Formen des chron. Highmorshöhlenempyems eine crux der Nasenärzte. Seit Einführung der Denkerschen Methode ist die undankbare Aufgabe der Behandlung des chron. Highmorshöhlenempyems in eine dankbare verwandelt worden. Ich kann die Methode als bekannt voraussetzen und brauche dieselbe nicht näher zu beschreiben. Im Nachstehendem beabsichtige ich über meine Erfahrungen an 22 nach dieser Methode operierten Fällen zu berichten und dabei besonders einige nicht vollkommen befriedigende Resultate näher zu besprechen, um dadurch mit Ihnen an einer weiteren Vervollkommnung dieser vorzüglichen Methode zu arbeiten.

Bis jetzt habe ich die Operation stets unter Chloroformnarkose gemacht. Die Narkosen waren bis auf

wenige Ausnahmen rel. schwer. Ganz abgesehen von der grossen Chloroformmenge, mit der ja durch die beständige Unterbrechung der Narkose gerechnet werden muss, habe ich somit mit allerlei Widerwärtigkeiten bei der Narkose zu kämpfen gehabt. Anfangs operierte ich nach vorausgeschickter Nasenrachenraumtamponade. Der schlechten Narkose wegen beschränke ich mich jetzt auf die Tamponade des mittleren Nasenganges. In Zukunft beabsichtige ich einen Versuch zu machen, die Operation unter Localanästhesie resp. Scopolamin-Morphium auszuführen.

Hin und her geschwankt habe ich, ob ich die Wunde im Munde nähen oder vorübergehend tamponieren sollte. Durch Tamponade erzielen wir unbedingt leichteren Secretabfluss, doch haben wir dabei eher eine persistierende Oeffnung zu befürchten. Sicher schützt uns davor zwar auch nicht die Naht, da die Nähte nicht selten durchschneiden, doch können wir durch die Naht wohl eher eine persistierende Oeffnung zu vermeiden hoffen. Von Bedeutung für eine event. Persistenz der Oeffnung ist die Grösse des Schleimhautschnittes. Während ich früher den Schleimhautschnitt von der Medianlinie bis zum äussersten Winkel der Highmorshöhle machte — für die Operation am bequemsten — bemühe ich mich jetzt, ihn nach Möglichkeit klein zu machen, indem ich die lateralste Partie der vorderen Highmorshöhlenwand unter der Schleimhaut mit der Zange abkneife. Doch so gross, dass ich, besonders bei schweren Fällen, die ganze vordere Wand zu entfernen imstande bin, muss der Schnitt unbedingt sein. Gerade im äussersten lateralen Winkel der Highmorshöhle habe ich wesentliche Veränderung der Schleimhaut gefunden, und schliesslich können wir nur bei vollkommener Entfernung der vorderen Higmorshöhlenwand ein Schrumpfen der Höhle erwarten, indem nur dann sich die Weichteile der Wange in die Höhle hineinlegen können.

Nicht vorsichtig genug kann bei der Abhebelung der Nasenschleimhaut vom Knochen vorgegangen werden. Reisst die Schleimhaut ein, so erhalten wir erstens keinen guten Lappen und zweitens werden wir durch Blutung in den Nasenrachenraum bei der Operation unangenehm gestört. Auf die Bildung des Lappens aus der Nasenschleimhaut und dessen Tamponade in die Highmorshöhle muss ich noch etwas genauer eingehen. Gewöhnlich wird durch den unteren Nasengang ein Tampon zur Fixation des Lappens für einige Tage eingeführt, dann entfernt und im Uebrigen die weitere Heilung, wie es heisst, Epithelisierung der Natur überlassen. Es sind wohl von einigen Autoren noch für kurze Zeit Spülungen vom unteren Nasengang aus empfohlen, wogegen von Anderen mit Recht hervorgehoben wird, dass die Spülungen nur reizen und keinen rechten Zweck haben. Ich muss hierzu bemerken, dass, obschon der Lappen rel. gross genommen wird, — ca. 3 Ctm. Breite und 1 Ctm. Höhe — dennoch nach einigen Monaten die anfangs weite Oeffnung sich so sehr verkleinern kann, dass die Verbindung zwischen Nasen- und Highmorshöhle nicht mehr genügt. Ich habe bei einer Pat., bei der es trotz Naht — grosser Schleimhautschnitt — zu einer persistierenden Oeffnung kam, den weiteren Verlauf der Lappenanheilung resp. Epithelisierung durch die offene Mundwunde, wie durch ein Guckloch beobachten können. In diesem Fall zeigte nun der Lappen keine Neigung sich anzulegen und weiter auszubreiten, sondern die Ränder des Lappens rollten sich auf und bildeten in der Communicationsebene zwischen Nasen- und Highmorshöhle einen künstlichen Wulst. Interessant war an demselben Fall die Beobachtung, wie die doch recht stattliche Grösse der Highmorshöhle auf ein Minimum zusammenschrumpfte, was natürlich nur bei vollkommener Entfernung der vorderen Highmorshöhlenwand möglich ist. Um eine Aufrollung des Lappens zu verhindern, habe ich in 2 meiner letztoperierten Fälle den Lappen durch eine Catgutnaht fixiert und zwar mit gutem Erfolg. Eine Aufrollung des Lappens ist ja nicht die Regel, doch glaube ich wohl, falls möglich, eine Fixation des Lappens empfehlen zu können. In den Fällen, wo es mir nicht recht gelungen ist, einen guten breiten Lappen zu bilden und ihn durch Catgutnaht zu fixieren, habe ich die Tamponade von der Nase ca. 2 Wochen fortgesetzt, in der Hoffnung, dadurch sicherer eine Ausheilung des Lappens zu Stande zu bringen.

Bei den Radicaloperationen der Highmorshöhle wurde früher, um eine recht freie Communication zwischen Nasen- und Highmorshöhle herzustellen, die untere Muschel ganz oder teilweise reseciert. Hajek, der früher die ganze untere Muschel reseciert hat, verfährt in den letzten 2 Jahren, wie er schreibt, mit der Entfernung der unteren Muschel etwas öconomischer. Denker verlangt die Resection des vorderen Endes der unteren Muschel. Friedrich reseciert unter Umständen eine schmale Spange. Ich schliesse mich im wesentlichen Friedrich an. Bis jetzt habe ich die untere Muschel unberührt gelassen, doch gebe ich zu, dass bei besonders tief herabhängenden unteren Muscheln die Resection einer schmalen Spange notwendig werden könnte.

Dass durch die Verletzung des nervus infraorbitalis Gefühle des Vertaubtseins und andere Sensationen, ja schmerzhafte Empfindungen in den Zähnen hervorgerufen werden können, tue ich nur Erwähnung. Diese Beschwerden gehen, wenn manchmal etwas langsam, stets allmählich, von selbst zurück.

Was nun das Endresultat der Denkerschen Radicaloperation der Highmorshöhle anbetrifft, so ist es wohl in allen Fällen befriedigend gewesen. Ernstere Complicationen habe ich überhaupt nicht erlebt. In mehreren Fällen war das Resultat ideal: Vollkommenes Schwinden aller Beschwerden, keine äussere Entstellung und keine innere Entstellung der Nase, Aufhören jeglicher Absonderung.

Alles in Allem kann man behaupten, dass die Radicaloperation der Higmorshöhle schliesslich durch Denker eine Höhe der Ausbildung erreicht hat, die man vor 10 Jahren wohl kaum geahnt hat. Wer, wie ich, die Entwickelung der Highmorshöhlentherapie selbst erlebt hat, wird wohl mit grosser Freude den enormen Fortschritt constatieren können.

Referate.

G. Holzknecht: Die normale Peristaltik des Colon. Münchener med. W. 1909. Nr. 47.

Verfasser hat an circa tausend Colonfüllungen (per os), die 5 bis 15 Minuten beobachtet wurden, nur 2 Mal Peristaltik am normalen Colon gesehen. Die Wismutfüllung wurde mit Röntgen untersucht, und dabei ergab sich, dass die normale peristaltische Beförderung des Coloninhalts in den 24 Stunden, die sie benötigt, nur den Zeitraum von wenigen Sekunden einnimmt. Während der übrigen Zeit ruht das Colon. Die Beförderung ist ein umfangreicher und vehementer Act und sie geschieht durch plötzliche Verschiebung einer langen, etwa ein Drittel des ganzen Colon bildenden Kotsäule um ihre ganze Länge in den nächsten leeren, ungefähr ebenso langen Colonabschnitt. Der Verschiebung der Kotsäule geht ein plötzliches Verstreichen der haustralen Segmentation voraus, und der gleiche Zustand besteht im nächstfolgenden leeren Colonabschnitt während des Eindringens der Kotsäule, wird dann aber sofort wieder von der rasch eintretenden haustralen Teilung der Säule abgelöst. Mit 3 bis 4 solchen circa 3 Secunden dauernden Verschiebungen, welche in Intervallen von ungefähr 8 Stunden erfolgen, wird das ganze Colon durchwandert. Die haustrale Segmentation des Colon hat mit der Motilität nichts zu tun; sie verhindert dieselbe und wird während der Fortbewegung des Inhalts aufgehoben. Ihr Zweck scheint sich auf die Vergrösserung der Contactfläche zwischen Darmwand und Darminhalt zu beschränken.

Weyert.

O. v. Herff: Ueber den Wert neuerer Massregeln gegen die Bindehautgonorrhoe der Neugeborenen und die Notwendigkeit ihrer allgemeinen Einführung. Münchener med. W. 1909. NNr. 46, 47.

Die Massregeln gegen die Bindehautgonorrhoe der Neugeborenen zerfallen in Bekämpfung der Frühinfection und der Spätinfection, welcher letzteren über ein Viertel aller Blenorrhoefälle ihre Entstehung verdanken. Vom Argentum nitr. ist Verfasser auf Protargol, Argyrol und schliesslich Sophol (Verbindung von Formaldehydnucleinsäure und Silber) übergegangen und hat seit über 4 Jahren bei Anwendung einer 5-procentigen Sophollösung bei 6000 Kindern eine einzige Frühinfection beobachtet. Das Credéisieren wird nach Ahlfeld durch Auftröpfeln einiger Tropfen auf die geschlossenen Augenlider oder auf den inneren Augenwinkel vorgenommen. Der Ueberschuss wird mit Watte entfernt. Der Vorzug des Sophols ist seine Reizlosigkeit und Haltbarkeit (in Form von Tabletten à 0,25 und 0,5). Zur Vermeidung der Spätinfection rät Verfasser neben dem obligatorischen Credéisieren mit Sophol in den Anstalten, zwangsweises Credéisieren illegitimer Kinder in der Hauspraxis und nachdrücklichste, immer wiederholte Belehrung über die Gefahren des Wochenflusses. Ausserdem strenge Anzeigepflicht seitens der Aerzte und Hebammen.

Weyert.

H. Bardy: Cigarettenspitze aus einem Bronchus entfernt. Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1909. H. 12.

Bei einem Hustenanfall hatte ein 48-jähriger Mann eine an einer Pfeife befestigte hölzerne «Armiro» Cigarettenspitze in die Luftröhre aspiriert. 7 Tage später Extraction des Fremdkörpers vermittelst bronchoscopia superior. Die Extraction wurde dadurch erschwert, dass die in den linken Bronchus eingedrungene ziemlich grosse Cigarettenspitze so weit aus diesem herausragte, dass ihr medial-oberes Ende sich gegen die rechte Trachealwand stemmte. Genesung.

H. Lorentz.

A. Achrén: Zusammengewachsene Zwillinge. Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1909. H. 12.

Die Zwillinge wurden am 1. März 1909 zu Ikalis in Finland von einer 28-jährigen Pächtersfrau geboren. Die Mutter ist auffallend klein, hat früher 2 Mal geboren, beidemal Kinder ohne Missbildungen. Sie behauptet, schon während der Schwangerschaft Zwillinge vermutet zu haben. Die Geburt fand 5 Wochen vor der berechneten Zeit statt und war keine schwere. Zuerst wurde der Kopf des einen — linken — Zwillings geboren, darauf der zusammengewachsene Rumpf, zuletzt der Kopf des anderen Zwillings. Sie wogen 3500 gr., waren beide recht mager, mit hautartigen Nägeln und dichtem Wollhaar. Der linke war 48 Cm. lang, der rechte, auch sonst schwächer gebaute, 46 Cm. Letzterer war nach der Geburt recht schwach, ordentlich schrie er erst nach einigen Tagen.

Die Zwillinge sind in der Hüftgegend zusammengewachsen, so dass sie einander den Rücken schräg zuwenden. Die zusammengewachsene Partie beginnt einen Finger breit nach unten vom Rippenbogen, hat eine Höhe von 12 Cm. und ist in der Mitte 11 Cm. dick. In dieser zusammengewachsenen Partie sind nicht nur Weichteile sondern auch Beckenknochen enthalten, welche fest zusammengewachsen, einen gemeinschaftlichen Beckenring bilden. An der unteren Fläche der zusammengewachsenen Partie befindet sich die gemeinschaftliche Analöffnung, von ihr 1 Cm. nach vorn die ebenfalls gemeinschaftliche Vulva mit gut entwickelten Labia minora und einer kleinen undeutlichen Clitoris. Das Herz befindet sich bei beiden in der geräumigeren äusseren Hälfte des Brustkorbes, so dass der linke Zwilling das Herz auf normaler Stelle, der rechte aber auf der rechten Brustseite hat. Sein Spitzenstoss ist dicht nach innen von der Mammilla. Dem rechten Zwilling fehlt der Daumen der linken Hand.

Die Zwillinge sind im ersten Halbjahre recht gewachsen. Ihr Gewicht war am 16./IX. 9800 gr. Die linke Zwillingsschwester ist auch jetzt noch grösser als die rechte, auch ist sie lebhafter als die letztere.

H. Lorenz.

Bücherbesprechungen.

Keul: Die Geschlechtskrankheiten bei Mann u. Weib. Leipzig. B. Konegen. 1910. Preis M. 4.—.

Vorliegendes Buch gehört zur Categorie populärwissenschaftlicher Abhandlungen. In ausführlicher, allgemeinverständlicher Form schildert Verfasser die Krankheitserscheinungen der Gonorrhoe, des Ulcus molle und der Syphilis.

In wissenschaftlicher Beziehung gibt uns das Werk nichts Neues, auch trägt es einen compilativen Charakter, doch ist das reichhaltige Material gut ausgearbeitet und planmässig geordnet, so dass der Zweck des Buches, «beide Geschlechter über das Wesen und die Bedeutung der venerischen Krankheiten zu belehren», erfüllt wird.

F. Hinze.

R. Goldschmidt: Die Fortpflanzung der Tiere. Mit 77 Figuren. Aus Natur und Geisteswelt. Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen. Verlag von B. G. Teubner in Leipzig. 1909. Preis M. 1.25.

Es ist eine dankenswerte Aufgabe, der sich R. Goldschmidt mit dieser gemeinverständlichen Darstellung einer Frage unterzogen hat, die jeden gebildeten Menschen interessieren muss und die ja auch gegenwärtig im Brennpunkt der Zeit steht. Verfasser hat den Stoff trotz der Kürze, die der enge Raum erforderte, in anschaulicher, fesselnder Weise dargestellt und es verstanden, alle Gruppen von Erscheinungen, die mit der Fortpflanzung der Tiere zusammenhängen, abzuhandeln.

R. Schwarze: Herbert Spencer. Mit einem Bildnisse Spencers. Aus Natur und Geisteswelt. Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen. Leipzig. B. G. Teubner. 1909. Preis M. 1.25.

Auch dieses Bändchen derselben Sammlung verdient volle Anerkennung. In kurzer, gedrängter und doch klarer Darstellung, unter Ausschluss der Einzelheiten macht Schwarze in demselben den allgemein gebildeten Leser mit den Werken Herbert Spencers bekannt. Der kurzen Schilderung seiner Biographie, nach der Autobiographie Spencers, lässt Schwarze die Wiedergabe der synthetischen Philosophie des grossen Meisters folgen und zwar zunächst die allgemeine Philosophie, darauf im zweiten Abschnitt die besondere Philosophie mit deren Unterabteilungen: die Biologie, die Psychologie, die Sociologie, die Ethik und gibt zum Schlusse einige kritische Schlussbetrachtungen. Dem Verlage von B. G. Teubner muss volle Anerkennung gezollt werden für die Bemühungen, jedem Gebildeten die Möglichkeit zu geben, durch ernste, allgemeinverständliche Werke in geschmackvoller, solider Ausstattung sein Wissen zu vervollkommnen und seinen Bücherschatz zu bereichern.

V. Schmidt.

W. Roths Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. XXXIV. Jahrgang. Bericht für 1908. Ergänzungsband zur Deutschen Militär-ärztlichen Zeitschrift. Berlin. 1909. Ernst Siegfried Mittler und Sohn.

Der verdienstvolle Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Militär-Sanitätswesen für das Jahr 1908 liegt vor, und sein Erscheinen wird von allen Interessenten begrüsst werden, denen er von grossem Nutzen, ja unentbehrlich zur Orientierung auf diesem Gebiete ist. Der Inhalt ist in folgende Abteilungen eingeteilt: I. Militär-Sanitätswesen. II. Militär-Gesundheitsdienst. III. Militär-Krankendienst. IV. Kriegs-Sanitätsdienst. V. Marine-Sanitätwesen. VI. Coloniale Medicin. VII. Militär-Sanitäts-Statistik. VIII. Biographisches. IX. Verschiedenes.

W. Schiele.

Scholtz, W. Pathologie und Therapie der Gonorrhoe in Vorlesungen. Ein Lehrbuch für Aerzte und Studierende. Mit 2 Tafeln und 22 Abbildungen im Text. Zweite erweiterte und vermehrte Auflage. Verlag von G. Fischer in Jena. 1909. 196 Seiten. Preis M. 4.50.

Autor hat eine zusammenfassende Darstellung der männlichen und weiblichen Gonorrhoe aus der Schule von Neisser, der er angehört, geben wollen, da bisher noch keine solche existierte. Der Stoff ist auf 15 Vorlesungen verteilt, und es ist Scholtz gelungen, eine kurze und überaus klare Darstellung des Leidens zu bieten. Die Darstellung schliesst sich vollkommen an die von Neisser vertretenen Anschauungen und Lehren an, was besonders in der Therapie zur Geltung kommt. Neisser ist bekanntlich der energischste Vertreter der Silbertherapie, er empfiehlt von allen Silberpräparaten vorwiegend das Protorgol und Argt. nitr. Seine ganze Therapie baut sich auf und gipfelt in dem directen Kampfe gegen die Gonococcen, deren Vernichtung er auf der Oberfläche der Schleimhaut und in der Tiefe des Gewebes durch die Silberpräparate zu erreichen strebt. Allenfalls erkennt er noch die Nützlichkeit des hypermangansauren Kalis in der Form der Janetschen Spülungen an. Die Berechtigung der Adstrin-

gentien negiert er. Ob diese auf theoretischen Voraussetzungen sich stützende Theorie der Behandlung die allein herrschende werden wird, scheint mir zweifelhaft, jedenfalls ist das vorliegende Buch gerade infolge dieser Einseitigkeit und als Darstellung der reinen Neisser schen Lehre von grösstem Interesse.

W. Schiele.

Dr. Hans Harting: Optisches Hilfsbuch für Photographierende. Gross-Oktav. VIII und 180 Seiten mit 56 Figuren. Preis: Geheftet M. 4.50, in Leinenband Mk. 5-50. Berlin 1909. Verlag von Gustav Schmidt (vorm. K. Oppenheim).

Das vorliegende Buch verdankt sein Entstehen dem Bestreben, den Amateur- wie Berufsphotographen für die Gesetze der photographischen Optik zu interessieren, auf denen sich die Construction des photographischen Objectives gründet. Von den diese Materie behandelnden Werken sind die einen nur durchaus mathematisch Gebildeten zugänglich, während die anderen schon veraltet sind und die neuesten Ergebnisse der Arbeiten in den optischen Werkstätten nicht berücksichtigen konnten. Was in dem Buche Dr. Hartings geboten wird, ist eine knapp gefasste Darstellung der Principien der photographischen Optik unter besonderer Berücksichtigung der Praxis. Alle Fragen, die so oft von Photographen in Zeitschriften und Vereinen über die Leistungsfähigkeit, Tiefe, Helligkeit, Vergrösserung usw. ihrer Objective aufgeworfen werden, sind hier in durchaus allgemeinverständlicher Form besprochen und beantwortet. Es kann deshalb nach der Lectüre dieses Buches kein Zweifel in dieser Richtung unbehoben bleiben. Aus diesem Grunde darf das Buch sowohl dem Anfänger wie dem Fortgeschritten warm empfohlen werden.

Der allgemeinen Betrachtung über das Wesen des Lichtes schliesst sich eine eingehende der Lochkamera an. Dann werden die allgemeinen Gesetze der Abbildung durh spiegelnde Flächen, einfache Linsen und centrierte Systeme beliebiger Anordnung gegeben. Auf die Darstellung der Aberrationen folgen dann die besonders wichtigen Capitel über Helligkeit, Tiefe, Orthoskopie. Von den Typen moderner photographischer Objective werden die bekanntesten nach ihrer Leistung und Entstehung vorgeführt. In dem folgenden Capitel über den Lichtverlust durch Reflexion und Absorption wird die bekannte Frage der verkitteten und unverkitteten Objective erörtert und demnach ein Ueberblick über die Theorie des Teleobjectives gegeben. Im Anhange sind Tabellen und Untersuchungsmethoden aufgeführt, die für den Praktiker von grossem Werte sind. Ein ausführliches Register ermöglicht eine schnelle Beantwortung aller Fragen über das photographische Objectiv.

Holzinger.

Arthur F. Herz: Constipation and allied intestinal disorders. London. Frowde & Holder. 1909. 344 S.

Vorliegender Monographie der Obstipation liegt ein 3-jähriges Studium der Darmbewegungen im Röntgenbilde zu Grunde. Der Autor hat sowohl die physiologische Peristaltik wie das Verhalten bei pathologischen Zuständen aufs gewissenhafteste studiert. Er teilt alle Formen der Obstipation in 2 Classen: in die Fälle, bei denen die Peristaltik die Faeces zu langsam weiterbefördert, und in solche, bei denen die Passage der Excremente normal ist, bei denen aber die Entleerung erschwert ist. Die Trennung in eine atonische und eine spastische Form der Obstipation hält der Autor bei gewissen Fällen für berechtigt, aber als allgemeine Classificierung für verfehlt.

Als «Obstipation» gilt ihm ein Zustand, bei dem die Bestandteile einer Nahrung, welche 8 Stunden nach einer Defäcation genossen wurde, nicht innerhalb 40 Stunden ausgeschieden werden. Die Formen der Obstipation, bei denen die Passage im Darm normal ist, jedoch die Ausscheidung nicht in normaler Weise stattfindet, wird als «Dyschezia» bezeichnet. Das Rectum wird bei diesen Zuständen stets angefüllt vorgefunden. Digitaluntersuchung ist meist unumgänglich nötig, da selbst nach dem Stuhlgang fast stets noch Kotmassen restieren. Eine häufige Ursache zur «Dyschezie» bildet Nachlässigkeit der Pat., die dem geringen Reiz nicht gleich Folge geben. Dass Obstipation Fieber erzeugen kann, hält der Autor für nicht bewiesen. Bezüglich der Behandlung wird das Hauptgewicht auf die Diät und eine sorgfältige «Erziehung zum Stuhl» gelegt. Unter den medicamentösen Mitteln werden Strychnin und Belladonna hervorgehoben, ferner ein Zusatz von Asa foetida zum Klysma. Gegen die Enteritis membranacea wird eine Cur in Harrogate angeraten, wo Dickdarmspülungen mit dem dortigen Schwefelwasser appliciert werden. Diese Cur soll in Verbindung mit heissen Bädern von ausgezeichnetem Erfolg sein.

Die festländische Literatur wird oft erwähnt, doch sind überhaupt nicht allzuviel Literaturangaben vorhanden, was übrigens kein Vorwurf sein soll. Eine grosse Anzahl von Skizzen illustrieren die Ausführungen über die Darmperistaltik. Zum Füllungsbrei wird bei den Röntgenphotographien statt des Bism. subnitricum das Bism. carbonicum und hydrochloricum benutzt.

O. Moritz.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 8. December 1909.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

1. Heuking: Ueber Appendicitis im Kindesalter. (Erscheint im Druck).

Dombrowski schliesst sich Vortragendem an in der Auffassung, dass die angeführten ungünstigen statistischen Daten von dem Material abhängen, denn das Material der Kinderhospitäler ist ein sehr ungünstiges, da besonders bei uns zu Lande, bei dem niedrigen Culturniveau der Eltern, die Kinder meist erst sehr spät eingeliefert werden. Es wäre interessant, die Zahl der Peritonitiden auf dem Boden der Appendicitis anzuführen, dieselbe wird wohl horrend sein, und das verdirbt die Statistik. Wird die Operation am ersten Tage der aufgetretenen Peritonitis ausgeführt, so beträgt die Mortalität 25 pCt., am zweiten Tage bereits 50 pCt. und am dritten gehen wohl alle Operierten ein. Bessere Resultate sind nur zu erwarten, wenn die Kranken möglichst frühzeitig ins Hospital eingeliefert werden und zur Operation gelangen. Hierfür sind die Zahlen von Riedel belehrend, der unter solchen Bedingungen bei Erwachsenen eine Sterblichkeit von 20 pCt. sah. Allerdings betrug auch bei ihm die Sterblichkeit der Kinder 13 pCt., doch liegt die Schuld wohl an dem Verhalten der Mütter, die meist nicht sogleich auf einen operativen Eingriff eingehen. Ferner werden die ersten Anfänge der Appendicitis, so lange sich der Process nur auf der Schleimhaut des Wurmfortsatzes abspielt und sich nur in anfallsweise auftretenden Schmerzen äussert, übersehen. Es kommt dazu, dass die Adhäsionsbildung bei Kindern mangelhaft zu sein pflegt. Ferner ist hervorzuheben, dass es bei Kindern schon vor der Perforation zu schweren Zuständen kommt auf dem Boden von Toxinämien, weil sie überhaupt viel intensiver auf dieselben reagieren und hier namentlich die Bedingung der Eiterung «en cavité close» hinzutritt, deren besondere Schwere Dieulafoy hervorgehoben hat.

Dombrowski erwähnt hier eines Falles aus seiner Praxis. Ein 12-jähriges Mädchen hatte eine Angina überstanden. Nach einigen Tagen bereits normaler Temperatur und anscheinender Gesundheit, erkrankte das Kind plötzlich unter Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis 39,3°, dabei Erbrechen und heftige Schmerzen am ganzen Abdomen ohne deutliche Localisation. Am anderen Tage war die Temperatur normal und die Schmerzen deutlich rechts localisiert. Am dritten Tage sehr heftiges Erbrechen, das zuerst aus grünlichen Massen bestand und später deutliche Blutbeimengungen aufwies — Vomito negro, Collaps. Am Leibe geringe Resistenz, kein Meteorismus, geringe Empfindlichkeit. Rasche Operationsvorbereitung. Im Operationszimmer der Zustand unter Cyanose so schlecht, dass ein erfahrener Kinderarzt die Befürchtung ausspricht, dass die Patientin den Shock der Operation nicht überleben wird. Bei Eröffnung der Bauchhöhle erweist sich das Coecum adhärent. Der Pr. vermiformis liegt nach hinten und innen vom Coecum, lässt sich schwer vorziehen, weil er durch narbige Verkürzung des Mesenteriums zusammengerollt ist und erst nach Durchtrennung des letzteren gerade gestreckt werden kann. Das Peritoneum wie auch die Serosa der sichtbaren Darmschlingen und des Pr. vermif. stark injiciert. Netz ödematös, Wandung des Coecums verdickt. Kein Exsudat in der Bauchhöhle.

Beim Aufschneiden des Wurmfortsatzes findet man blutigjauchigen Inhalt, Schleimhaut stark geschwollen, aufgelockert, deutliche Hämorrhagien in die Schleimhaut, wie auch in die Wandung des Organes. Subcutan und per rectum werden 4 Liter Kochsalzlösung eingeführt. Genesung. Interessant ist, dass der 10-monatliche Bruder des Mädchens nach einer Influenza, nach mehrtägigem Wohlergehen, plötzlich unter heftigem Erbrechen erkrankte und am zweiten Krankheitstage starb. Es wurde auf Intussusception gefahndet, die Section ergab aber auch nur eine Abknickung und dadurch bedingte Stenose des Wurmfortsatzes. In beiden Fällen handelte es sich eben um Toxinämie.

Lunin. Die Lage der Therapeuten ist in der besprochenen Frage sehr misslich, da die Chirurgen doch nicht alle auf dem gleichen Standpunkt zu stehen scheinen; so hat Sonnenburg vor nicht gar langer Zeit vorgeschlagen, zuzuwarten und zunächst eine Ricinustherapie einzuleiten.

ins Hospital werden die Kinder meist am 2.—3. Krankheitstage eingeliefert. Sie müssen sehr sorgfältig beobachtet werden, und bei der geringsten Indication muss zur Operation geschritten werden. In einem Falle drang Lunin auf die Operation nur auf Grund einer Leukocytose bei sonst gutem Allgemeinzustand — man fand bei der Operation bereits eine Eiterung. In einem anderen Falle führte ein auffallender thoracaler Typus der Atmung zu raschem Eingriff.

Dombrowski: Lunin beruft sich zu Unrecht auf Sonnenburg; er hat zwar vorgeschlagen, Ricinus zu geben, doch hat sein Vorschlag in Deutschland auf starke Opposition gestossen und scheint er auch selbt in letzter Zeit die Anwendung desselben bedeutend eingeschränkt zu haben. Uebrigens handelt es sich bei der von Lunin erwähnten Aeusserung nicht sowohl um eine Therapie als vielmehr um eine chirurgische Ricinusprüfung, die Sonnenburg auch nur für sein Hospital in Anwendung bringen wollte.

Weber stimmt mit Heuking darin überein, dass die Fälle von Appendicitis dem Chirurgen überwiesen werden müssen. Am 2. und 3. Krankheitstage müsse allerdings sofort zur Operation geschritten werden, werden die Kranken aber erst am 4. und 5. Krankheitstage eingeliefert, so gibt ein principielles Operieren schlechte Resultate. Die Prognose ist bei Kindern wohl besonders schwierig zu stellen, aber ein erfahrener Chirurg könnte es doch vielleicht versuchen. Hier ist eventuell eine hartnäckige grosse Differenz zwischen der Rectum- und der Hauttemperatur von ausschlaggebender Bedeutung, desgleichen das Bild der Leukocytose, das Verhalten der einzelnen Formen der Leukocyten zu einander.

Heuking gibt Dombrowski Recht in allen seinen Aeusserungen. In der Tat sieht man bei Kindern oft einen schweren Allgemeinzustand bei geringen localen Erscheinungen, hierfür ist der erste von den citierten Fällen Dombrowskis beweisend. Riedels Angaben und Zahlen sind insofern besonders interessant, als er sich die Collegen dazu erzogen hat, sämtliche Appendicitisfälle möglichst früh zu operieren. Wenn bei uns die Zahlen so ungünstig liegen, so tragen die Schuld nicht nur die Mütter, sondern auch die Aerzte, die nicht energisch genug auf eine Operation dringen. Webers Ausführungen beziehen sich auf Erwachsene und bestehen für diese zu Recht, bei Kindern liegen die Verhältnisse aber wesentlich anders. Oft ist bei Kindern nicht die Peritonitis sondern die Toxinämie das Bedrohliche. Lunin gegenüber hebt er nochmals hervor, dass Sonnenburg keine Ricinustherapie, sondern eine Ricinusprüfung vorgeschlagen hat.

I. Schrenck demonstriert das frische Präparat eines cystisch-myxomatös degenerierten Myoms.

Sitzung am 22. December 1909.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

I. Weber berichtet über einen Fall von Echinococcus der Bauchhöhle (Demonstration des anatomischen Präparates).

Pr. Tiling: Fälle, wie der vom Vortragenden beschriebene, sind allerdings selten, vor mehreren Jahren hat Tiling einen ähnlichen Fall bei einem Jungen operiert, wobei 28 Blasen aus dem Abdomen entfernt wurden. Es kommt sicher oft vor, dass durch Zerplatzen der Blasen eine Versprengung der Parasiten bedingt wird. Probepunctionen sind bei Verdacht auf Echinococcus ebenso unzulässig, wie bei Eiterungen und überhaupt bei Exsudaten der Bauchhöhle.

Heuking fragt, wie lange Zeit seit der zweiten Operation vergangen sei und meint auf die Antwort Webers hin, dass bereits ein Jahr verstrichen sei, dass also ein voller Erfolg angenommen werden könne.

Weber hat seither nichts vom Patienten gehört, da letzterer aber versprochen hat, im Falle einer Verschlechterung seines Befindens Nachricht zu geben, so müsse man annehmen, dass er gesund sei.

II. Lezenius: Ueber die Augenheilkunde bei den alten Römern.

Heuking fragt, ob im Vortrag alles den alten Römern Bekannte erschöpft sei, ob ihnen nicht z. B. auch die Correctur der Brechungsanomalien bekannt gewesen sei; er glaubt gelesen zu haben, dass sie sich z. B. der Lupen beim Lesen bedient haben.

Lecenius: Brillen waren ihnen durchaus unbekannt. Sie kannten nur Brenngläser und Schusterkugeln.

Pr. Tiling: Sehr interessant ist es, dass die Extraction der Linse wenigstens geplant gewesen zu sein scheint. Die Reclination war im Gange und hat sich ja wohl zum Teil bis in die jüngste Vergangenheit erhalten. Wir sehen zu unrecht auf das Können der Alten herab, die Reclination war schon den Babyloniern bekannt und muss dort wohl mit Erfolg ausgeführt worden sein, da in den Gesetzen Hammurabis auf einen Misserfolg dieser Operation als Strafe das Abhacken beider Hände des Operateurs gesetzt war.

Lezenius: Auf die Extraction scheinen die Alten zufällig gekommen zu sein durch die Beobachtung an einer blinden Ziege, die sich das Auge an einem Zweige verletzte, worauf die Kataracte herausfiel. Die schulgerechte Operation war jedenfalls die Reclination.

Lecenius: Was die Sage betrifft, dass Nero durch einen Beryll gesehen habe, so beruht sie auf einer missverstandenen Stelle im Plinius, indem es sich eigentlich um die Erwähnung handelt, dass Nero, um dem Publicum seine Verachtung zu zeigen, im Cirkus mit dem Rücken zur Arena sass und die Vorgänge in einer Spiegelung in einem geschliffenen Stein beobachtete.

Heuking fragt nach den Operationsresultaten.

Lezenius: In sehr vielen Fällen sind gute Erfolge erzielt worden, ob Eiterungen beobachtet worden seien, wisse er nicht.

Blessig hebt die merkwürdige Tatsache hervor, dass die Resultate früher, in voraseptischer Zeit gar nicht so schlecht gewesen seien. Die Römer scheinen viel Trachom gesehen zu haben. Später scheint die Krankheit sehr viel seltener geworden zu sein, um dann erst zu Anfang des vorigen Jahrhunderts wieder in grösserer Häufigkeit aufzutreten.

Lezenius: Die angebliche Einschleppung durch die Soldaten Napoleons wird wohl darin ihre Erklärung finden, dass um die Zeit eine heftigere Epidemie des Trachoms auftrat.

Blessig fragt, was als Nahtmaterial verwandt worden sei.

Lezenius ist solches unbekannt, nur nicht Seide.

Tiling: Die alten Chirurgen haben doch auch prima intentio erzielt, es handelt sich eben um möglichste Sauberkeit und Schnelligkeit bei der Operation. Bekannt ist die Stellung Spencer-Well's gegenüber Lister.

Blessig: Horner hat ohne Aseptik nur durch Reinlichkeit die Verlustziffer bei Staroperationen bis auf 1,6 pCt. herabgedrückt (cit. nach Haab).

Heuking: ebenso wie Spencer-Wells stand auch Lawson Tait, der ein grimmiger Feind Listers, in der Reinlichkeit die Hauptforderung für den Erfolg erblickte und in den Antisepticis nur Gifte sah, seine guten Resultate aber mit der blossen Hilfe des Birminghamer Quell-Wassers erzielte.

Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte im Jahre 1909.

Zusammengestellt vom wissenschaftlichen Secretär E. Fuhrmann.

Im Jahre 1909 hielt der Verein 14 wissenschaftliche Sitzungen ab, auf welchen von 21 Mitgliedern und 2 Gästen insgesamt 30 wissenschaftliche Mitteilungen gemacht, mehrere Kranke und eine grössere Anzahl makroskopischer und mikroskopischer Präparate und Röntgenogramme demonstriert wurden.

Die Vorträge und Demonstrationen verteilen sich folgendermassen auf die einzelnen Disciplinen.

Pathologische Anatomie.

1. Stud. Meuschen (Gast): «Ein Fall von doppelseitiger Nierendystopie, mit Demonstration des Präparates».
2. v. Schrenk: «Demonstration eines Falles von cystisch-myxomatös degeneriertem Myom».

Chirurgie.

1. Hecker: «Ueber die Erfolge der Behandlung chirurgischer Tuberculose in Leysin».
2. Hesse: «Ueber combinierte Erkrankung an hereditären multiplen Enchondromen und Exostosen» (mit Demonstration).
3. Lange: «Ueber narbige Kehlkopfstenose und deren operative Behandlung».
4. Oeser: «Demonstration eines Patienten, dem operativ ein Fibrom des Nasenrachenraumes entfernt worden war».
5. Osten-Sacken: «Ueber die Behandlung des Klumpfusses».
6. Stuckey: «Zur Kenntnis der metastatischen Nieren- und Leberabscesse».
7. Wannach: «Ein Fall von Paget'scher Knochenkrankheit».
8. Weber: «Ueber Indication und Technik der operativen Behandlung der Gallensteine».

9. Weber: «Ein Fall von Echinococcus der Bauchhöhle» (Demonstration des Präparates).
10. Heuking: «Ueber Appendicitis im Kindesalter».

Gynäkologie und Geburtshilfe.

1. Dobbert: «Ueber moderne Bestrebungen in der Geburtshilfe».
2. Schrenck: «Ueber gynäkologische Koeliotomien». (Präsidialvortrag).

Innere Medicin.

1. Hesse: «Beobachtungen über die Cholera asiatica in den Jahren 1908—1909 nach den Daten des Obuchow-Hospitals für Frauen».
2. Iversen: «Ueber die Behandlung der Febris recurrens mit Arsacetin».
3. Moritz: «Ueber Herzarhythmien».
4. Stühlern: «Ueber die Cholera indica in St. Petersburg 1908—1909».

Kinderheilkunde.

1. Fuhrmann: «Ueber Periostitis als frühe Complication des Ileo-Typhus».
2. Fuhrmann und Ucke: «Zur Frage der sogenannten foetalen Rhachitis».
3. Hörschelmann: «Ueber Hemiatrophia facialis» (Demonstration).
4. Schmidt: «Ueber die von Pirquet'sche Reaction und die Tuberculosehäufigkeit im Kindesalter».
5. Schmidt: «Ueber cutane Tuberculinprobe und Stichreaction».

Nervenkrankheiten.

1. Giese: «Ein Fall von Hypophysistumor mit akromegalischen Erscheinungen» (Krankendemonstration).
2. Hesse demonstriert Röntgenaufnahmen zum vorstehenden Fall von Giese.
3. Hesse: «Ueber 2 Fälle von Arthropathie bei Tabes».

Hygiene und Bakteriologie.

1. Friedlieb-Homburg (Gast): «Ueber das Deutschmann'sche Hefeserum».
2. Unterberger: «Ueber die Vererbung der Tuberculose».

Diversa.

1. Fuhrmann: «Zur Physiologie und Pathologie der Epithelkörper».
2. Lezenius: «Ueber die Augenheilkunde bei den alten Römern».

Mitteilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1500. Sitzung 18. November 1909.

Vorsitzender: Dr. P. Klemm. Schriftführer: Dr. C. Brutzer.

Anwesend 60 Mitglieder und 5 Gäste.

P. I. Discussion zu dem Vortrag des Dr. C. Sarfels über congenitale Hüftluxation. (cf. Prot. der Sitzung vom 4. XI. 09).

Dr. Sarfels gibt ein Resumé seines Vortrags.

Dr. Brennsohn demonstriert einen Fall von congenitaler Hüftluxation, der von Dr. von Bergmann transponiert wurde, während Vortragender die Nachbehandlung übernahm. Patientin ist jetzt 7 Jahre alt. 1906 wurde sie zum ersten Mal operiert, dann noch mehrfach: es trat aber immer wieder Reluxation auf, bis endlich doch eine Transfixation über der Pfanne zustande kam. Die Verkürzung ist bis auf 2 cm. zurückgegangen, und das functionelle Resultat ist günstig. Die Kleine hat noch einen etwas wippenden Gang, beim Laufen ist die Nebenbewegung weniger bemerkbar. Vortragender macht darauf aufmerksam, wie verschieden die einzelnen Operateure ihre Resultate bemessen. So gibt Kölliker in Leipzig 4% Heilung an, Lorenz 63% andere bis 100%. Bei der Nachbehandlung sind forcierte passive Bewegungen zu vermeiden. Massage und nicht zu starke Widerstandsgymnastik werden empfohlen.

Dr. von Bergmann: Wie lange soll die Immobilisation nach der Reposition dauern? Die Angaben darüber gehen sehr auseinander. In Dr. Sarfels' Fällen dauerte sie ca. 8 Monate, Joachimstal verlangt 3—4 Monate, Schanz 4 Wochen, Lorenz spricht auch für 8—10 Monate.

Dr. Klemm: Es lassen sich nicht feste Normen, die für jeden Fall gelten, aufstellen. Die erste Indication ist das feste Fixieren des Kopfes in der Pfanne, die kleinsten Differenzen müssen babei beachtet werden und verlangen neue Eingriffe. Das nächste ist, die Zugrichtung der Muskeln in normale Bahnen zu leiten; dabei ist jeder Fall ein physikalisch-mechanisches Problem für sich. Eine Immobilisierung von 3 Wochen bis 4 Monaten führt jedenfalls zu nichts.

Dr. Berkholz fragt, welches die untere Altersgrenze für eine Reposition sei.

Dr. Sarfels (Eigenbericht): (Zu Dr. Bergmanns Frage). Mir scheint, dass die Immobilisationsperiode die Gypsbehandlung überdauern soll. Der Gypsverband soll das Gelenk in reponierter Stellung versteifen; die Beweglichkeit darf nur ganz allmählich wiederkehren. Die Gypsbehandlung kann unterbrochen werden, wenn das Gelenk eine gewisse Steifigkeit erlangt hat, die die Reposition sichert, was im Allgemeinen bei älteren Kindern früher eintritt als bei jüngeren. In 2 Monaten werden die Gelenke wohl immer noch zu beweglich sein. Die Vorschläge zur Abkürzung der Behandlung sind vereinzelt und haben lebhaften Widerspruch gefunden.

(Zu Dr. Berkholz, Frage): Die Bestimmung der unteren Altersgrenze hängt von den im Einzelfall vorhandenen und anwendbaren technischen Möglichkeiten ab. Es sind ein paar Fälle bekannt, in denen bald nach der Geburt reponiert wurde. Das Endresultat ist mir unbekannt.

(Zu Dr. Brennsohns Bemerkungen): Der Procentsatz der Heilungen wird allerdings sehr verschieden angegeben. Die Statistiken werden dadurch beeinträchtigt, dass in den ersten Jahren meist nur Transpositionen erzielt werden. Erst später lernte man, in den weitaus meisten Fällen anatomische Heilungen zu erhalten. Der normale Gang kann erst in Jahren gelernt werden, ähnlich wie das normale Sprechen nach der Wolfsrachenoperation. Es ist in vielen Fällen bereits völlige Herstellung der normalen Function erreicht worden; wie oft das der Fall sein wird, bleibt noch abzuwarten. Die conditio sine qua non ist jedenfalls die vorherige anatomische Heilung, die in etwa 70—80% der Fälle erreichbar ist.

Dr. P. Klemm stimmt letzterem bei. Wolfsrachen und congenitale Hüftluxation bedürfen beide nach der Operation einer Wiederherstellung der Zugrichtung der Muskeln. Es muss eine lange Zeit verstreichen, bis sich die Innervation wiedergebildet hat. Lorenz, der anfangs blutig reponierte, hat trotz vollständiger Wiederherstellung der anatomischen Verhältnisse keine guten Resultate gehabt, weil sich der Muskelapparat nicht restituierte.

Dr. von Bergmann: Die anatomischen Verhältnisse werden durch die blutige Operation dauernd wiederhergestellt. Die Veränderungen, die später am Gelenk eintreten und das Resultat in Frage stellen, sind wahrscheinlich durch arthritis deformans bedingt. Redner operierte ein Mädchen von 22 Jahren, das an congenitaler Hüftluxation litt. Die Reposition wurde blutig ausgeführt und gelang vollkommen. Das Gelenk wurde durch Lappenschnitt nach Larghi eröffnet. Die Kranke wurde nach der Operation hysterisch und konnte überhaupt nicht mehr gehen. Erst nach längerer Behandlung im Institut des Dr. von Sengbusch bekam sie ihren Wackelgang wieder wie vorher (Archiv für klin. Chirurgie Bd. 69). 3 Jahre später war sie so weit gekräftigt, dass sie 2—3 Werst ging und nicht mehr wackelte. Das Hüftgelenk hatte die Hälfte der normalen Excursionsweite. Bei ähnlichen Fällen diesen Alters will Bergmann die blutige Reposition auch ferner versuchen.

Dr. Klemm hebt hervor, dass man in jungen Jahren damit rechnen kann, dass sich Kopf, Hals und Pfanne den Verhältnissen entsprechend umformen. Eine künstliche Umformung käme daher nur für ein späteres Alter in Betracht.

P. 2. Dr. Boettcher und Dr. Walter demonstrieren ein anatomisches Präparat, eine Pylorusstenose beim Säugling.

Dr. Boettcher: Der Säugling, von dem das anatomische Präparat herstammt, erbrach vom ersten Tage nach der Geburt an. Als Vortragender seine Behandlung übernahm, waren ausserdem für Pylorospasmus typische Symptome vorhanden. Das Abdomen war vorgewölbt, die unteren Partien collabiert, in der Magengegend war Peristaltik bemerkbar, es bestand Obstipation und Erbrechen im Strahl, kein Tumor. Es wurde anfangs eine conservative Behandlung vorgenommen. Der Säugling musste hungern und bekam dann Brustmittel in grossen Pausen. Dabei schwanden die Krankheitssymptome. Aber das Körpergewicht nahm nicht zu. Allmählich trat Dilatatio ventriculi ein. In der rechten Seite des Abdomens in der Nabelgegend war ein Tumor palpabel, ein Strang, der der Pylorus sein konnte. Dieser Befund wurde während einer Consultation mit Dr. Walter erhoben. Eine Operation wurde beschlossen, und Dr. Walter führte sie aus. Das Kind starb 24 Stunden nach der Operation. In diesem Fall hatte also die conservative Behandlungsmethode versagt. Wenn ein operativer Eingriff früher vorgenommen worden wäre, so wären die Chancen für ein gutes Resultat besser gewesen. Die Verenge-

rung des Pylorus ist in diesem Fall wohl congenital gewesen.

Dr. Walter: Am 21. October a. c. fand die Laparotomie statt. Es wurde eine Gastroenterostomie angelegt. Das Auffinden der Jejunumschlinge war sehr erschwert, da der Patient, der nicht narkotisiert wurde, stark presste. Bald nach der Operation nahm er die Brust und behielt die Nahrung bei sich. Am Abend fing er an zu erbrechen und verfiel. 24 Stunden nach der Operation trat der Exitus ein. Das anatomische Präparat zeigt, dass der Magen stark dilatiert ist und die Wandung hypertrophiert. Der Pylorus ist derb, fingerdick, für eine Sonde knapp durchgängig. 2 Falten oder Volvulae verschliessen noch den Zugang. Eine solche Stenose wird nicht wie ein Spasmus zurückgehen. Bei frühzeitiger Operation wären die Resultate besser.

Dr. Berkholz hat vor einigen Jahren der Gesellschaft prakt. Aerzte über 2 Fälle von Pylorospasmus berichtet, die bei conservativer Behandlung genasen. Den vorliegenden Fall hat Redner 10 Tage nach der Geburt gesehen, damals waren keine Anzeichen von Pylorospasmus vorhanden. Rapide Abnahme des Körpergewichts gibt die Indication zur Operation. Pylorusstenose erscheint erst 2—3 Wochen nach der Geburt, daneben Peristaltik und Stuhlverhaltung. Nach dem anatomischen Präparat müsste man doch einen congenitalen Schaden annehmen. Die Zahl der Heilungen von Pylorospasmus beträgt 50 pCt.

Dr. Walter meint, dass 50 pCt. Heilung eine recht schlechte Prognose bedeutet. Das functionelle Resultat der Operation war ein gutes, da Mageninhalt in den Darmschenkel übergegangen war.

Dr. Berkholz führt für die Aetiologie des Pylorospasmus eine gewisse neuropathische Beanlagung an.

Dr. Schabert regt die Frage an, ob es nicht richtiger wäre, diese bisher als Pylorusstenose bezeichneten Zustände als idiopathische Hypertrophien des Magens zu bezeichnen und aufzufassen. Tatsächlich sei hier der ganze Magen hypertrophisch; für die idiopathische Hypertrophie einzelner Hohlorgane gäbe es auch sonst Analogien in der Pathologie.

Dr. Berkholz: Wernck e-Kopenhagen weist in pathologisch-anatomischen Arbeiten nach, dass die Hypertrophie der Magenschleimhaut secundär ist durch Hyperactivität.

Dr. Engelmann referiert über einen Fall von Nieren- und Harnblasentuberculose, bei dem er mit Erfolg die Nephrectomie ausgeführt hat, und der in eclatanter Weise den Wert der neueren urologischen Untersuchungsmethoden, speciell des Ureterencatheterismus und der functionellen Nierendiagnostik erweist.

Der 20-jährige Patient war 3 Wochen lang in der internen Abteilung des Krankenhauses beobachtet worden, ohne dass eine bestimmte Diagnose gestellt werden konnte. Die in den Vordergrund tretenden Allgemeinerscheinungen: Fieber von zeitweise intermittierendem Charakter, allgemeine Schwäche etc. liessen auf Malaria und Tuberculose fahnden. Die Localerscheinungen waren sehr gering. Der eitrig getrübte Urin liess eine tuberculöse Pyelitis vermuten, doch wurden Tuberkelbacillen im spontan gelassenen Urin nicht gefunden. Der Lungenbefund war ein normaler. Am 20. October a. c. wurde der Patient in die Abteilung des Referenten behufs urologischer Untersuchung transportiert. Der Befund war folgender: Der Patient ist stark abgemagert, anämisch, fiebert hoch. Palpatorisch: Nierengegend beiderseits druckempfindlich, rechte Niere vergrössert, stärker druckempfindlich. Urin sehr trüb, eitrig. Die nach Cocainisierung sofort vorgenommene Cystoskopie ergab: Trigonum und Fundus lebhaft gerötet, in der Gegend der Ureterenmündung rechts und im Fundus ausgesprochen tuberculöse Ulcerationen, die rechte Ureteröffnung klaffend, mit charakteristisch gewulsteten Rändern. Ureterencatheterismus beiderseits. Rechts entleert sich eitrig getrübter, links fast klarer Urin. Functionelle Prüfung: I. mittelst Phloridzin (0,01 Phloridzin subcutan) ergibt: links nach 20 Minuten ausgesprochene Zuckerreaction, rechts: nach 25 Minuten gleichfalls. II. Indigocarminprobe (20 cub. ctm. einer 0,4 pCt. Indigocarminlösung intramusculär) ergibt: links nach 10 Minuten beginnende, sich schnell verstärkende Blaufärbung des Urins, rechts: nach 12 Minuten schwache Blaufärbung, die sich nicht wesentlich verstärkt. Die Untersuchung des getrennt aufgefangenen Urins ergibt: rechts: Eiter, granulierte Cylinder, Tuberkelbacillen und deutl. Albumingehalt, links: keine Eiterkörperchen, dagegen Epithelzellen, einige wenige fein granulierte Cylinder, Albuminspuren. Dieser Untersuchungsbefund klärte die Situation sofort nach allen Richtungen. Es bestand danach: eine Tuberculose der rechten Niere, deren Parenchym zum Teil bereits zerstört sein musste, ferner eine wohl sicher absteigend entstandene Tuberculose der Harnblase. Die für die Prognose der operativen Entfernung der kranken Niere und damit für das Leben des Patienten entscheidende Frage nach dem Zustande der linken Niere hatte gleichfalls ihre prompte Beantwortung erfahren. Wenn auch der Befund an Eiweiss und Cylindern die linke Niere als anatomisch nicht intact erwies, so gestattete die Abwesenheit von Eiterkörperchen und Tuberkelbacillen die Annahme, dass es sich nur um eine durch den Eiterherd in der anderen Niere bedingte toxische Nephritis geringen Grades handele. Eine solche pflegt nach der Entfernung der kranken Niere auszuheilen. Vor allem aber ergab die functionelle Prüfung nach beiden Methoden übereinstimmend die functionelle Tüchtigkeit der linken Niere, ihre Fähigkeit, die Function allein zu übernehmen. Die Frage nach der Prognose der Nephrectomie war damit im günstigen Sinne entschieden.

Am 24. October wurde vom Referenten die rechtsseitige Nephrectomie unter Lumbalanästhesie (Stovain 0,06) ausgeführt. Der Wundverlauf war ein glatter, der Erfolg ein eclatanter. Das Fieber fiel sofort, die Harnabsonderung war eine normale. Die Blasenerkrankung besserte sich unter localer Behandlung schnell, die Ulcera sind jetzt im Cystoskop nicht mehr sichtbar. Der Urin ist noch eitrig getrübt, enthält keine Tuberkelbacillen, Albumingehalt minimal, entsprechend dem Eiter. Der Patient erholt sich zusehends, hat in der letzten Woche 7 Pfd. an Gewicht zugenommen.

Der Fall beweist, wie schwere Veränderungen trotz rel. geringer klinischer Localsymptome bestehen können. Nur die urologischen Untersuchungsmethoden ermöglichten ihre rechtzeitige Erkennung und damit die lebensrettende Operation. (Demonstration der exstirpierten Niere, die im oberen Teil mehrere Cavernen aufweist, sowie zahlreiche Tuberkelknötchen, und einer farbigen Zeichnung des Blasenbefundes).

P. 4. Dr. Biehler: Bericht über die II. internationale wissenschaftliche Lepraconferenz in Bergen.

Feuilleton.

Wiener Brief.

Original-Correspondenz der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

In der Gesellschaft für innere Medicin demonstrierte Schüller einen 34-jährigen Tabiker, bei dem schon im Initialstadium fast völlige Blindheit neben Steh- und Gehunfähigkeit infolge hochgradiger Ataxie besteht. Während man das Auftreten von Sehnervenatrophie im Frühstadium der Tabes als ein die Entwickelung der Ataxie hinderndes Moment angesehen hat (Gesetz von Benedikt), ist doch, wie Sch. an 3 Fällen feststellen konnte, die Combination von Sehnervenschwund mit Hinterstrangerkrankung dem Initialstadium der Tabes nicht fremd. Für die Ataxiebehandlung nach Frenkel ist die Erblindung die unangenehmste Complication. Gleichwohl hat Hajos in letzter Zeit über gute Erfolge der Ataxiebehandlung bei blinden Tabikern berichtet. Bei dem von Sch. vorgestellten Kranken wurde mit der Einübung der noch in Resten erhaltenen Lageempfindungen begonnen und bereits eine bedeutende Besserung erzielt. Benedikt bemerkt in der Discussion, dass er das Gesetz, dass bei prodromaler Amaurose die schweren ataktischen Erscheinungen behoben werden — dies gilt auch bei prodromalen Crises gastriques und bei der aufsteigenden Form der Dementia paralytica (Typus Joffe-Westphal) — schon früher publiciert hatte (1868, Elektrotherapie. Es wurde in Frankreich durch ein offenes Schreiben an Babinski (Wien. med. Presse, Nr. 33, 1887) bekannt. Ihm selbst ist seitdem nur ein Fall vorgekommen, der scheinbar eine Ausnahme machte, da er nicht, wie die anderen, durch Galvano- und Hydrotherapie geheilt wurde, vielmehr trotz dieser Therapie fortschritt. Es war dies einer der schwersten Fälle von Tabes, der ihm vorgekommen ist. Zwei Männer konnten den Kranken nicht in aufrechter Stellung erhalten, weil die colossalen Schleuderbewegungen, besonders der Beine sie umzuwerfen drohten. B. machte die blutige Dehnung beider Ischiadici, und dadurch wurde nach kurzer Zeit die Gehfähigkeit normal. Der Kranke ging schliesslich an Atrophia senilis zu Grunde. K. Weiss bemerkt, dass die Tatsache, dass entgegen der allgemein verbreiteten Meinung Ataxie auch bei amaurotischen Tabikern vorkommt, sicherlich zu Recht besteht. Immerhin ist es auffallend, dass bei der relativen Häufigkeit der tabischen Blindheit (Gowers nimmt 15 pCt. an, Mann fand unter 165 untersuchten Fällen sogar 33¹/₃ pCt.) Ataxie eigentlich selten beobachtet wird. Foerster, der den Einfluss der Opticusatrophie auf den Verlauf der Tabes eingehend studiert hat, stellte an seinem Material die durchschnittliche Dauer des präataktischen Stadiums fest und fand für sehende Tabiker eine solche von 4¹/₂, für Blinde von 9¹/₂ Jahren. Frenkel selbst verwendet bei seiner Therapie statt des ausgefallenen optischen Sinnes bei solchen Fällen die Tastempfindung, indem er bei den Uebungen im Bette die Kranken jede Bewegung der übenden Extremität durch die aufgelegten Hände des Pat. controllieren

lässt. Ebenso werden bei Gehübungen der Rumpf, das Becken und der Oberschenkel abgetastet.

In der Gesellschaft der Arzte sprach M. Hirsch über die operative Entfernung von Fragmenten bei Fractur des os naviculare. Beide Patienten kamen kurz hinter einander zur Beobachtung, und zwar 4 Wochen nach dem Trauma. Beide hatten der Verletzung anfangs wenig Bedeutung zugemessen und stellten sich erst vor, als die Beschwerden anstatt geringer zu werden, sich verschlimmerten und sie arbeitsunfähig wurden. Beide boten die charakteristischen Symptome der Navicularfractur; das Handgelenk war im radialen Anteil leicht geschwellt die sogenannte «Tabatiere» ausgefüllt, es bestand genau auf die Tabatiere beschränkter Druckschmerz, die Beweglichkeit des Handgelenks, namentlich Dorsalflexion, war stark eingeschränkt; dazu Atrophie der Vorderarmmuskeln, vollständige Arbeitsunfähigkeit; die Durchleuchtung bestätigte die Diagnose. Die Operation gestaltete sich ziemlich einfach: Schnitt am Handrücken über dem O. naviculare, Eröffnung des Gelenks, scharfe Durchtrennung der Verbindungen mit den Nachbarknochen, Heraushebung zunächst des proximalen, dann des distalen Fragmentes, mittelst Elevatorium, Naht der Kapsel, Naht der Haut. Der Verlauf war reactionslos. Die Beweglichkeit ist fast vollkommen frei. Die Lücke im Gelenk hat sich durch Zusammenrücken der Nachbarknochen etwas verkleinert. Diese von Kaufmann inaugurierte operative Therapie der Navicularfractur bedeutet einen grossen Fortschritt. Bis jetzt bestand eine recht ungünstige Prognose bei conservativer Behandlung. Die Querfractur beeinträchtigt ganz gewaltig die Arbeitsfähigkeit. Ausserdem gibt es eine zweite, seltenere Form der Fractur, d. i. der Abriss der Tuberositas des Knochens. Dieser extracapsuläre Bruch heilt bei jeder Behandlung in kurzer Zeit völlig aus. Bei der Querfractur aber liegt der Bruch ganz intraarticulär. Wie auch bei anderen intraarticulären Brüchen findet keine Callusbildung statt, die Fragmente wachsen entweder garnicht oder höchstens fibrös zusammen. Bei einem so complicierten und feinen Gelenk, wie das Handgelenk, muss das von den schwersten Folgen für das Gelenk sein. Die rauhen Fragmente bilden einerseits ein Hemmnis der Beweglichkeit, andererseits bilden sie einen chronischen Reiz für das Gelenk; es kommt zu Verletzungen der Kapsel und benachbarter Knorpelflächen durch die Ränder der Fragmente; so entwickelt sich ein chronischer Reizzustand des Gelenks, es treten deformierende arthritische Processe an Knochenkapseln und Bändern auf. Das bedingt die überaus traurigen Spätfolgen, die Hand versteift, ist in Radialflexion fixiert, der Schmerz hört nicht auf; dazu kommt fast nach jeder stärkeren Inanspruchnahme der Hand ein acuter Erguss ins Gelenk mit Steigerung der Beschwerden. So wurden von 6 Navicularfracturen, die in der deutschen Armee im J. 1907 beobachtet wurden, sämtliche Pat. als dienstuntauglich entlassen und mit 20 bis 35 pCt. als erwerbsunfähig erklärt. An diesen ungünstigen Ergebnissen kann die conservative Therapie nichts ändern; fixierende Behandlung, mobilisierende Behandlung, Gymnastik, Heissluft sind vergeblich angewendet worden. Deshalb ist die operative Behandlung zu begrüssen. Mit dem ohnehin nicht knöchern heilenden gebrochenen Knochen eliminieren wir die Quelle des Reizes für das Gelenk, beseitigen das Hemmnis der Bewegung, so dass alle Folgen vermieden werden.

Bacelli sprach über die Einspritzung heroisch wirkender Mittel in die Venen. Ein Nachteil dieser Methode kann nur in einer ungeschickten Technik beruhen. Die Injectionen der Chininsalze (1 Gr.) in die Venen bei schweren Fällen von Malaria wirken geradezu lebensrettend. Ausserdem hat B. Sublimat in schweren Fällen von Syphilis, auch in Fällen schwerer Infection und dann eingespritzt, wenn der Weg der eingedrungenenen Bakterien nicht bekannt ist. Bei der syphilitischen Infection sieht man oft eine Endarteriitis obliterans, die verhindert, dass das Medicament in das erkrankte Gewebe dringt. Wäre dieses Hindernis unübersteigbar, so würde sich das Syphilom ebenso wie der Tuberkel verhalten, der keine Gefässe im Innern hat. Aber die Injection von Sublimat öffnet die endarteriitischen Gefässe, und der Blutstrom gelangt zu diesem erkrankten Gewebe. So hat B. unerhoffte Heilung in 397 Fällen von Syphilis der Augen, des Herzens, des Nervensystems, der Knochen und der Haut erzielt. Bei den parasyphilitischen Affectionen ist das Verfahren wirkungslos. Bei der Meningitis cerebrospinalis, in mehreren Fällen von Polyarthritis rheumatica, Septikämie hat sich das Verfahren bewährt. Bei paroxysmaler Tachykardie, bei denen nicht allein eine hohe Pulszahl, sondern auch Cardiospasmus und Irregularität und Arhythmie des Pulses besteht, bewährt sich die intravenöse Injection von Strophantin. (Congress Budapest).

Klapp spricht über die conservative Behandlung der chirurgischen Tuberculose. Es ist falsch, eine locale Tuberculose nur als ein locales Leiden zu behandeln. Durch alle möglichen Curen, See-, Höhenaufenthalt, Wechsel des Klima, der Lebensweise, oder durch Sonnen- und Luftbäder soll das Allgemeinbefinden gekräftigt werden. K. legt Wert auf eine vorangehende Malzfütterung. Auch von der Schroth schen Cur hat. K. Erfolge gesehen. Weichteil und Knochensequester grenzen sich sehr schnell und energisch ab, führen während der Cur zu gesteigerter Eiterung und müssen dann entfernt werden. Fieber und fortschreitende Tuberculose contraindicieren die Cur. Es gibt ferner auch locale Mittel, die die chirurgische Tuberculose zur Ausheilung bringen. Fixation, Entlastung der kranken Gelenke, Jodoformbehandlung und Hyperämie nach Bier gehören hierher. Jodoform und Hyperämie zugleich verwirft Bier. Entlastung und Fixation werden nur bei Coxitis combiniert. Bei Knie- und Fusstuberculose wird entlastet, aber nicht fixiert; hier werden abnehmbare Verbände bevorzugt, so dass täglich 1—3 Stunden lang Stauungshyperämie gemacht werden kann. Die Coxitis wird ambulant mit gut sitzendem Gipsverband behandelt mit Gehbügel. Jodoform wird in 10% Glycerinemulsion verwendet, insbesondere bei Senkungsabscessen. Die Stauungshyperämie wird täglich 1—3 Stunden verordnet, so dass möglichst starke Stauung entsteht, ohne dass der periphere Gliedteil sich abkühlt, oder Schmerz empfindet. Je heisser die Stauung, umso besser. Oft wird das Glied vor Anlegung der Binde im Heissluftkasten gestaut. In letzter Zeit hat K. eine 60 pCt. Lösung von Chlorzink-Alcohol 1—2 cm³. täglich oder in kurzen Pausen in die gesunde Umgebung gespritzt, um eine chemische Entzündung im Nachbargewebe zu erzielen und ferner die bei der Stauung wertvolle Wärme des Gliedes zu erhalten. Von den neuerdings angegebenen Mitteln, Leukocytenferment und $^1/_6$ Trypsinlösung, ist letztere von K. erprobt worden. Diese Behandlung scheint besonders für die abscedierende Form der Tuberculose geeignet. Die besten Resultate mit Trypsin wurden bei der Tuberculose der Sehnenscheiden und Schleimbeutel gefunden. Die Injectionen von 60 pCt. Alcohol sind besonders geeignet, möglichst viel derbes Bindegewebe in der Umgebung der erkrankten Stelle zu erzeugen, vorher gibt man zur Anästhesie eine Novocaininjection. (Congress Budapest).

E. Maragliano sprach über die klinischen Gesichtspunkte der Serotherapie der Tuberculose; die lebenden Tuberkelbacillen, sowie ihre Leiber erzeugen nach experimenteller Einführung in den tierischen Organismus specifische Schutzsubstanzen antitoxischer, bakteriolytischer und agglutinierender Natur. Man bedient sich dabei mit Vorteil wasseriger, nicht der Glycerinextracte von Bacillenleibern, weil man wohl erstere, nicht aber letztere ohne Erhöhung der Toxicität (Glycerin!) concentrieren kann. Ein Serum, von dem 1 g. 1 kg. des gesunden Meerschweinchens gegen die minimale tötliche Dosis eines titrierten Giftes schützt, enthält 1000 Antitoxineinheiten. Auf diese Art lässt sich die antitoxische Kraft des Serums vorbehandelter Tiere genau bestimmen. Das Serum immunisierter Tiere hemmt in vitro die Entwickelung von Tuberkelbacillenculturen und schützt Tiere vor den Folgen einer Bacillenimpfung, der die Controlltiere erliegen. Um antituberculöses für die Therapie beim Menschen verwendbares Material zu erhalten, ist die Anwendung lebender Bacillen absolut ausgeschlossen. Die antituberculösen Substanzen befinden sich in den Zellelementen der Gewebe, den Leukocyten, im Blutserum, in der Milch der behandelten Tiere, in den Eiern der behandelten Hühner und in den tuberculösen Entzündungsproducten, die experimentell mit den Bacillensubstanzen erzeugt wurden. Beim Menschen ruft die tuberculöse Infection die Production specifischer Schutzsubstanzen analog denen bei experimenteller Tiertuberculose, hervor. So konnte M. bei Tuberculösen Antitoxine Agglutinine, Bacteriolysine nachweisen. Diese natürliche Schutzkraft des Organismus kann durch Tuberculine (Koch) oder durch Serum immunisierter Tiere nach M. erhöht werden. Vor dem Koch schen Tuberculin hat M. Serum den Vorzug constanter Giftigkeit. M. hat Erfolge nur bei localisierter Tuberculose ohne Toxinämie erzielt. Die Anwendung erfolgt per os, subcutan oder direct durch die Brustwand in die Lungen. (Congress Budapest).

R. Kraus, Ranzi, Ehrlich berichten über Versuche, die sie betreffs experimenteller Uebertragung von Tumoren bei Ratten angestellt haben. Wenn man Rattensarkom subcutan und gleichzeitig in ein inneres Organ bei Ratten implantiert, so können diese Tumoren entweder gleichmässig wachsen, oder der Organismus wächst schneller, oder es geht kein Tumor auf. Wenn man bei einem mit einem Tumor inficierten Tier noch einmal später einen Tumor einpflanzt, so geht letzterer nicht mehr auf; er wächst zwar einige Zeit, involviert sich aber später. Ferner berichtet K. über das Verhalten der Haut gegen Vaccine bei parabiotischen Affen. Wenn man eines von zwei parabiotischen Tieren mit Typhus oder mit Cholera inficiert, so erfolgt die Bildung von Agglutinen nur bei diesem Tiere, erst nach längerer Zeit auch bei dem anderen Tiere. Wird von zwei durch muskuläre Parabiose vereinigten Affen der eine mit Vaccine geimpft, so wird er immun, der andere dagegen nicht,

so dass bei ihm nach der Impfung eine Impfpustel entsteht. K. hat auch untersucht, ob eine Parabiose zwischen verschiedenen Tieren möglich ist. Wenn man Mäuse mit Ratten parabiotisch vereinigt, so gelingt es nicht länger als 12 Tage sie am Leben zu erhalten. Nach v. Eiselsberg heilen Hautlappen auf einer fremden Tierart nicht an. Von 2 parabiotischen Ratten wurde eine mit Rattensarkom geimpft. Als nach 7 Tagen beide Ratten mit Rattensarkom reinficiert wurden, wurden die neu eingepflanzten Tumoren bei beiden Ratten nekrotisch. Ob dies auf wirklicher Immunität oder auf Atrophie beruht, lässt sich nicht entscheiden. K. Landsteiner bemerkt in der Discussion, dass auch das Organ, in welches bei Mäusen ein Tumor implantiert wird, auf das Wachstum des letzteren einen Einfluss ausübt; in der Milz z. B. wächst der Tumor rasch und bildet leicht Metastasen in der Leber. R. Paltauf weist darauf hin, dass die besprochenen Tumoren meist infiltrierend wachsen und lange umschrieben bleiben. Warum die Metastasen bei Tieren so selten sind, ist vielleicht in anatomischen Verhältnissen (Fehlen eines infiltrierenden Wachstums) oder im Fehlen einer Disposition begründet. Auch wenn man Tieren Zellbrei von Tumoren injiciert, bekommt man selten Metastasen. Beim Menschen scheint es längere Zeit zu dauern, bevor es zu Metastasen kommt. Der Umstand, dass in der Umgebung von Krebsen entzündlich veränderte Drüsen vorkommen, welche kein Krebsgewebe enthalten, spricht dafür, dass die verschleppten Geschwulstkeime anfangs in den Lymphdrüsen zugrunde gehen.

R. Kraus und R. Volk berichten über Reinfectionsversuche bei cutaner Tuberculose der Affen. Ref. haben Affen an einer Augenbraue mit verschiedenen Tuberculosestämmen geimpft; die Infection mit Vogeltuberculose hatte keinen Erfolg, diejenige mit Courmontbacillen heilte spontan aus. Wurden nun später die Tiere auf der anderen Braue geimpft, so kam eine wirksame Infection nur dann zustande, wenn die frühere Infection entweder negativ war oder spontan ausheilte.

V. Hammerschlag berichtet über seine Versuche über die hereditäre degenerative Taubstummheit und das Mendelsche Gesetz. Die Versuche mit verschiedenen Mäusegattungen ergaben eine Uebereinstimmung mit den von Mendel für Pflanzen aufgestellten Gesetzen. Der Versuch die bei Tieren gefundenen Resultate auf den Menschen zu übertragen, ergab ein negatives Ergebnis (? Der Ref.). H. erklärt dies damit, dass die hereditäre Taubheit der Menschen quantitativ nicht gleichwertig ist, mit der hereditären Taubheit der Tanzmäuse.

«Der Oberste Sanitätsrat hat Erhebungen über das Vorkommen und die Ausbreitung der Scleromkrankheit (Rhinosclerom) in Oesterreich angeregt. Daher wurde folgende Kundmachung an die Aerzte versandt:

«Die fragliche Krankheit befällt meistens Personen der niederen Stände in dem Alter von 10 bis 50 Jahren. Sie ist nach ihrem histologischen Bau eine Granulationsgeschwulst und wird zu den chronisch-entzündlichen Neubildungen gezählt. Als Erreger gilt der Kapselbacillus von Frisch.

Nach ihrem gewöhnlichen Sitze in der Haut der Nasenflügel und an den Nasenschleimhäuten heisst sie «Rhinosclerom»; da sie jedoch auch andere Körperteile zu befallen pflegt, ist die Bezeichnung «Sclerom» gebräuchlicher. Sie kommt nämlich nicht selten in den Augenbindehäuten, auf den Wangen und Lippen zur Beobachtung, von wo sie in die Mundhöhle, Ohrtrompete, in den Kehlkopf und in die Luftröhre bis in die Bronchien übergreift. Die hervorragendsten Merkmale des «Scleroms» sind die auffallende (knorpelartige) Härte, die langsame Entwicklung, der chronische Verlauf, die Schmerzlosigkeit, das mehr minder symmetrische Auftreten, die Bildung membranöser oder strahliger Narben mit derbem, centralem Infiltrate, das gleichzeitige Vorhandensein verschiedener Stadien des Processes, der Nachweis der Mikroorganismen im Gewebe bei jungen Infiltraten. Ist die äussere Nase ergriffen, so bietet die Diagnose bei dem charakteristischen Bilde derselben (der starren Nasenflügel und der Infiltrate symmetrisch um den Nasenboden) keine Schwierigkeit, umsomehr, da in solchen Fällen zugleich Veränderungen im Innern der Nase oder im Nasen-Rachenraume gefunden werden. Viel schwerer ist es zu entscheiden, wenn der Process sich auf der Schleimhaut abspielt und man das Bild ausgedehnter narbiger Veränderungen vor sich hat. In solchen Fällen kommt vor allem die Differentialdiagnose mit Syphilis in Betracht. Der chronische Verlauf, der Mangel jeglicher Schmerzen, das meist symmetrische Bild und die eigentümliche Consistenz lassen andere, ähnlich aussehende Processe (Lupus, Tuberculose, Syphilis, Epitheliom) ausschliessen.

Nur wenn ein frisches Infiltrat vorhanden ist, könnte es für Gumma gehalten werden, doch die soeben erwähnten Merkmale, der Mangel jedes Zerfalles und nicht zuletzt, bei Verdacht auf Syphilis, die Erfolglosigkeit einer Quecksilber- oder Jodbehandlung werden die Diagnose sicherstellen.

Ist fötider Geruch und Borkenbildung in der Nase vorhanden, so könnte eine Verwechslung mit «Ozaena» eintreten, umsomehr, da in beiden Fällen die Schleimhaut atrophisch, die untere Nasenmuschel schwer nachweisbar ist, doch fehlt beim «Sclerom» die bei «Ozaena» regelmässige Weite der Nasengänge, da entweder durch Infiltration der Schleimhaut oder durch Emporziehen des Nasenbodens eine Einengung der Nasenhöhle erfolgt.

Da über die Verbreitung dieser Krankheit nur wenig bekannt ist, handelt es sich vor allem darum, einen allgemeinen Ueberblick über die Ausbreitung derselben zu gewinnen.

Im Sinne dieses Erlasses werden die Leitungen der Krankenanstalten und die praktischen Arzte ersucht, derartige zur Behandlung gelangende Krankheitsfälle in geeigneter Weise eventuell mit den für die Anzeige von Infectionskrankheiten bestimmten Formularien dem Stadtphysikate zur Kenntnis zu bringen, damit das Vorkommen der Scleromerkrankungen in einzelnen Bezirken oder Häusern mit Sicherheit festgestellt werden kann».

Dr. Sofer.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Ein Sanatorium für 50 lungenkranke Soldaten des Gardecorps ist am 14. Januar eingeweiht worden. Auf Kosten Seiner Kaiserlichen Hoheit des Grossfürsten Michail Alexandrowitsch ist 8 Werst von der Station Terrioki an der finländischen Bahn und 3 Werst von dem evangelischen Sanatorium Petkijärwi ein grosses, dreistöckiges Steingebäude in ein Sanatorium umgewandelt. Das Sanatorium liegt am hohen Ufer eines malerischen Sees und hat zu seiner Verfügung 20 Desjatinen (Hektar) Tannenwald. Ein geräumiger Balcon am Hause und in der Nähe eine Liegehalle sind für die schwersten Patienten bestimmt, in Gemüse- und Garten-Anlagen werden die kräftigeren Kranken Beschäftigung finden.

Vorsteher der Anstalt ist der Arzt des Finländischen Leib-Garde-Regiments Dr. Al. Jan. Die oberste medicinische und administrative Leitung befindet sich in den Händen des Corpsarztes des Gardecorps, Ehren-Leibmedicus, Dr. S. Unterberger.

— Der o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Militär-Medicinischen Akademie zu St. Petersburg, Dr. Rein ist von seinem Lehramt zurückgetreten und der betreffende Lehrstuhl ist für vacant erklärt.

— Der a. o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität zu Odessa, Dr. med. Jakubowitsch ist zum ordentlichen Professor ernannt und die Privatdocenten an derselben Universität, Dr. med. Schatilow (Diagnostik und klinische Propädeutik) und Mag. pharm. Waljaschko (Pharmacie) sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt.

— Der Laborant am Hygienischen Institut des Weiblichen Medicinischen Instituts in St. Petersburg, Dr. med. Dobrowolskij ist zum a. o. Professor der Hygiene an der Universität zu Kasan ernannt.

— Im Institut für Experimentelle Medicin in St. Petersburg sind Versuche mit der Desinfection nach der japanischen Methode mittelst Formalin und Dampf gemacht worden, die sehr günstige Resultate ergeben und diese Methode als sehr brauchbar hingestellt haben.

— Nach den Mitteilungen des Vorsitzenden des internationalen Comités für den III. Laryngo-Rhinologencongress soll derselbe 1911 in Berlin stattfinden. Die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin hat in ihrer Generalversammlung vom 14. Januar d. J. ihre herzliche Freude darüber ausgesprochen, dass Berlin die Ehre haben soll, den Congress zu beherbergen. Der Gesamtvorstand der Laryngologischen Gesellschaft hat sich als Executivcomité für den Congress constituiert und wird sich durch Cooptation bekannter Laryngologen aus Deutschland ergänzen. Der Congress soll Ende August oder Anfang September statthaben. Den Congress betreffende Anfragen sind an den Schriftführer des Executivcomités, Prof. Rosenberg, Berlin N. W. 6., Schiffbauerdamm 26 oder an Dr. Finder, Berlin W. 62, Nettelbeckstr. 17, den Schriftführer des internationalen Comités, welches sich die Bestimmung der Referate und Referenten vorbehalten hat, zu richten.

— Der XV. Internationale Congress für Hygiene und Demographie, der Ende September dieses Jahres in Washington stattfinden sollte, ist auf 1911 verschoben.

— Die 82. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte findet vom 18. bis zum 24. September in Königsberg statt.

— Die Tagung der Deutschen pathologischen Gesellschaft findet vom 4. bis zum 6. April in Erlangen statt. Vorträge sind bei dem Vorsitzenden, Prof. Dr. Hauser in Erlangen bis zum 5. März anzumelden.

— Die Generalversammlung des Centralcomitees zur Bekämpfung der Tuberculose findet am 11. Mai statt.

— Poliomyelitis. In Preussen wurden in der Woche vom 2. bis zum 8. Januar 18 Erkrankungen und 2 Todesfälle registriert, in Oesterreich vom 26. December 1909 bis zum 1. Januar 1910 — 4 Erkrankungen.

— Verbreitung der Pest. Britisch-Indien. Vom 5. bis zum 11. December 1909 erkrankten 6897 Personen an der Pest und starben 5736. — Aegypten. Im Laufe des Jahres 1909 wurden 513 Fälle von Pesterkrankung registriert. — Honkong. In der Stadt Victoria starb in der Woche vom 21.—27. November 1909 ein Chinese an der Pest.

— Verbreitung der Cholera. Britisch-Indien. Vom 5. bis zum 11. December 1909 starben in Calcutta 21 Personen an der Cholera. — Persien. In Astara erkrankten vom 28. November bis zum 5. December 1909 31 Personen und starben 18 Personen. — Philippinen. Im Laufe des November 1909 erkrankten in Manila 53 Personen und starben 47, in den Provinzen erkrankten 931 und starben 673.

— Die Pest in Russland. Anfang Januar wurden in dem Dorf Naursali-Tschagyl in der Kirgisensteppe, Gouv. Astrachan, Pesterkrankungen constatiert; bis zum 12. Januar waren 13 Personen an der Pesterkrankt und 11 gestorben. Auf Anordnung der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest» ist der betreffende Kreis für pestinficiert und das Gouvernement Astrachan für pestbedroht erklärt worden.

— Die Cholera in Russland. In der Woche vom 10. bis zum 16. Januar erkrankte im Gebiet des Don-Kosakenheeres 1 Person an der Cholera und starben 2. Seit dem Beginn der letzten Epidemie sind in ganz Russland 20655 Personen an der Cholera erkrankt und 9381 gestorben.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 27. Dec. 1909 bis zum 2. Jan. 1910 459 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 35, Typh. exanth. 10, Febris recurrens 9, Pocken 45, Windpocken 19, Masern 118, Scharlach 79, Diphtherie 100, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 9, an anderen Infectionskrankheiten 35.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12665. Darunter Typhus abdominalis 239, Typhus exanth. 21, Febris recurrens 36, Scharlach 294, Masern 94, Diphtherie 229, Pocken 180, Windpocken 2, Cholera 0, crupöse Pneumonie 85, Tuberculose 727, Influenza 199, Erysipel 121, Keuchhusten 13, Hautkrankheiten 74, Syphilis 473, venerische Krankheiten 351, acute Erkrankungen 2224, chronische Krankheiten 1863, chirurgische Krankheiten 1667, Geisteskrankheiten 3350, gynäkologische Krankheiten 257, Krankheiten des Wochenbetts 64, verschiedene andere Krankheiten 69.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 819 + 46 Totgeborene + 104 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 17, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 0, Pocken 3, Masern 31, Scharlach 22, Diphtherie 15, Keuchhusten 4, crupöse Pneumonie 39, katarrhalische Pneumonie 96, Erysipelas 13, Influenza 9, Pyämie und Septicaemie 6, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 117, Tuberculose anderer Organe 23, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 53, andere Magen- und Darmerkrankungen 26, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 50, Marasmus senilis 26, andere Todesursachen 254.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 25. December 1909 in Moskau Dr. A. W. Schtscheglow; 2) am 7. Januar in St. Petersburg plötzlich der Oberarzt der gynäkologischen Abteilung des Obuchowhospitals, W. A. Wasten, geb. 1848, approbiert 1870; 3) in Wologda der leitende Arzt der Irrenanstalt, Dr. P. Strelzow; 4) Dr. A. Serratosa, Prof. der Semiologie an der med. Facultät in Montevideo; 5) Dr. J. J. Archinard, Prof. der Bakteriologie an der Tulane University in New-Orleans; 6) Dr. S. B. St. John, Docent der Ophthalmologie an der Yale-Medical School in New-Haven.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 26. Jan. 1910.

Tagesordnung: 1) Stuckey: Demonstration eines Falles von Beckenresection.

2) Hesse: Demonstration eines wegen Ulcus duodeni operierten Patienten.

3) Hartoch: Ueber die Wassermannsche Reaction.

4) Hesse: Ueber den chirurgischen Wert der Antifermentbehandlung acuter, eitriger Pro-Processe.

Geschäftliche Sitzung: Beratung betr. die Subventionierung der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» seitens des Vereins.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Febr. 1910.

Tagesordnung: A. Wladimiroff: Ueber Piroplasmosen.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

G. Lomer. Die Wahrheit über die Irrenanstalten. Wiesbaden. I. F. Bergmann. 1909.

I. Veit. Handbuch der Gynäkologie. Wiesbaden. I. F. Bergmann. Bd. IV. 2. Hälfte.

S. Fränkel. Praktischer Leitfaden der qualitativen und quantitativen Harnanalyse. Wiesbaden. I. F. Bergmann. 1909. Mk. 2.60.

H. Walther. Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen. Wiesbaden. I. F. Bergmann. 1910.

K. Franz und I. Veit. Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie. Wiesbaden. I. F. Bergmann. 1909.

E. Abderhalden. Handbuch der Biochemischen Arbeitsmethoden. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg. 1910. Bd. 2. Hälfte 2. Mk. 24. Bd. 3. Hälfte 1. Mk. 18.

V. Schwarz. Encyklopädie der Augenheilkunde. Leipzig. F. C. W. Vogel. 1909. 14., 16. u. 18. Lieferung.

O. Weiss. Phonokardiogramme. Jena. G. Fischer. 1909.

F. Penzoldt u. R. Stintzing. Handbuch der gesamten Therapie. Jena. G. Fischer. 1909. B. III. Bogen 8—22. 8. Lieferung. Mk. 4.50.

E. Leser. Die specielle Chirurgie. Jena. G. Fischer. 1909 Mk. 26.50.

E. Bleuler und S. Freud. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. Leipzig. Fr. Deuticke. 1909. Bd. I. Hälfte II. Mk. 7.

F. Kopsch. Raubers Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Leipzig. G. Thieme. 1909. Mk. 8.

W. M. Bayliss. Das Wesen der Enzym-Wirkung. Deutsch. von K. Schorr. Dresden. Th. Steinkopf. 1910. Mk. 3.

A. Lübbert. Zur Entstehungsgeschichte des Krebses und der anderen echten Geschwülste. Hamburg. C. Behre. 1909.

D. Sarason. Jahrescurse für ärztliche Fortbildung. München I. F. Lehmann. 1910. I. Heft. Januar. Mk. 2.

H. Triepel. Nomina anatomica. Wiesbaden. I. F. Bergmann. 1910.

Die Achte Internationale Tuberculose - Conferenz. Stockholm, 8.—10. Juli 1909. Berlin—Charlottenburg. Im Selbstverlage. 1910.

Э. Мельцеръ. Павильонъ-изоляторъ при клиникѣ дѣтскихъ болѣзней Женскаго Медицинскаго Института въ С.-Петербургъ. СПБ. 1910.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 1. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenie psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Chirurgie.

Russki chirurg. Archiv. 1909. H. II.

N. Spassokukotzkaja: Zur bakteriologischen Untersuchung des Blutes bei chirurgischen Infectionskrankheiten.

Die Untersuchung wurde bei folgenden Erkrankungen ausgeführt: 1) Osteomyelitis, 2) Erysipelas, 3) bei chirurgischen Infectionskrankheiten, die zuerst einen localen Charakter tragen und 4) bei septischen Erkrankungen verschiedenartigen Ursprungs. Dabei kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Die bakteriologische Untersuchung des Blutes nach Clodnitzki, wobei das Blut mit destilliertem Wasser vermengt wird, hat einige Vorzüge vor den anderen Methoden, da diese Mischung einen geeigneten Nährboden für alle möglichen Bacterien bietet, was von der Galle nicht behauptet werden kann. Das destillierte Wasser ist auch für die quantitative Bestimmung der Bakterien geeignet, wozu das mit Wasser vermengte Blut mit 3 pCt. Agar gemischt und dann in Petrischalen ausgegossen werden muss. 2) Die postmortale Untersuchung des Herzblutes gibt gewöhnlich dieselben Resultate, wie die bei Lebzeiten ausgeführte Untersuchung des Blutes. Das Auffinden des Bacterium coli im Leichenblute muss als eine postmortale Erscheinung angesehen werden. 3) Bei der acuten Osteomyelitis tritt die Bacteriaemie als Regel auf, bevor noch die localen Erscheinungen zum Ausdruck kommen; wenn der locale Herd entfernt ist, verschwindet die Bacteriaemie gewöhnlich; bei septisch verlaufenden Fällen hält die Bacteriaemie auch nach der Operation an. 4) Beim Eryripel tritt die Bacteriaemie sehr früh auf und verschwindet, wenn die erysipelatöse Röte zum Ausbruch kommt. Beim Erysipel, welches durch den Staphylococcus aureus hervorgerufen wird, hält die Bacteriaemie lange an. 5) Die Bacteriaemie, welche bei chirurgischen Infectionskrankheiten, die mit localen Erscheinungen einhergehen, auftritt, zeugt von einem schweren septischen Charakter der Erkrankung. 6) Infectionskrankheiten, die durch eitererregende Mikroorganismen hervorgerufen werden, und die keine Localisation zeigen, haben einen besonders schweren Verlauf. 7) Die Sepsis ist nicht eine Krankheit, sondern nur ein Symptomencomplex, welcher für einen schweren Verlauf der Erkrankung spricht, und jede Infectionskrankheit kann in ihrem Verlauf dieses klinische Bild geben; die Sepsis hat also keine einheitliche Aetiologie, sondern hat die Aetiologie derjenigen Erkrankung, zu welcher sie sich hinzugesellt. 8) Die Sepsis verläuft bei Erkrankungen, die durch Staphylococcus aureus hervorgerufen werden, in der Regel mit Bacteriaemie. 9) Die Staphylococcensepsis geht gewöhnlich mit Metastasen einher. In besonders schweren Fällen ist die Haut des Kranken mit kleinen Pusteln bedeckt. 10) Die Streptococcensepsis verläuft oft ohne Bacteriaemie. Die Metastasen fehlen bei dieser Art von Sepsis meistens.

N. Petrow: Zur Frage über die Venenanästhesie.

Verfasser machte eine ganze Reihe von Tierexperimenten, um die Resultate der Injection von anästhesierenden Flüssigkeiten in die Venen zu studieren. Hierbei überzeugte er sich, dass das Novocain bei der Einführung in eine Vene eines abgeschnürten Körperteils viel weniger gefährlich ist. Der grösste Teil des Novocains diffundiert nach der Einspritzung ins Gewebe und tritt nach der Lösung der Abschnürung nur langsam ins Blut zurück, so dass die Intoxicationsgefahr keine sehr grosse ist. Diese Diffusion aus den Gefässen ins Gewebe tritt am energischsten im Laufe von den ersten 15 Minuten auf; eine Entgiftung des Novocains tritt dabei nicht ein. Verfasser hat die Venenanästhesie nach Bier im ganzen 15 Mal mit guten Resultaten angewandt. Als Contraindication für die Venenanästhesie stellt Verf. alle acut entzündlichen Processe hin, weil bei der Injection der anästhesierenden Flüssigkeit inficierte Thromben abgelöst und in die Blutbahn verschleppt werden können; als zweite Contraindication sind alle acuten und chronischen Erkrankungen aufzufassen, die durch Sclerose und Thrombose von Gefässen hervorgerufen werden, zum Beispiel eine Gangrän, weil durch die Compression und Entblutung der Gefässe die Gangrän einen progressiven Verlauf nehmen kann.

W. Kasogledow und D. Kusnetzki: Zur Frage über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gallenblase bei der Cholecystitis.

Verfasser beschreiben sehr ausführlich zwei Präparate von Gallenblasen, die wegen chronischer Cholecystitis von Fedorow operativ entfernt worden waren. Besonders interessant war das zweite Präparat, wo die Gallenblase in einen fibrösen Tumor verwandelt war und die Gallenblasenwand eine Dicke von 20 Mm. hatte.

F. Weber: Ueber Indicationen zur operativen Behandlung der Gallensteine und die moderne Technik derselben. (Ist im Druck erschienen in der St. Petersb. Medic. Wochenschrift 1909, Nr. 17).

W. Oppel: Zur Casuistik hämorrhagischer Nephritiden.

Verfasser beschreibt einen Fall, wo eine 46-jährige Frau unter urämischen Erscheinungen an einer linksseitigen Nierencolik erkrankte; die Katheterisation der linken Niere ergab blutigen Urin; die Schmerzen liessen nach der Katheterisation gleich nach. Es wurde die Diagnose auf linksseitige Nierensteine gestellt und die partielle Decapsulation der Niere und die Pyelotomie ausgeführt, wobei aber kein Stein gefunden wurde. Die Kranke genas. Verf. ist der Ansicht, dass es sich hier um eine einseitige hämorrhagische Nephritis gehandelt habe.

Bei Nierenblutungen, die auf der Basis einer Nephritis entstehen, ist die Operation nur dann angezeigt, wenn die Blutung lebensgefährlich wird. Dabei kommt entweder die Nephrotomie oder die Nierendecapsulation in Betracht. Verf. ist der Ansicht, dass die Decapsulation den Vorzug verdient, da sie das kranke und schonungsbedürftige Nierengewebe mehr

schont, und dadurch, dass sie den Druck im renalen Gewebe verringert, den entzündlichen Process in der Niere günstig beeinflusst.

B. Finkelstein: Zur Milzchirurgie. Teil V. Ueber nicht parasitäre Cysten der Milz.

Verfasser bespricht sehr ausführlich die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der nicht parasitären Cysten der Milz. Dabei kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Kleine multiple Cysten kommen fast ausschliesslich in chronisch oder auch veränderten Milzen vor. Rupturen der Kapsel sind als hauptsächliches Moment anzusehen. An der Cystenbildung kann sich das peritoneale Peritoneum und die Lymphgefässe beteiligen. 2) Die grossen Cysten können in 2 Gruppen geteilt werden: in richtige Cysten mit einer gut ausgebildeten Kapsel und mit Endothel ausgekleidet und Pseudocysten, die aus Hämorrhagien entstanden sind. Die zweiten kommen häufiger vor. 3) Die Bedingungen für das Zustandekommen der grossen und kleinen Cysten sind die gleichen. Die Veränderungen, welche das Entstehen der Cysten begünstigen, werden durch das Trauma, durch Milzverlagerungen und schliesslich durch Malaria hervorgerufen. 4) Die Symptome sind dieselben, wie beim Milzechinococcus, nur haben Cysten keine Neigung zur Perforation in Nachbarorgane. Deswegen geben sie auch eine bessere Prognose. 5) Die operative Therapie besteht bei verwachsenen perisplenearen Cysten in einer breiten Eröffnung, bei intrasplenaren Cysten in der Resection der veränderten Partie. Die Splenectomie ist angezeigt in den Fällen, wo die ganze Milz grosse Veränderungen aufweist.

Weber.

Russki Wratsch. 1909.

M. Schour: Cocain-Adrenalinanästhesie bei schweren Operationen. (Nr. 24).

Mit dieser Anästhesie hat Sch. ausgeführt: 34 Leisten- und 1 Oberschenkelherniotomien, 2 Coeliotomien und eine Amputation des Oberschenkels im unteren Drittel. Verf. empfiehlt diese Anästhesie warm als zweckentsprechend und gefahrlos.

L. Sobolew: Theorie und Praxis des Instrumentschleifens. (Nr. 26).

Zum Referat nicht geeignet.

A. Abrashanow: Eine neue Operationsmethode beim Leistenbruch. (Nr. 27).

Genaue Beschreibung einer Methode zu operieren, die A. 3 Mal angewendet und mit deren Resultat er sehr zufrieden war.

S. Derinshinski: 20 Fälle von subtotaler Resection des Magens bei Carcinom. (Nr. 27).

Von 20 Operierten verlor D. 14, und nur 6 genasen, was 70 pCt. Todesfälle ausmacht.

J. Makowski: Die cutane Reaction Pirquets bei sog. chirurgischer Knochentuberculose, Tuberculose der Gelenke und Lymphdrüsen. (Nr. 27).

Für einen Chirurgen-Kliniciston hat in zweifelhaften Fällen ein positiver Ausfall der Reaction keine Bedeutung, weil ein solcher bei 60 pCt. klinisch Gesunder beobachtet wird. Ein negatives Resultat kann eher ausschlaggebend sein für die Differentialdiagnose.

S. Spassokukotzki: Darmverschlingung als Krankheit des hungrigen Menschen. (Nr. 29).

Unter normalen Verhältnissen, bei gleichmässig angefüllten Därmen geht bei Anspannung der Bauchpresse der ganze Darm in wurmförmige Bewegung über und hat einen bedeutenden Umfang. Unter diesen Bedingungen ist eine Darmverschlingung unmöglich und schwer zu erklären. Bei der gewöhnlichen vom Bauer genossenen vegetarischen Kost ist eine energische Peristaltik vorhanden und der Darminhalt bewegt sich schnell vorwärts. Normalerweise hat der Bauer 2 Ausleerungen am Tage, eine wird von ihm bereits als Verstopfung bezeichnet. Die physische Arbeit verstärkt dieses und die gewöhnliche Erscheinung bei längerem Hungern, das Einfallen des Leibes, zwingt den Menschen, den Gürtel fester zuzuschnüren. S. erwähnt einige Fälle von vollständiger Leere des Dünndarms, deutlich ausgesprochen nach längerem Hungern. Unbedingt notwendig für eine Darmverschlingung ist fortdauerndes Hungern bei einem schwer arbeitenden Menschen mit gut functionierendem Darm bei Pflanzennahrung. Bei einem Umfang der ganzen Menge des Dünndarms von etwa 2 Handvoll, welcher an einem dünnen Mesenterium hängt, kann man sich leicht alle möglichen Bewegungen dieser kleinen Masse vorstellen. In einem Falle war auch wirklich der ganze Dünndarm 3 Mal wie eine Schraube um das Colon ascendens und das Coecum gewunden, in dem sich ein trockenes Stück Kot befand. Diese Fälle von absoluter Leere des Darmes sind natürlich selten, ebenso wie die mehrfache, schraubenförmige Verdrehung. Einen 2. Fall von mehrfacher Verschlingung allein des Dünndarms operierte S. vor nicht langer Zeit: es handelte sich um eine 30-jährige Frau, bei welcher diese Erscheinungen nach einem [illegible] hen Abendessen nach dem langen Fasten auftraten. Der Process der Erkrankung ist folgendermassen zu erklären: Nehmen wir einen gesunden Arbeiter mit gut arbeitendem Darm während anstrengender Arbeit mit seltener aber reichlicher Nahrungsaufnahme. Infolge von langdauerndem Hungerns wird der Dünndarm ganz leer und zieht sich stark zusammen. Aus dem Magen treten in die oberen Darmpartien grosse Nahrungsmengen. Nach dem Gesetz der Schwere ziehen diese Massen den Darm nach unten in den Bauchraum, ohne von Seiten der leeren Darmschlingen irgend einen Widerstand zu finden, wobei das Mesenterium des oberen Teils nachfolgt (entsprechend dem Gang des Uhrzeigers, der gewöhnlichen Richtung der Darmverschlingung). Die unten befindliche obere Partie des Darmes füllt sich an und bläst sich auf und verdrängt den unteren, leichten, leeren Darmabschnitt, welcher durch sein Mesenterium nach oben gezogen wird, wobei die Drehung bis 180° vergrössert wird. Indem sich der Inhalt weiter bewegt, schiebt der Darm diesen unteren Abschnitt immer weiter in der Richtung des geringsten Widerstandes, nämlich zum leeren Magen zu, wodurch die Drehung immer vergrössert wird. Bei fortdauernder Peristaltik wird der Darminhalt immer weiter in den unteren Abschnitt getrieben, das Centrum der Schwere wird dorthin verlegt, und man kann sich leicht eine Drehung bis 360° vorstellen.

Fr. Mühlen.

Medizinskoje obosrenje. 1909 Nr. 7.

P. Gussew: Ueber die Behandlung des Anus praeternaturalis.

G. hat einen Fall von Anus praeternaturalis operiert und denselben noch längere Zeit in Beobachtung gehabt. Auf Grund seiner Erfahrung ist Verf. der Ansicht, dass die Enteroanastomose bei vernachlässigten, alten Fällen manchmal von einem guten dauernden Erfolg gekrönt sein kann. In Fällen jedoch, die wie dieser, es zweifelhaft erscheinen lassen, ob das abführende Darmende noch durchgängig ist, ist sie die einzig mögliche Operation, da die anderen Operationsmethoden nicht anwendbar sind. Es ist allerdings richtig, dass die Maisonneuv'sche Operation keine Garantie dafür bietet, dass der Kot nicht in die Darmfistel eintreten kann und auch in diesem Fall dauerte es 4 Monate, ehe der Kot sich nicht mehr durch die Fistel entleerte. Da alle Methoden, die vorgeschlagen worden sind, um den Eintritt des Kotes in den durch die Enteroanastomose ausgeschalteten Darmabschnitt zu verhindern, unsicher sind, so hat Verf. in seinem Fall es nicht riskiert eine Knickung, eine Abschnürung, oder das Ecrasement vorzunehmen. Da jedoch die Fistel auch nach 5 Monaten, als schon seit Wochen kein Kot mehr durch sie entleert wurde, nicht verheilt war, so frischte Verf. die Fistelränder an, excidierte teilweise die Narbe, löste die Ränder des zuführenden Darmendes etwas ab und legte Serosanähte an. Nun erfolgte die Schliessung der Fistel schnell und glaubt, G., dass diese Ergänzungsoperation schon früher hätte vorgenommen werden müssen.

Mickwitz.

Militär u. Marine-Sanitätswesen.

Wojenno-medizinski Shurnal.

P. Andropow: Ueber die Lebensfähigkeit der Choleravibrionen bei Culturen auf Früchten. (Mai 1909).

A. fand bei seinen Versuchen, dass der Choleravibrio seine Lebensfähigkeit auf der Oberfläche von Aepfeln, Birnen und Weintrauben sehr kurze Zeit bewahrt, schon nach 2—3 Tagen geht er zu Grunde und wird durch Saprophyten ersetzt. Hierbei ist es einerlei, ob die Früchte am Licht oder im Dunkeln aufbewahrt werden und bei welcher Temperatur. Auf Fruchtherzen süsser Früchte, Aepfel und Birnen mit geringem Säuregehalt, lebt der Choleravibrio bedeutend länger, 4—5 Tage. Auf dem Fruchtinhalt von Weintrauben mit einem Säuregehalt von 0,5 % geht er sofort zu Grunde und wächst er überhaupt nicht.

A. Ostrjanski: Perforierende Wunden der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle. (Mai 1909).

O. fand bei seinem Material von 14 Fällen, dass die weniger gefährlichen Verletzungen die Stichverletzungen darstellten. Bei ihnen kommt es sehr oft zu einem Vorfall von inneren Organteilen und selbst ganzen Organen (im Fall 14 der ganze Magen!); die Messerwunden sind im Allgemeinen nicht sehr tief; häufig sind Verletzungen des Zwerchfelles, wobei leicht aus der Wunde das grosse Netz vorfällt. Gefährlicher sind die Schussverletzungen. Die modernen Gewehre und selbst die automatischen Pistolen verursachen mehrfache Wunden im Inneren und aussen, da sie meist nicht im Körper sitzen bleiben, sondern auf der dem Einschuss entgegengesetzten Seite wieder austreten. Infolge der grossen Anfangsgeschwin-

digkeit des Geschosses vermögen die Därme nicht auszuweichen, sondern werden durchbohrt; in allen Fällen von Verletzungen der Bauchhöhle findet sich daher eine Verletzung der Organe und die Infectionsgefahr ist gross. Deshalb ist eine sofortige Laparotomie geboten, ebenso wegen der Gefahr der Blutung.

K. Suew: Das Individualpacket und die fertigen Verbandbinden. (Mai 1909).

Als bestes Material haben sich Sublimatbinden erwiesen, die nicht leicht oder vielmehr sehr schwer verdarben, während aseptisches Verbandmaterial nicht steril blieb. Um Reizung durch Sublimat zu verhindern, könnte man die Binden mit schwächeren Lösungen von Sublimat imprägnieren. In allen Armeen Europas sind bisher Sublimatbinden beibehalten, aseptisches Material wird als eine Utopie angesehen.

G. Mischtoft: Die Conjunctivalprobe auf Tuberculin, ein diagnostisches Hilfsmittel. (Mai 1909).

M. kam bei seinen Versuchen zu folgenden Schlüssen: 1) Die Conjunctivalprobe, wenn sie mit einigen Vorsichtsmassregeln mit 1% Alt-Tuberculin angeführt wird, ist ungefährlich für das Auge; 2) positiver Ausfall spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit für Tuberculose, negativer Ausfall nicht absolut dagegen; 3) nach Erisypel im Gesicht darf keine Conjunctivalprobe vorgenommen werden, da eine starke Reizbarkeit der Conjunctiva nachbleibt; 4) es wäre sehr erwünscht systematisch bei allen jungen Soldaten die Probe auszuführen; die positiv Reagierenden müssten in der Folge besonders beobachtet werden.

M. Markowitsch: Ein Fall von Lyssa humana. (Mai 1909).

Bei einem Kinde kam die Lyssa am 158 Tage nach dem Bisse zum Ausbruch, trotzdem das Kind im Pasteur-Institut in Kiew einer Impfcur unterworfen worden war.

M. Alexandrow: Zur Casuistik der Therapie des Ulcus molle. (Mai 1909).

A. empfiehlt als sehr wirksam eine 10% Resorcinsalbe (c. Vaselino) oder Umschläge mit 2—3% Resorcinlösung.

A. Halperin: Ein Leisten-Harnblasenbruch. (Juni 1909).

Es handelte sich um die seltene Erscheinung eines externen Leistenbruches, der als Harnblasenbruch erkannt wurde, ein seltenes Vorkommnis. Eine Ursache für das Zustandekommen liess sich nicht eruieren.

K. Samurawkin: Ueber die Anwendung von Wismuth-Vaseline bei der Behandlung von Fisteln und Drainagegängen. (Juni 1909).

S. fand, dass die Injection von Ungt. Bismuthi subnitrici 50% in Fisteln etc. eine ganz überraschend schnelle Heilung bewirkt, die er in 8 Fällen beobachten konnte. Es kommen ca. 30,0—50,0 zur Injection nach vorheriger Erwärmung und Sterilisation und in Intervallen von einigen Tagen.

S. Kobsarenko: Die Schlammbäder von Slawjansk und die klinische Untersuchung ihrer Wirkung auf den Organismus. (Juni 1909).

K. Untersuchungen ergaben folgende Resultate: 1) Die Körpertemperatur, der Puls und die Atmungsfrequenz sind sowohl während der Bäder, wie einige Zeit nachher bedeutend gesteigert. 2) Der Blutdruck und die Herztätigkeit sind erhöht während der Wannen, es prävaliert die Gefässtätigkeit. 3) Nach der Wanne bleibt die Herztätigkeit gesteigert, aber der Blutdruck und die Gefässelasticität sinkt. 4) Das Körpergewicht vermindert sich nach jeder Wanne, steigt aber nach Abschluss der Cur wieder. 5) Die starke Schweissabsonderung während und nach den Wannen befördert die Absonderung von Toxinen und pathologischen Producten. 6) Infolge der Hauthyperämie findet ein Blutabfluss von den inneren Organen zur Peripherie statt. Deshalb sind die Schlammbäder überall dort angebracht, wo es erwünscht ist eine starke Hauthyperämie hervorzurufen, die inneren Organe von Blut zu entlasten, eine Aufsaugung pathologischer Stoffe und eine Ausscheidung von Toxinen zu bewirken. Ausserdem besteht eine reflectorische Wirkung auf die centralen Organe und die Bewegungssphären. Die Bäder sind also indiciert bei Syphilis, Podagra, Rheuma, Neuralgien, peripheren und centralen Erkrankungen des Nervensystems, Scrophulose, Frauenkrankheiten.

A. Federolf: Der Sandfilter nach Miquel und Mouchet. (Juni 1909).

Der Unterschied von anderen Sandfiltern besteht darin, dass bei diesem System die filtrierende Sandfläche nicht ins Wasser «versenkt» ist. Die Resultate sind gut.

P. Gorski; Ueber die beanstandeten Rekruten. (Juni 1909).

Der Rekrutenempfang in den Commissionen in Russland ist sehr schlecht organisiert, es werden deshalb immer eine Menge Leute in die Armee eingereiht, etwa 10%, die später als untauglich wieder entlassen werden müssen.

M. Reich: Die Augenkrankheiten in unserer Armee im Jahre 1907. (April, Mai, Juni 1909).

Es lässt sich eine beständige langsame Verminderung der chronischen Augenerkrankungen in der Armee nachweisen, besonders des Trachoms, die den besseren hygienischen Verhältnissen in der Armee, der zunehmenden Cultur der Soldaten, besserer Isolation der Erkrankten, besserer Behandlung und sorgfältigerer Auswahl der Recruten zu verdanken ist. Die Schwankungen in der Zahl der Erkrankungen je nach dem Militärbezirk sind bedeutend, im Kiewer Bezirk war die Gesamtzahl der Erkrankten z. B. 21‰ gegen 9‰ im Moskauer. Im Allgemeinen leiden 4%—10% aller in der Front befindlichen Soldaten an chronischen Augenkrankheiten, besonders den verschiedenen Conjunctivitiden.

A. Krushilin: Die Asynergia labyrinthica musculorum als Zeichen der Hysterie. (Juni 1909).

K. konnte in mehreren Fällen von Hysterie Störung der Empfindlichkeit des vestibulären Apparates nachweisen und meint, dass dieses bei Hysterischen sich gewiss häufiger nachweisen liesse, die Aerzte sind nur im Allgemeinen mit den Methoden der Ohruntersuchung nicht genügend vertraut.

P. Dachnewski; Der Alcohol als Nährmittel, sein Einfluss auf den menschlichen Organismus überhaupt und die Bedeutung des Alcoholconsums im militärischen Leben. (Juli 1909).

Der Alcohol kann vom Organismus bekanntlich als Nährmittel utilisiert werden (98 pCt.) und er ist imstande, anderer Nahrung beigemengt, Fette und Kohlehydrate bis zu einem gewissen Grade zu ersetzen. Neben dem Alcohol in seiner Eigenschaft als Nährmittel kommt aber der Alcohol als Nervengift in Betracht, besonders bei chronischen Alcoholikern, die täglich Alcohol in grösseren Mengen zu sich nehmen. Der Alcoholismus entwickelt sich meist bei jüngeren Leuten, ist jemand über die 30 hinüber, so wird er schwerlich mehr Alcoholiker werden. Der Alcoholismus wird mit Recht beschuldigt 1) bei der Zunahme der Verbrechen, 2) Abnahme der Sittlichkeit, 3) bei der Zunahme von Menschen mit ungleichem Charakter, 4) Zunahme der Nerven- und Geisteskrankheiten, 5) Abnahme der Arbeitslust und Arbeitsfähigkeit. Behr stellte fest, dass in Deutschland 41,7 pCt. der in den Gefängnissen befindlichen Säufer waren. Die Hälfte aller Fälle von Idiotismus beruht nach Bourneville auf Alcoholismus (eigenem oder dem der Eltern). In der russischen Armee wächst der Alcoholismus und Nichttrinker werden in einer grossen Zahl der Fälle in der Armee zu Trinkern. Schapiro konnte feststellen, dass von den Zollsoldaten 25 pCt. Nichttrinker waren, 50 pCt. Wenigtrinker, 20 pCt. Vieltrinker und 5 pCt. Säufer. Iwanow fand bei einer Umfrage unter Soldaten, dass nur 6 pCt. Nichttrinker waren, 4,5 pCt. aller Leute hatte erst im Dienst angefangen zu trinken. Im Jahre 1896 wurden in den Militärhospitälern an acuter Alcoholvergiftung behandelt 161 Soldaten und 148 Offiziere, doch werden viele dieser Fälle unter anderen Rubriken verzeichnet. z. B. Erfrierungen, Herzfehlern etc., die eine Folge acuter Alcoholvergiftungen darstellen. Wysotzki berechnete, dass ein Regiment von 2500 Mann jährlich 20,000 Rbl. für Alcohol ausgibt. Die Schäden des Alcoholismus, die Verfehlungen gegen die Disciplin, Verbrechen, Geisteskrankheiten etc. sind von vielen Aerzten, Offizieren etc. festgestellt worden. Bekannt ist, dass die Widerstandsfähigkeit gegen die Beschwerlichkeiten und Strapazen in Feldzügen bei Nichttrinkern bedeutend grösser ist, als bei Trinkern. Als erstes Mittel schlägt Verf. die Abschaffung der Branntweinration vor, die die Soldaten erhalten, aber erst ein Steigen des geistigen und sittlichen Niveau's der Bevölkerung und der Armee wird den Kampf gegen den Alcoholismus erfolgreich machen. Die Vorgesetzten müssten vor allem mit gutem Beispiel vorangehen.

A. Bedrajew: Zur Frage des primären Krebses des Wurmfortsatzes. (Juli 1909).

Beschreibung eines Falles von Carcinom des Appendix bei einem 22-jährigen Soldaten, der unter Erscheinungen einer Appendicitis acuta zur Aufnahme kam. 6 Wochen nach Ablauf des Fiebers und der acuten Entzündungserscheinungen Operation. Bei der mikroskopischen Untersuchung des entfernten Wurmfortsatzes erwies es sich, dass es sich um ein Rundzellen-Carcinom des Appendix handelte, zugleich bestand Peritonitis tuberculosa, Wundverlauf normal, Patient nach Heilung zu weiterer Erholung entlassen.

S. Kurajew: Zur Casuistik der Paraffin-Tumoren. (Juli 1909).

Tumor im Scrotum, der eine Orchitis resp. Epididymitis vortäuschen sollte bei einem jüdischen Recruten.

K. Andrejew: Diagnose und Therapie der Herztätigkeit bei einigen Infectionskrankheiten. (Juli 1909).

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Herztätigkeit bei Patienten mit Fleck- und Unterleibstyphus sinkt während der ganzen Krankheitsdauer und selbst in den ersten Wochen der Convalescenz; beim Abdominaltyphus ist die Herztätigkeit am schwächsten am Ende der 2. und am Anfang der 3. Woche, bei Flecktyphus am Ende der 2. Woche; 2) als beste Herzstärkungsmittel sind Coffein und Digitalis zu betrachten; 3) die T° herabsetzenden Medicamente verursachen ein Sinken des Blutdruckes; 4) Bäder (27°) wirken anregend auf das

Herz; 5) die Bestimmung des Blutdruckes nach Riva-Rocci und die Methode Katzensteins geben die Möglichkeit rechtzeitig einzugreifen zur Utilisierung der Reservekräfte des Herzens.

E. Erikson: Ueber nervöse Oedeme natürlicher und künstlicher Provenienz. (Juli 1909).

Verf. beschreibt 2 Fälle von hysterischer Angioneurose und fünf Fälle, in denen die Hysterie mit Sicherheit sich ausschliessen liess, in denen ohne Frage die Oedeme künstlich hervorgerufen waren zwecks Befreiung von der Wehrpflicht. Die bestehenden Oedeme und Paralysen der oberen Extremitäten waren wahrscheinlich traumatischen Ursprungs. Es sind schon früher solche Fälle beschrieben worden: Abschnürung des Gliedes und Schläge mit einem Stock auf den eng umschnürten und mit einem Zeugstück umwickelten Arm, bis Lähmung und starkes Oedem auftritt.

A. Andrshejewski: Das Bett als Trockenwanne bei Cholera. (Juli 1909).

A. schlägt vor, die Cholerakranken nicht mit heissen Bädern zu behandeln, sondern in Betten zu belassen, die so eingerichtet sind, dass die T° unter der Decke durch Zuführung heisser Luft von einer Petroleumküche auf 55—57, ja bis 100° gebracht werden kann. Am Boden des Bettes wird ein eiserner Kasten angebracht von der Länge und Breite des Bettes mit einer Oeffnung am Boden, in den der obere Teil einer Petroleumküche hereinpasst. Praktische Erfahrungen liegen nicht vor.

A. Federolf: Die Ernährung in der deutschen Armee. (Juli 1909).

In Friedens- und Kriegszeiten enthalten die Rationen in der deutschen Armee etwas zu wenig Fett (Kriegsration 147,0 Eiweiss, 740,0 Kohlehydrate, 68,0 Fett gegen die Norm von 100,0), sind sonst durchaus ausreichend berechnet und gut zubereitet.

A. Federolf: Die Ernährung in der französischen Armee. (Juli 1909).

Auch in der französischen Armee findet sich derselbe Mangel an Fett in den Rationen der Soldaten, während die Rationen im Uebrigen genügend Calorien ergeben (Eiweiss 143,0, Fett 67,7, Kohlehydrate 515,5).

N. Wosskressenski: Zur Frage der Vorbereitung der Armeefeldscher. (Juli 1909).

Die kurze Dienstzeit gestattet wohl die Feldscher einigermassen auszubilden, reicht aber nicht hin, um ihnen die nötige Erfahrung zu geben.

A. Eberhardt: Ein Glasgefäss zur Aufbewahrung von Trinkwasser in den Kasernen. (Juli 1909).

E. empfiehlt grosse Glasgefässe zur Aufbewahrung des Trinkwassers, die leicht controllierbar und leicht zu säubern und desinficieren sind.

W. Wojatschek: Ueber das sogenannte Fistelsymptom bei Erkrankungen des inneren Ohres. (Juli 1909).

W. zeigt an 4 Fällen die Bedeutung des sogenannten Fistelsymptoms bei Diagnose der Erkrankungen des inneren Ohres. Erhöhung des Druckes im äusseren Ohre ruft in den Canälen des Labyrinthes Bewegung der Lymphe hervor und dadurch den sogenannten pneumatischen Nystagmus am Auge.

A. Belopolski: Ein Fall von extragenitalem syphilitischen Schanker. (Juli 1909).

Das Ulcus durum sass auf dem Unterleibe.

J. Raptschewski: Ueber die Resultate der Untersuchungen von Fleischconserven vom Jahre 1900 und 1908 im Zusammenhang mit der Frage der 5-jährigen Aufbewahrung anstatt der 8-jährigen. (August 1909).

Die Conserven erwiesen sich auch nach 8-jähriger Aufbewahrung als brauchbar, doch meint R., dass in keiner anderen Armee ein so langer Termin vorgesehen sei im Hinblick auf den allmählich vorsichgehenden Uebergang von Blei, Zinn etc. in die Conserven, der mit den Jahren Proportionen oder Quantitäten erreicht, die nicht als unschädlich betrachtet werden können.

M. Galin: Ueber das Procentverhältnis der Unterleibsbrüche beim Manne und der Hydrocelen auf Grund von 700 Herniotomien und 214 Operationen geschlossener Hydrocelen. (August 1909).

Das Material Galins bestand aus Gross-Russen, Klein-Russen, Tataren, Kaukasiern, Deutschen, Polen, Moldauern, Hebräern. Auffallend war die grosse Zahl der Hebräer, die offenbar eine Prädisposition zu Leistenbrüchen besitzen. Von den beobachteten Brüchen waren 5,9% Leisten-Scrotumbrüche, 6% Netzbrüche, 3% Hydrocela hernialis, 0,9% atypische Brüche, 1,8% nicht reponierbare Leistenbrüche, 2,7% eingeklemmte und 0,5% Blasenhernien. Als angeboren kann man 80% als erworben 20% bezeichnen. Künstlich hervorgerufene Leistenbrüche lagen in 75 Fällen vor. Auch bevor nach Kocher und Bassini operiert wurde, waren die Resultate gute, es kam kein Exitus vor (von den infolge künstlichen Bruches Operierten starb einer an Peritonitis). Recidive in der Beobachtungszeit kamen 12 vor, davon 6 nach Operationen künstlicher Hernien, 6 auf 512 Fälle natürlicher Hernien = 1,1%. Drei Mal wurde zum 2. Male operiert. In letzter Zeit wurde fast nur unter Localanästhesie (Novocainadrenalin) operiert. Was die Hydrocelen anlangt, so waren 28% von ihnen communicierende (Hydr. communicans), 23,1% geschlossene (Hydr. occlusa funic. spermat.). 49% Hydrocelen testis chron. und war ein bedeutendes Ueberwiegen der rechten Seite zu bemerken. Alle communicierenden Hydrocelen wurden wie Inguinalhernien operiert, die geschlossenen Hydrocelen des Funiculus wurden nach Möglichkeit vollkommen exstirpiert, die Hydrocelen testis wurden nach der Methode von v. Bergmann operiert, doch mit einigen Modificationen, indem der Schnitt nicht auf dem Scrotum, sondern in der Leistenbeuge geführt wird. Bei den Hydrocelen waren alle Nationalitäten in gleicher, ihrer Anzahl entsprechenden Weise vertreten.

S. Wertogradow: Schutzverband bei Geschwüren infolge Selbstverstümmelung. (August 1909).

W. beschreibt einen besonderen Schutzverband für Soldaten, die an künstlichen Geschwüren leiden, um die Wunden vor neuen Reizungen zu sichern.

A. Dazkewitsch: Zur Aetiologie der Perforationsperitonitis. (August 1909).

D. beschreibt 3 Fälle, in denen bei Typhösen der Durchbruch an Peyerschen Plaques erfolgt war.

A. Doroschin: Ueber die neue Behandlungsmethode der Cholera asiatica. (August 1909).

Von Charitonow war eine leichte Lösung von Kali hypermangan als gutes Mittel gegen Cholera empfohlen worden, er wollte damit 85,7 pCt.! Heilungen erzielt haben. D. hat Versuche mit dem hypermangansauren Kalium angestellt, ebenso berichtet Bauer über solche; die guten Resultate Charitonow's können sie leider nicht bestätigen.

F. Gabbe: Ueber die Behandlung der Bronchitis putrida seu foetida. (August 1909).

G. empfiehlt Einatmung von Terpentindämpfen und Carbol mit Hilfe der sogenannten Terpentinpfeife, wie sie Strümpel angegeben. Die Inhalationen müssen 3—4 Mal täglich zu je 5—10 Minuten ausgeführt werden.

A. Lütkens: Das Verhalten der Choleravibrionen zu verschiedenen Alcoholverdünnungen. (August 1909).

Bei Versuchen mit Alcohol, dem sogenannten gereinigten Monopol-Branntwein, erhielt L. folgende Resultate: nach ¼ Stunde waren in 40° Branntwein alle Culturen zu Grunde gegangen, in 10° Branntwein aber erst nach 3 mal 24 Stunden. In russischem Conjak und Benedictiner waren gleichfalls in ¼ Stunde alle Culturen getötet, ebenso in weissem und rotem Wein mit 0,3 pCt. Säuregehalt.

P. Timofejewski: Ein Schema des Sanitätsdienstes während der militärischen Operationen. (August 1909).

J. Kianitzin: Die chemische Zusammensetzung und die Resorbierbarkeit der Zwiebacke, die nach Angabe des General Jusow zubereitet sind und die der aus Roggenmehl zubereiteten. (September 1909).

L. Subbotin: Ueber die Ausrüstung für den Krieg. (September 1909).

A. Fedorolf: Eine Methode des Nachweises des Bacterium coli im Wasser durch Sedimentation. (September 1909).

Nach Sedimentierung empfiehlt F. Culturen auf den Nährboden von Drigalski und Endo anzulegen zum Nachweis des Bacterium coli.

E. Ernst: Die Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann. (September 1909).

P. Gawrino: Ueber die Behandlung der Syphilis nach der Methode von Prochorow. (September 1909).

Die Methode Prochorows besteht in der Einverleibung von grossen Quecksilberdosen in leicht resorbierbarer Form, berechnet auf das Körpergewicht des Kranken. Als bestes Präparat empfiehlt Prochorow das Hg. jod. dupl., von dem er 0,003 pro Kilo Körpergewicht, bei 80 Kilo 0,24 injiciert. Nach 10 Tagen wird die Injection erst wiederholt und im Ganzen werden nur 3—4 Injectionen bei einer Cur ausgeführt. G. hat an 10 Patienten die Methode von P. angewandt und keine schlechten Folgen oder Vergiftungserscheinungen gesehen. Die Resultate waren gute. Ausserdem empfiehlt P. noch in zweiter Linie Sublimat in der Dosis von 0,001—0,002 pro Kilo Körpergewicht, Hg. kakodylic. 0,003 pro Kilo Körpergewicht, alle 7 Tage eine Injection.

P. Rosin: Zum Artikel N. Obraszows über die Behandlung der Syphilitiker mit grossen Quecksilberdosen. (September 1909).

R. spricht sich auf Grund von 30 Fällen gegen die von Obraszow empfohlene Behandlungsmethode mit grossen Hg.-dosen aus, da sie dem Kranken nur grosse Beschwerden verursachen, ihn vor Recidiven aber nicht mehr schützen, wie die gewöhnlichen Dosen.

A. Susdalski: Eine seltene Combination anatomischer Anomalien: der rechten Lunge, des Herzens, der Milz, der Leber und des Appendix. (September 1909).

Bei einem an Pneumonie verstorbenen Soldaten fand S. bei der Obduction Folgendes: die rechte Lunge besass 4 Lobi, das Herzohr war doppelt so lang, wie gewöhnlich; die Milz doppelt so breit, wie in anderen Fällen (13 Ctm. lang, 11 Ctm. breit); an der unteren Leberfläche befindet sich ein Auswuchs, der in der Form und Structur an eine verkrüppelte Leber erinnert; der normal aussehende Processus vermicularis war 15½ Ctm. lang.

A. Sobolewski: Ueber die Zähne in der russischen Armee. (September 1909).

S. konnte feststellen, dass 60 pCt. der russischen Soldaten über vorzügliche Zähne verfügen, doch mit jedem Dienstjahre finden sich mehr Leute mit schlechten Zähnen. Die aus dem Süden stammenden Recruten zeigen bessere Zähne als die Bewohner des nördlichen Russland (um 5 pCt.). Die besten Zähne besitzen die Tataren, dann die Russen, die Letten, zuletzt kommen die Hebräer. Unter den Gebildeten finden sich mehr Leute mit schlechten Zähnen, als unter den Analphabeten. Die Weisheitszähne waren bei 40 pCt. aller Soldaten, die in Russland im 21—25 Jahre stehen, noch nicht durchgebrochen. Die Caries befällt mehr die Zähne der linken Seite und mehr die des Unterkiefers; die ersten Molarzähne zeigen sich am häufigsten ergriffen. ⅕ aller Soldaten bedarf der Plombierung der Zähne,es wäre daher von grosser Wichtigkeit special-ärztliche Untersuchungen vorzunehmen und die chirurgischen Abteilungen der Militärhospitäler mit zahnärztlichen Instrumenten und Materialien zum Plombieren der Zähne zu versorgen.

J. Violin: Ueber die Handgranate. (September 1909).

V. kommt zum Resultat, dass die Handgranate «inhuman» sei und deshalb von einer internationalen Conferenz verboten werden müsse. Das Ideal wäre natürlich eine Unterdrückung der Kriege. Da dieses noch in absehbarer Zeit nicht zu erreichen sei, so sei als Ideal einer näheren Zukunft die Erfindung solcher Waffen erwünscht, die nicht verstümmelnd und nicht tötend, die Leute nur für kürzere oder längere Zeit gefechtunfähig mache. (Als solch' eine Waffe würde sicher eine vervollkommnete Kartoffel- oder Erbsenpistole zu empfehlen sein).

W. Schiele.

Pathologie und Therapie.

Russk. Wratsch 1909.

M. Abelmann: Zur Casuistik der Darmintoxicationen im Kindesalter. (Nr. 25).

Beschreibung zweier Fälle von Hirschprung scher Krankheit, die Verf. beobachtet hat.

M. Tscheboksarow: Ueber die secretorischen Nerven der Nebennieren. (Nr. 26).

Vorläufige Mitteilung.

A. Chitrowo: Eine einfache Methode zum Nachweis der weissen Spirochäte im Präparat. (Nr. 26).

Das auf dem Deckgläschen befindliche, entweder mit dem Bierschen Apparat oder durch Ansaugen von Lymphe mittelst Pravazscher Spritze erhaltene Präparat, wird in eine gesättigte alcoholische Lapislösung auf 4—6 Stunden getan, welche sich in einem hellen Glasschälchen befindet und dem Lichte ausgesetzt wird. Darauf wird dasselbe herausgenommen, mit Wasser ausgewaschen und untersucht. Im Verlauf der angegebenen Zeit nimmt das Präparat eine dunkelbraune Farbe an und die Grenzen heben sich deutlich ab. Die Spirochäten zu finden ist sehr leicht, sogar ohne Immersion; sie behalten ihre charakteristische Form, werden aber infolge der starken Imprägnation dicker als bei der Färbung nach Giemsa und treten sehr deutlich hervor. Vor dem das Präparat in die alcoholische Lapislösung gelegt wird, muss es im Dampf von Osmiumsäure fixiert werden.

L. Tschiknawerow: Die Wassermannsche Reaction bei Syphilis, Scharlach und Masern. (Nr. 26).

Die Technik, die angewandt wurde, war die gewönliche, wie sie in der letzten Arbeit von Citron dargestellt ist. In der condylomatösen Periode der Syphilis reagierte von 25 nicht behandelten Kranken nur bei 2 das Serum negativ.

Von 24 Kranken, die sich einer Behandlung unterzogen hatten, erhielt man bei 7 ein negatives Resultat, d. h. weniger als bei ⅓, bei 7 Kranken im gummösen Stadium nur bei einem, bei 12 Kranken mit sog. parasyphilitischen Erkrankungen war bei 3 die Probe negativ. — Fälle von Scharlach wurden im Ganzen 21 untersucht, bei welchen die Sera von 2 Kranken Verzögerung der Hämolyse, eine mit positivem Resultat, ergaben.

P. Medownikow: Ein Fall von wiederholter Erkrankung an Masern nach 3 Monaten. (Nr. 26).

Die Krankengeschichte spricht mit aller Untrüglichkeit dafür, dass nach 3 Monaten wieder eine Erkrankung an Masern stattfand.

A. Schiperskaja: Zur Frage über die Anophthalmia congenitalis. (Nr. 26).

Sch. teilt 5 Fälle mit, aus denen man ersehen kann, um wie viel niedriger als normal die geistige Entwickelung dieser augenlosen Kinder ist. Er wäre durchaus wünschenswert specielle Asyle für dieselben zu gründen, wo sie unterrichtet und geistig entwickelt würden.

A. Filow: Wie lange dienen die Excremente von Cholerakranken als Quelle der Infection? (Nr. 27).

Auf Grund von 9 Beobachtungen kommt F. zum Schluss, dass die Excremente in feuchtem Zustande noch 3 Monate ansteckungsfähig sind, vielleicht sogar noch länger. Das ist natürlich ein sehr wichtiges Ergebnis, mit dem unbedingt während einer Epidemie gerechnet werden muss.

A. Woloschin: Einige pathologisch-anatomische Ergebnisse während der Choleraepidemie in Kronstadt. (Nr. 27).

Die einzelnen Stadien unterscheiden sich pathologisch-anatomisch nicht wesentlich von einander. Nekrotische Veränderungen trifft man am häufigsten in der algiden, fettige Degeneration in der reactiven Periode. Die deutlichsten und verbreitetsten Veränderungen waren in der Bauchspeicheldrüse zu beobachten, sehr häufig diphtheritische Veränderungen in der Darmschleimhaut, und ungleichmässige Erweiterung der Gefässe mit capillären Blutaustritten.

W. Belilowski: Ueber die Ophthalmoreaction auf Tuberculin (Reaction Wolff-Eisner). (Nr. 27).

Die Ophthalmoreaction wurde an 28 Kranken ausgeführt. Zur ersten Categorie gehörten solche, bei denen die Erscheinungen der Tuberculose deutlich ausgeprägt waren, bei diesen fiel die Reaction in 85 pCt. positiv aus; zur Categorie der Verdächtigen wurden gerechnet solche mit Lymphadenitis, Scrophulose, mit überstandenen Lungenentzündungen u. s. w. Das Resultat war bei denselben in 75 pCt. positiv.

Zur Gruppe der nicht Tuberculösen gehörten diejenigen mit verschiedenen anderen Krankheiten, welche in 50 pCt. ein positives Resultat geben.

J. Sawodski: Zur Frage über das Schicksal der Salicylsäure im tierischen Organismus. (Nr. 27).

Eine physiologisch-chemische Untersuchung.

F. Janowski: Zur Frage von Contraindicationen beim Gebrauch von Jod. (Nr. 28).

Die schädliche Wirkung des Jods und seiner verschiedenen Präparate bei tuberculösen Processen der Lunge muss vom Arzte unter allen Umständen berücksichtigt werden, da dieselbe nicht nur bei frischen, sondern auch bei alten vernarbten Processen eintreten kann.

K. Partshewski: Zur Frage über die Heilwirkung des Tiodins bei einzelnen inneren Erkrankungen. (Nr. 28).

Eine 20 pCt. Tiodinlösung, welche über 1 Tag subcutan (Erwachsenen 2,0, Kindern älter als 10 Jahre 1,0) eingeführt wird, ruft keinen Jodismus oder sonstige unangenehme Nebenerscheinungen hervor. Jod erscheint im Speichel nach 3—15 Minuten, im Urin nach 15—60 Minuten. Leber- und Nierenkrankheiten verzögern, erhöhte Temperatur beschleunigen die Ausscheidung von Jod. Ohne auf Puls und Atmung einzuwirken, wird durch die Einspritzungen die Diurese erhöht.

G. Baradulin: Zur Aetiologie bronchiogenetischer Krebse und gemischter Geschwülste der Speicheldrüsen. (Nr. 28).

In der Chirurgischen Universitätsklinik in Moskau wurden 3 Fälle von epithelialen Geschwülsten der seitlichen Partie des Halses beobachtet. Die Krankengeschichten werden angeführt und betreffen Patienten von 49—61 Jahren. Die mikroskopische Untersuchung zeigt, dass es sich um krebsige Neubildungen handelt und zwar um primäre Entwickelung, da sonst nirgends im Körper Krebs zu finden war. Diese Geschwülste gehören demnach zu den bronchiogenen Carcinomen.

M. Kreps: Zur Pathologie und Therapie der Anurie. (Nr. 28).

Vorgetragen auf dem I. internationalen urologischen Congress zu Paris am 17. September (1. October) 1909.

M. Fedorow: Ein Fall von Embolie der Bauchaorta. (Nr. 28).

Die Fälle von Embolie der Bauchaorta sind sehr selten. Orlowski konnte 1903 aus der älteren und neueren Literatur nur 36 zusammenstellen. Die von Fedorow beschriebene Krankengeschichte betrifft eine 50-jährige Frau, bei der bei der Section in der Aorta etwa 2—3 Cent. oberhalb der Teilungsstelle ein schwarzes Blutgerinsel gefunden wurde. Ebensolche Gerinseln fanden sich in beiden Art. iliac. und im oberen Abschnitt beider Schenkelarterien.

O. Moritz: Das bösartige Granulom (Sternberg sche Krankheit) und Pseudoleucaemie. (Nr. 28).

Der genau beschriebene Fall gelangte im Alexander-Männerhospital zu St. Petersburg zur Beobachtung. Der 40-jährige Comptoirbeamte starb nach ungefähr 1½ monatlicher Behandlung und die klinische Diagnose lautete: Pseudoleucaemie? Sarcomatosis? Auch die Section gab keine genügende Aufklärung, da bei derselben gefunden wurde: Lymphadenitis. Tumor lienis. Myocarditis fusca. Enteritis follicularis (Leucaemia? Lymphosarcomatosis?) Infolge dessen wurden einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen die Milz, Leber, Lymphdrüsen, Knochenmark und Hirn. Die in den Organen gefundenen Veränderungen waren typisch für die von Sternberg beschriebene Krankheit. Man kann dieselbe oder das «bösartige Granulom», wie die Krankengeschichte lehrt, voraussetzen, wenn die Kranken folgende Symptome aufweisen: Vergrösserung der Drüsen und Leber; Cachexie; Fieber (dazwischen vom Typus des Rückfallfiebers); Fehlen von Veränderungen im Blut, welche für Leucaemie oder Pseudoleucaemie charakteristisch sind. Die Diagnose wird auch durch die pathologisch-anatomische Untersuchung bestätigt. Die Drüsen und Milz enthalten die Zellen des «Granuloms», Riesenzellen und häufig nekrotische Herde. Aehnliche Veränderungen trifft man auch häufig in der Leber und zuweilen auch in den anderen Organen. Das Knochenmark ist gewöhnlich wenig verändert.

A. Bogomolez: Zur Physiologie der Nebennieren-Suprarenotoxine. (Nr. 29).

Experimentelle Studie.

S. Sobelew: Zur Lehre vom Mesenterium commune. (Nr. 29).

Diese Erscheinung ist eine verhältnismässig seltene. Auf 460 Leichen von Erwachsenen war das Mesenterium commune, gerechnet alle Formen, 10 Mal anzutreffen, was 2,175 pCt. ausmacht.

A. Siwert: Ueber den Einfluss des Aethyl-, Methyl-, Propyl-, Isobutyl- und Heptylalcohol auf das isolierte Katzenherz. (Nr. 29).

Alle Alcohole, mit Ausnahme des Aethylalcohols, haben auf das Herz eine sehr schädliche Wirkung. Schon schwache Lösungen können eine deutliche Abschwächung und Unregelmässigkeit der Herzcontractionen bedingen. Eine Gewöhnung und Verstärkung der Contractionen erhält man nur bei ganz schwachen Lösungen. Im Gegensatz zu diesem, gewöhnt sich das Herz verhältnismässig schnell an Aethylalcohol und fortgesetztes Einführen desselben ruft energischere Contractionen hervor. Die mittelstarken Lösungen (0,5—0,7 pCt.) scheinen am günstigsten auf das isolierte Katzenherz zu wirken. Ob hier der Aethylalcohol als ernährendes Substrat wirkt oder irgend einen anderen Einfluss ausübt, kann man nicht sagen. Man kann nur die Resultate der klinischen Beobachtungen bestätigen, dass der Aethylalcohol ein herzanregendes Mittel ist.

Fr. Mühlen.

Medizinskoje obosrenje 1909. Nr. 6 u. 7.

M. Kontschalowski: Casuistische Mitteilung über die Anwendung des Boeringer schen Strophantins.

Nach kurzer Besprechung des Für und Wider in der Literatur bei der Anwendung des Strophantins teilt Verf. die Erfahrungen mit, welche er mit Strophantin an 5 Kranken gesammelt hat, denen er insgesamt 17 Injectionen machte. Nur in einem Fall, bei welchem es sich um eine paroxismale Tachycardie handelte, übte eine einmalige Injection keinen merkbaren Einfluss auf die Herztätigkeit aus. Bei den übrigen 4 Kranken mit Mitralinsufficenz nebst Compensationsstörungen, wurde eine prompte Wirkung des Mittels beobachtet. Verf. hat keine unliebsamen Nebenwirkungen des Präparates beobachtet, auch ist die Injection weder schwieriger noch schmerzhafter, als eine gewöhnliche Subcutaninjection. Die Injection wurde mit der Pravazschen Spritze in der Ellenbogenbeuge gemacht, wobei die Schulter vorher mit einer elastischen Binde umschnürt wurde. Bevor die Einspritzung erfolgt, muss man sich davon überzeugen, dass die Nadel in die Vene gelangt ist. Verwendet wurde das Boeringer sche Präparat, von welchem die Ampulle 1 mg. Strophantin enthält. In allen Fällen wurde diese Dosis gegeben. Mit Ausnahme des einen Falles von Tachycardie wurde jedesmal eine augenscheinliche, prompte Wirkung des Strophantins auf das Herz erzielt und zwar bereits 3 Minuten nach der Injection, obgleich die anderen Cardiaca wirkungslos angewandt worden waren. Die Atmung wurde freier, das Herzklopfen verringerte sich. Objectiv wurde der Puls langsamer, voller und regelmässiger. Die Diurese besserte sich, die Cyanose nahm sichtlich ab und schwand. Die Wirkung hielt im Minimum 3, im Maximum 8 Stunden vor. Das Strophantin ist durchaus ein energisch und stark wirkendes Mittel und sollte nur in den Fällen angewandt werden, bei denen es gilt, dem Herzen einen kräftigen Anstoss zu geben, damit die noch vorhandenen Reservekräfte zur Geltung kommen; also bei acuter Asystolie, wie z. B. bei Urämie, bei Infectionskrankheiten etc. Die Indication zur Injection muss streng erwogen werden, um toxische und cumulative Wirkungen zu vermeiden.

P. Panfilow: Das Adrenalin bei Bronchialasthma.

Ein Fall von bronchialem Asthma, bei welchem die subcutane Injection von Adrenalin von ausgezeichneter Wirkung war. Verf. verwendete das Adrenalin in der Receptformel: Solutionis Adrenalini hydrochlorici Takamine (1:1000), 1,0 Aq. dest. 4,0; von dieser Lösung injicierte er je eine halbe Spritze in die Schultern oder in den Rücken; wie er angibt, wurden auf diese Weise für den Anfall zwei Teilstriche der Spritze von der salzsauren Takamineschen Lösung (1:1000) ins Blut eingeführt. Um festzustellen, dass die Wirkung auf den Anfall nicht durch Autosuggestion erfolgte, machte P., da die Patientin sehr nervös war, Controllversuche. Er injicierte versuchsweise einfach Aq. dest. Anfangs hatte es den Anschein, als übe das Wasser gleichfalls eine gute Wirkung auf die Asthmaanfälle aus. Später erwies es sich jedoch, dass Aq. dest. nur hin und wieder den Anfall beseitigte, während das Adrenalin jedesmal prompt seine beruhigende Wirkung geltend machte. Da die Pat. selbst angab, dass die Anfälle in verschiedener Heftigkeit aufzutreten pflegten, wie sie auch dazwischen durch geringfügige Veranlassungen, wie Aerger, hervorgerufen würden, so gelangte Verf. zu der Ansicht, dass die leichteren Anfälle möglicherweise der Autosuggestion weichen könnten, in den richtigen schweren Anfällen jedoch nur durch das Adrenalin Beruhigung erzielt werden könne.

Is. Fedynski: Ueber die Wirkung des Moser schen Serums auf den Verlauf und Ausgang des Scharlachs.

Verf. veröffentlicht die Ergebnisse der Beobachtungen an 317 Maserukranken aus den Jahren 1906, 1907 und der ersten Hälfte 1908. F. teilt die Fälle nach der Schwere der Erkrankung in 4 Categorien: 1. Mittelschwere mit hoher Temperatur ohne schwere Herzsymptome etc. 2. Fälle schwerer Art mit cardialen Erscheinungen und starker Rachenaffection. 3. Schwere und prognostisch dubiöse Fälle. 4. Hoffnungslose Fälle. Die Wirkung des Moser schen Serums war stets eine so ausgesprochene, dass Verf. sich durchaus gegen das skeptische Verhalten einiger Autoren zur Serumbehandlung auszusprechen veranlasst sieht. Ohne der Entscheidung der Frage über den Erreger des Scharlachs vorgreifen zu wollen, hält Verf. die specifische Behandlung der Streptococceninfection, welche stets die schweren Scharlachfälle compliciert für theoretisch noch nicht genügend gerechtfertigt. Die Wirkung des Serums äusserte sich: 1. in der Herabsetzung der Mortalität in den allerschwersten Fällen; 2. in der Herabsetzung der Temperatur, sowohl in der ersten Periode als auch im weiteren Verlauf der Krankheit; 3. in einer Verminderung der Zahl der Complicationen und ihrer Heftigkeit; 4. in einer günstigen Beeinflussung der Herztätigkeit und des Nervensystems, sowie auch des Exanthems und der Necrosen. Für die Anwendung des Serums gibt. Verf., auf Grund seiner Erfahrungen, folgende praktische Hinweise: 1. Das Serum muss auf cca. 40° erwärmt werden und natürlich unter Beobachtung der Asepsis injiciert werden. 2. In allen Fällen III. und IV. Categorie muss sofort die volle Dosis von 200 Cbcm. gegeben werden. Kinder unter einem Jahr bekommen 100 Cbcm., Kinder von 1—2 Jahren 150 Cbcm. 3. Im Hinblick auf die erwiesene Beeinflussung der Complicationen durch das Serum, soll auch in Fällen I-ter Categorie die Injection gemacht werden, jedoch in einer geringeren Dose von 100—50 Cbcm. und zwar am 1-ten oder 2-ten Krankheitstage. Falls am 3—4 Tage es sich erweist, dass der Fall doch schwerer verläuft, als es anfangs den Anschein hatte, dann kann noch ein ergänzendes Quantum Serum gegeben werden. 5. Auch nach dem 5-ten Tage kann die Injection noch vorgenommen werden, jedoch mit wenig Aussicht auf Erfolg. 6. Sollte in schweren Fällen nach der ersten Injection keine Besserung eintreten, oder die Besserung plötzlich einer Verschlimmerung Platz machen, so muss am 2-ten Tage die Injection von 100—200 Cbcm. Serum wiederholt werden. 7. Die Herztätigkeit muss bei schweren Fällen energisch unterstützt werden, damit das Serum Zeit hat seine Wirkung auszuüben.

Mickwitz.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Winecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 5 St. Petersburg, den 30. Januar (12. Febr.) 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Zur Differentialdiagnose des Gelenkrheumatismus.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress zu Dorpat, 1909.

Von

Dr. A. Schawlow, Riga-Kemmern.

M. H.! Seit den tief durchdachten, grundlegenden Ausführungen Virchows, der den anatomischen Bau als festen Punkt für die gesamten Forschungen in allen medicinischen Disciplinen hinstellte, sind wir gewohnt, jede Erkrankung als Organkrankheit aufzufassen und uns von dem früher so beliebten ultimum refugium, dem Begriff der Constitution zu befreien. Es gibt jedoch noch eine ganze Reihe von Krankheiten, die wir beim besten Willen noch nicht diesem Grundsatze Virchows unterordnen können, weil ihre genaue Localisation und ihre einheitliche Ursache unserem Verständnisse abgeht. — Das ist die Gruppe der chronischen Arthritiden, für die sich der Sammelbegriff, „Gelenkrheumatismus" eingebürgert hat, und die trotz der sich immer mehrenden Beweise, dass es sich bei ihnen, ungeachtet des vielfach ähnlichen oder auch gleichen klinischen Bildes, um ganz verschiedene Krankheiten mit verschiedenen anatomischen Substraten handelt, noch auf dem Piedestale stehen, auf den sie die Medicin des Mittelalters hingestellt hatte. His sagt treffend: „Die chronischen Arthritiden bilden, wie ein Land ohne scharfe geographische Gliederung, ein Gebiet, dessen Einteilung in Provinzen nicht ohne Willkür vorgenommen werden kann, und je nach den Tendenzen, die der eine oder der andere verfolgt, kommt wohl auch eine Art Wahlkreisgeometrie zustande". Die Bemühungen, Licht in diese dunklen Verhältnisse zu bringen, datieren schon bis ins 16. Jahrhundert. Baillon (Ballonius) trennte schon Ende des 16. Jahrhunderts die Gicht von den übrigen Arthritiden, Sydenham erkannte auch schon im 17. Jahrhundert die besondere Natur der Gicht; der erste, dem es gelang, die Eigenartigkeit der Gicht zu beweisen, war Garrod, der 1860 im Blute Gichtkranker die von Scheele 1776 entdeckte Harnsäure nachwies. Es kamen dann in rascher Folge vortreffliche Monographien von Adams, Colles, Charcot, Volkmann, welche die einzelnen Arthritiden streng zu scheiden suchten und vielfach klassische Vorbilder aufgestellt haben, bis in neuerer Zeit die Literatur colossal angewachsen ist, besonders als die Forschung sich im speciellen der Gichtfrage unterzog, nachdem mit der Entdeckung der Purine von Fischer, Horbaszewsky, Kossel, Burian und Schur die Lehre vom Purinstoffwechsel begründet und weiter von Bruno Bloch, Ebstein, Umber, Schittenhelm und Brugsch, Falkenstein, Magnus-Lewy, His ausgebaut wurde. Auch das Gebiet des eigentlichen Gelenkrheumatismus mit seinen verschiedenen Formen ist der kritischen Forschung unterzogen worden, ich will nur die Namen Trousseau, Pribram, Schüller, Senator, Curschmann, Virchow, in letzter Zeit Hoffa und Wollenberg nennen; und doch liegen die Verhältnisse noch so im Unklaren, dass die Stellung im pathologischen System für diese Krankheiten keine gesicherte ist, und jeder Forscher an seiner eigenen Meinung festhält. Der Versuch, ätiologisch die verschiedenen Krankheitsbilder einzuteilen, zeitigte blos eine Reihe von Namen, die nicht dazu angetan sind, Klarheit zu bringen. Die pathologische Anatomie konnte ebenfalls bis heute die an sie gestellten Anforderungen nicht erfüllen, da viele dieser Erkrankungen ein gleiches oder ähnliches anatomisches Bild aufweisen.

Aus diesem Dilemma suchte man nun einen Ausweg, indem man zum Begriff der Constitution zurückkehrte; einer der ersten war Ebstein, der eine verminderte Energie des Protoplasmas als Wesen aller dieser Krankheiten annahm. Jedoch geht seine Theorie zu weit, wie Martius und Ottomar Rosenbach, die den Constitutionsbegriff viel schärfer präcisierten, bewiesen haben. Sie ziehen das Princip der Diathese, oder wie die Franzosen es nennen, des Arthritisme heran und kommen damit wohl den Ver-

hältnissen am nächsten. Die eigentliche Definition für Diathese ist Krankheitsdisposition - Bereitschaft; eine Anlage, oder medicinisch ausgedrückt, ein Nährboden für bestimmte Krankheiten, gebunden an noch unbestimmbare Elemente, vielleicht Rassen- oder klimatische Eigentümlichkeiten. Mit den Gesetzen der pathologischen Anatomie und der Physiologie ist sie häufig noch nicht in Einklang zu bringen, darum war auch dieser Begriff eine Zeitlang verpönt, um wieder in den letzten Jahren eine zu ausgedehnte Anwendung zu erhalten. So wurde er namentlich in Frankreich, Italien und Amerika für alle möglichen Krankheitsformen beliebt, mit dem Ausdruck „Arthritisme" bezeichnete man nicht nur Gelenkleiden sondern auch alle möglichen Dermatosen, Bronchitiden, Asthma, Spasmen, Albuminurien und noch anderes mehr; alles, was keine klare Aetiologie aufwies, wurde ihr zugeschrieben; besonders sind es de Giovanni in Padua und Castellino in Neapel, die eine weiteste Verbreitung des Princips der Diathese anbahnen wollen. Dagegen musste eine strenge Kritik einschreiten, und sogar die Hauptvertreter der Constitutionspathologen, wie in Deutschland A. Hoffmann und Minkowski, in Frankreich Teissier und Robin, verlangen, dass Diathese nur dann angenommen werden darf, falls im Blute Harnsäure oder Oxalsäure nachgewiesen werden kann, oder die Oxydation eine verlangsamte ist (Robin). Schliesslich also haben wir noch keine exacte Definition weder für die Diathese, noch für ihre Beziehungen zu den Arthritiden, müssen aber bei diesen Verhältnissen bleiben, da das klinische Bild so viele gemeinsame Erscheinungen bei den Arthritiden aufweist, während, wie früher erwähnt, die Aetiologie und pathologische Anatomie versagt.

Halten wir uns an das klinische Bild, so sehen wir, dass die Arthritiden entweder mit oder ohne Fieber beginnen, ein oder mehrere Gelenke gleichzeitig befallen und in ihrem Verlaufe ein wechselndes Verhalten zeigen. Geht die Erkrankung, die mit Fieber eingetreten, ein oder mehrere Gelenke betroffen hat, bald vorüber, so handelt es sich um einen acuten, uncomplicierten Gelenkrheumatismus oder um einen Gichtanfall, auf deren nähere Unterschiede wir bald bei der Besprechung der Differentialdignose eingehen werden. (Ein rheumatischer Anfall dauert meistens viel länger als ein Gichtanfall). Ist blos ein Gelenk (ein grösseres gewöhnlich) betroffen, erst allmählich andere ins Krankheitsbild hineinziehend, bei langwieriger Dauer, so nimmt man eine Arthritis deformans an; beginnt wieder die Erkrankung in den kleinen Gelenken, stetig weiter schreitend, bis endlich die meisten befallen sind, wobei Fieber fürs gewöhnliche ausbleibt, aber starke Deformierungen sich bilden, so wird diese Krankheit als Polyarthritis progressiva chronica (Hoffa und Wollenberg) bezeichnet. Entwickeln sich endlich im Anschlusse an einzelne mit Fieber, seltener ohne, vorübergehende Attacken, Ankylosen oder Deformitäten in den verschiedensten Gelenken, so spricht man vom chronischen oder secundären Gelenkrheumatismus.

Dann kommt die grosse Gruppe der Gelenkerkrankungen, die im Anschluss an eine Infectionskrankheit, auch an die Lues und Gonorrhoe, auftreten,—die Pseudorheumatismen Pribrams.—Es gibt weiter Arthritiden, die ohne nachweisbare Ursache häufig nach einem geringfügigen Trauma auftreten und sich in einem Gelenke oder einer Gelenkordnung localisieren, die sogenannten Monarthritiden oder Oligarthritiden, zu denen auch die Heberdenschen Knoten, die Dupuytrenschen Contracturen und die ankylosierende Wirbelsäuleversteifung (Pierre Marie, Bechterew, Strümpel) zu rechnen wären. Einige Forscher, hier besonders Hampeln, wollen diese Formen der Gicht zuschreiben.

In der Praxis sind oft auch Fälle zu beobachten, wo Patienten gar keine Veränderungen an den Gelenken aufweisen können, dabei aber über heftige Schmerzen in diesen klagen. Namentlich Frauen, die vor dem Climacterium oder im Climacterium stehen, stellen ein grosses Contingent von solchen Kranken. Die beliebteste Localisation dieser Schmerzen sind das Knie- und das Malleolengelenk, manchmal auch das Kreuz und das Hüftgelenk, wobei aber alle Bewegungen, sowohl active als passive, vollständig frei sind, sehr selten eine geringe Arthroxerosis vorhanden ist; bestehen noch Venenerweiterungen, die in der Gegend der Gelenke sich entzündet haben, und wird zuguterletzt eine Erkältungsursache angenommen, so werden häufig auch erfahrene Hausärzte getäuscht und halten die Erscheinungen für rheumatische. Vielleicht geschieht es deswegen, weil es ja am bequemsten ist, bei dem heute noch ungeklärten Stande der Rheumatismusfrage solche indefinite Schmerzen auf den Rheumatismus zu beziehen. Erkältungen sind in unserem Klima ja keine Seltenheit, und die Diagnose Rheumatismus ist fertig! Kommt noch eine Alteration des Herzens hinzu, wie sie beim Klimax auf nervöser Grundlage nicht selten ist, so kann kein Zweifel an dem Gelenkrheumatismus sein! Es werden fleissig heisse Bäder zu Hause ordiniert, später noch eine Badecur in Kemmern, und wenn der Erfolg ausbleibt, so ist die Verwunderung gross, während einige kalte Bäder schnelle Heilung bringen. Auch junge Mädchen in der Pubertätsperiode sind leicht zu indefiniten Gelenkschmerzen geneigt und werden dann nach Kemmern zur Cur geschickt, um hier zu hören, dass sie einer kräftigenden Allgemeinbehandlung bedürfen, aber keiner Bädercur. Ob bei diesen Fällen eine gichtische Veranlagung vorhanden ist, ist sehr fraglich; ich wäre geneigt, die Veränderungen im Nervensystem, die in der Pubertät und im Climacterium eine eingreifende Rolle im Zustande spielen, für diese Erscheinungen verantwortlich zu machen. Männer habe ich in langjähriger Praxis viel seltener mit solchen indefiniten Schmerzen zu beobachten Gelegenheit gehabt; es kamen wohl hin und wieder derartige Patienten vor, meistens liessen sich aber ihre Schmerzen auf bestimmte anatomische Grundlagen zurückführen, auf beginnende Arteriosclerose, oder auf Plattfüsse.

Die Aenderungen in den Beziehungen der Gelenke zu einander, und damit in der anatomischen Structur, die der Plattfuss im Gefolge hat, bewirken eine verstärkte Reibung der Gelenke und Zerrungen der Achillessehne. Die Synovia der Schleimbeutel der Fussgelenke, auch des Maleolengelenkes kann entzündet werden, und die Synovitis im Verein mit den mechanischen Zug- und Druckwirkungen kann rheumatiforme Schmerzen verursachen, die leicht durch passende Einlagen behoben werden können. Ueberhaupt soll in jedem solchen Falle, wo Männer mittleren Lebensalters über Schmerzen in den Füssen klagen, ohne besonders ausgeprägte anatomische Symptome aufzuweisen, auf Plattfuss oder Arteriosclerose gefahndet werden. Die Diagnose der Arteriosclerose ist nicht schwierig, das Fehlen der Fusspulse in der Arteria dorsalis pedis und tibialis postica ist bei einiger Uebung leicht festzustellen. Frauen leiden viel seltener an Plattfüssen und Arteriosclerose der Fussarterien.

Das sind in grossen Zügen die klinischen Eigentümlichkeiten der Arthritiden. Die Unterscheidungen aber, in welche Ordnung diese oder jene Erkrankung einzureihen wäre, sind viel feiner und erfordern grosse Uebung und genaues kritisches Ueberlegen. Schon die Bestimmung des primär und des secundär chronischen Gelenkrheumatismus ist sehr schwierig; besonders bei länger bestehenden Processen, die fieberhaft verlaufen. Pribram sieht hier 3 Möglichkeiten: „1) Ein acuter Gelenkrheumatismus ist chronisch geworden. 2) Ein akuter Ge-

lenkrheumatismus ist vorausgegangen, später primär chronische Polyarthritis. 3) Eine primär chronische Polyarthritis hat fieberhaft begonnen".

Die Erklärungen, die Pribram anschliesst, haben etwas Gezwungenes; er sagt: sind durch einen acuten Process viele Gelenke in Mitleidenschaft gezogen, event. auch das Herz betroffen, oder ist nach Rückgang der Affection in den meisten Gelenken eines der Sitz einer Ankylose geworden; ist auch in der Familie Gelenkrheumatismus nachweisbar, so handelt es sich um einen chronisch gewordenen acuten Gelenkrheumatismus. Eine primär chronische Polyarthritis ist dann zu diagnosticieren, wenn nach einem vorangegangenem acuten Gelenkrheumatismus, meist ohne Fieber, eine von den peripheren Gelenken ausgehende, progrediente symmetrische Gelenkaffection sich ausbildet. Bei symmetrisch in den peripheren Gelenken mit Fieber eintretenden Localisationen, die stetig weiter fortschreiten, wobei das Herz frei bleibt und in der Familie keine Arthritiden nachweisbar sind, die Affectionen zwar zeitweise in einer grösseren Zahl von Gelenken geschwunden sind, andere aber befallen bleiben, spielt sich eine fieberhaft begonnene, primär chronische Polyarthritis ab.

Dann giebt es aber noch eine grosse Reihe von Symptomen, die der acute Gelenkrheumatismus als Folgezustände zurücklassen kann; es können I. nur Schmerzen resultieren, die erst allmählich nach langer Dauer schwinden; II. ausser Schmerzen noch Steifigkeit und leichte Schwellungen, III. nach Schwund des Fiebers und der Gelenkschwellungen bildet sich Steifigkeit oder fibröse oder knöcherne Ankylose in einem oder mehreren Gelenken aus, IV, es hält sich längere Zeit eine subfebrile Temperatur mit abendlichen Steigerungen, die grossen Salicylgaben nicht weicht, wobei sich nach und nach Ankylosierungen zahlreicher Gelenke ausbilden; besonders Kinder werden nach Pribram und Jaccoud von dieser Form befallen, dem sogenannten Rheumatisme fibreux, Jaccouds Gelenkrheumatismus.

Während Pribram und seine Schule, auch die Franzosen, eine grosse Rolle dem secundären Gelenkrheumatismus eingeräumt haben und die Unterschiede zwischen dem primär chronischen oder der Polyarthritis chron. progressiva und dem secundär chronischen stets betonen, gibt es eine Reihe von Gelehrten, die den secundären Gelenkrheumatismus nicht gelten lassen wollen. Schon Bäumler wollte 1897 die Arthritiden in die Polyarthritis villosa Schüllers (die mit der Polyarthritis progressiva Hoffa-Wollenbergs viel gemeinsames hat), die Arthritis uratica und die Arthritis deformans einteilen. Alle Polyarthritiden, die im mittleren Lebensalter auftreten, nach dem Eintritt des 40. Lebensjahres, sollen der Arthritis deformans angehören, Magnus Lewy führt wieder diese Fälle auf die Gicht zurück; er betont als charakteristisch die von Pfeiffer angegebene grosse Hautempfindlichkeit über den befallenen Gelenken, ferner die Arthroxerosis, wobei Uricaemie nicht wesentlich zu sein braucht. Auch Ebstein und Hampeln schliessen sich dieser Anschauung an. Hampeln mit einer gewissen Reserve, er nimmt mit Senator und Minkowski an, dass solche Arthritiden zu einer Gruppe von entzündlichen Reizungen gehören, die ausser in den Gelenken auch in den serösen Häuten sich abspielen (trockene Pleuritiden. Senator). Dabei aber haben die Stoffwechselversuche Magnus Lewys für diese Fälle versagt. Bei der Gicht liegen die Verhältnisse doch nicht so einfach, dass man mit Magnus Lewy die Hautempfindlichkeit und die Arthroxerosis als Cardinalsymptome ansehen darf. Der typische Gichtanfall, der meistens in der Nacht eintritt, und die grosse Zehe befällt, häufig Tophi zurücklässt, ist ja leicht erkennbar; wenn aber andere Gelenke ergriffen werden, und der Process im chronischen Verlaufe die verschiedensten Contracturstellungen hervorgerufen hat, ist die Diagnose zwischen Polyarthritis und Gicht schon recht schwierig. Strümpell meint, dass bei der echten Gicht die Ankylosenbildung eine völlige und die Verdickung eine stärkere ist. Doch wäre eine solche Unterscheidung mehr Geschmackssache. Am besten wäre wohl der Vorschlag von His zur Stellung der Differentialdiagnose, in solchen zweifelhaften Fällen zu ermitteln, ob der Purinstoffwechsel der Kranken gestört ist. His setzt die Patienten nach den Vorschriften von Bloch und Schittenhelm und Brugsch auf purinfreie Diät; „nachdem ihr endogener Harnsäurewert festgestellt ist, erhalten sie 10 g. nucleinsaures Natron, beim Gesunden wird die aus diesem entstehende Harnsäure in 3—4 Tagen ausgeschieden; der Gichtkranke mit seinem gestörten Purinstoffwechsel zeigt eine unvollkommene und verzögerte Ausscheidung".

Dieser Befund gäbe schon sicherer eine Aufklärung als das Forschen nach der Anamnese und häufig sogar als die röntgenologischen und anatomischen Untersuchungen, die nicht immer für jede Krankheit ihre specifischen Bilder haben erkennen lassen. Wie ich in der Arbeit „Ueber die Behandlung schwerer Arthritiden" zusammengefasst habe, ist das Wesen der anatomischen Veränderungen bei der Arthritis deformans (nach v. Volkmann) „Knochen und Knorpelschwund auf der einen Seite, Knochen und Knorpelwucherungen auf der anderen Seite". Bei der Polyarthritis progressiva (nach Wollenberg): „primäre Gelenkweichteilerkrankung mit consecutiver Knochenatrophie und Destruction des Knochengewebes durch die Weichteilveränderungen. Plastische Verdrängung des Knochens durch Entzündung der Synovia, die endlich eine starke Schrumpfung der Gelenkkapsel und bindegewebigen Ersatz mit mehr oder weniger totaler Verwachsung der Gelenkenden ausbildet. Also zum Unterschiede gegen die Arthritis deformans, eine viel reichere Gefässentwickelung mit bedeutender Proliferation der fixen Bindegewebszellen, pannusartiger Verdickung der Synovia und starke Rundzellenanhäufung. Beim chronischen Rheumatismus soll nach Potain und Serbanesco eine verdichtende Ostitis der Gelenkenden nachweisbar sein, wodurch das Röntgenbild eine grössere Opacität zeigt. Hoffa, Wollenberg und Barjon negieren aber diese Ostitis. Bei der Gicht werden durch Substituierung der Phosphate mit Uraten, die für Röntgenstrahlen durchlässiger sind als die Phosphate, die Gelenkenden im Röntgenbilde heller, durchsichtiger. Wollenberg fand, dass die anatomischen Bilder bei der Gicht sich von den Befunden bei den Polyarthritiden stark unterscheiden. In der Synovialis befinden sich zahlreiche kleinste Zöttchen, die Synovialmembran weist bei mässiger Gefässneubildung nur eine geringe Vermehrung der fixen Bindegewebszellen auf, aber deutlich ausgebildet ein homogenes, kernarmes Bindegewebe, Verdickung der fibrösen Kapsel, nirgends die für Polyarthritis charakteristischen Rundzellenanhäufungen. In den Knorpeln krystallinische Einlagerungen von harnsaurem Natron, die Zellkerne des Knorpels haben im Bereiche der harnsauren Salze ihre Färbbarkeit meistens eingebüsst. His hat im Verein mit Beitzke ähnliche Befunde festgestellt, nur fanden sie noch die ersten Stadien dieses anatomischen Bildes bei Diabetikern und bei in jugendlichem Alter an Tuberculose verstorbenen Personen. Die infectiösen Arthritiden weisen dasselbe anatomische Bild wie die Polyarthriden auf. Schon Charcot und Garrod behaupten, dass sich an einen Tripper eine progressive deformierende Gelenkentzündung anschliessen kann. Nasse ist der Ansicht, dass die meisten Fälle von Schüllers Arthritis villosa auf Gonorrhoe zurückzuführen wären. Der klinische Verlauf unterscheidet sich aber durch äusserste Hartnäckigkeit von dem primären

und secundären chron. Gelenkrheumatismus und durch plötzliche, ganz unerklärliche Nachschübe und Exacerbationen. (Beneke, Marxheim, auch ich habe einen solchen Fall beschrieben). Die bakterielle Untersuchung lässt gewöhnlich im Stich.

Von den syphilitischen Gelenkentzündungen beanspruchen die sich im Gefolge der hereditären Lues ausbildenden unser Interesse. Bosse fand sowohl einfach entzündliche als auch gummöse Processe in der Synovialis. Zur Differentialdiagnose muss man immer vor Augen halten, dass solche Processe gewöhnlich im Kindesalter auftreten und noch von anderen hereditär luetischen Erscheinungen begleitet sind, wie Keratitis. Auch ist darauf zu achten, dass die Epiphysenlinie typisch befallen zu sein pflegt.

Die tuberculösen Gelenkentzündungen können, falls sie multipel auftreten, mit Polyarthritis verwechselt werden. Schweitzer hat einen solchen Fall beschrieben (Hoffa-Wollenberg), wo die Section in 12 grossen und 28 kleinen Gelenken Tuberculose zeigte. Pribram weist darauf hin, dass hierbei stets mit Gelenkerscheinungen noch Drüsentuberculose, remittierendes Fieber und Tuberculose der serösen Häute und Lungen nachweisbar zu sein pflegen. Das Röntgenbild zeigt charakteristische Lücken in aufgetriebenen Knochen. Poncet und Leriche, die den den Tuberkelbacillus für die meisten Fälle von Polyarthritis verantwortlich machen wollen, haben keinen einwandfreien Beweis für ihre Theorie gegeben, und wir müssen ihre Ansicht strict ablehnen. Heute, wo die Tuberculinreaction ein mächtiges Hilfsmittel für die Diagnose bildet, brauchen wir uns nicht an solche Hypothesen zu halten.

Fassen wir unsere Betrachtungen zusammen, so müssen wir zugestehen, dass bei den Polyarthritiden, sofern sie nicht auf infectiöser Basis beruhen, eine uns noch unbekannte constitutionelle Disposition eine Rolle spielen muss. Der Gicht für die Mehrzahl der Polyarthritiden diese Rolle zuzuschreiben, liegt noch kein sicher begründeter Anlass vor, besonders, da wir in der Nucleinreaction nach His einen ziemlich sicheren Aufschluss über die gichtische oder nicht gichtische Natur des Leidens haben können. Bei indefiniten Gelenkschmerzen ist vor allem das Nervensystem, hauptsächlich bei Frauen, und Plattfuss oder Arteriosclerose bei Männern zu berücksichtigen.

Die anatomische Untersuchung hat schon mehr Licht in dieses dunkle Gebiet der Polyarthritiden gebracht, es bleiben aber noch grosse Aufgaben zu lösen übrig, deren Klärung sicher einen grossen Fortschritt zum Wohle der Menschheit bedeutet.

Aus dem diagnostisch-therapeutischen Institut für Herzkranke in Wien.

Phrenocardie bei organischen Herzkrankheiten.

Von

Privatdocent Dr. Max Herz (Wien).

Da die Herzpathologie von der Erkenntnis der anatomischen Erkrankungen ihren Ausgang genommen hat, war es fast unvermeidlich, dass alle wirklichen und scheinbaren subjectiven Herzbeschwerden mit geweblichen Veränderungen des Organes in Zusammenhang gebracht wurden oder dass wenigstens nach derartigen Zusammenhängen gesucht wurde. In neuerer Zeit, da an die Stelle der anatomischen die functionelle Betrachtungsweise zur Geltung gekommen ist, macht sich allenthalben das Bestreben bemerkbar, die rein nervösen Symptomencomplexe zu umschreiben und von denjenigen abzugrenzen, welche durch sichtbare pathologisch-anatomische Veränderungen erzeugt sind. Eine Schwierigkeit besonderer Art ergab sich aus dem Umstande, dass es nicht gelang, Symptome zu finden, welche nicht auch gelegentlich bei anatomischen Herzkrankheiten zu constatieren wären. Erst die Feststellung der so gewöhnlichen Combinationen beider Krankheitsgruppen führt zu fruchtbaren Gesichtspunkten für die Diagnostik und Therapie.

Wir stehen heute auf dem Standpunkte, dass wir bei jedem Herzkranken die Symptome, welche das anatomische Grundleiden erzeugt, von denjenigen unterscheiden müssen, welche zu gleicher Zeit auf nervöser Basis entstanden sind. Diese Unterscheidung ist für die Therapie von grosser Wichtigkeit, weil die nervösen Symptome, wenn sie als solche nicht erkannt werden, sehr oft den Anschein erwecken, als ob der Herzmuskel bereits in jenen Zustand der verminderten Leistungsfähigkeit gekommen wäre, der für das Stadium der Decompensation charakteristisch ist, und uns verleiten, eine gegen die Herzmuskelinsufficienz gerichtete Therapie einzuleiten, welche dann in dem gegebenen Falle mindestens überflüssig ist. Da wir uns hier nur mit dem Auftreten des phrenocardischen Symptomencomplexes bei organischen Herzaffectionen befassen wollen, können wir noch hinzufügen, dass bei einem derartigen Vorgehen auch die Verordnung jener Massnahmen verabsäumt wird, welche fast ausnahmslos die Beseitigung der vor allem quälenden nervösen Beschwerden zu bewirken vermögen.

Die Phrenocardie ist eine psychogene Herzneurose und es ist ohne weiteres verständlich, dass sie sich leichter in dem Nervengebiete, das ihren Schauplatz darstellt, etabliert, wenn die Aufmerksamkeit des Kranken durch das Bewusstsein der gerade in diesem Gebiete gestörten Integrität auf dasselbe gelenkt oder gar, wie dies leider so häufig der Fall ist, dauernd hypochondrisch concentriert ist.

Die Phrenocardie ist ferner eine sexuelle Neurose. Sie entsteht, wie allgemein zugegeben wird, auf der Basis einer mangelhaften sexuellen Befriedigung. Nun ist es derzeit üblich, Herzkranken aller Art entweder den Beischlaf gänzlich zu verbieten oder ihnen mindestens eine weitgehende Enthaltsamkeit auf diesem Gebiete aufzuerlegen. Bei herzkranken Frauen kommt noch die Angst vor den Folgen einer Schwangerschaft und Entbindung hinzu, wodurch ihnen die Verwendung anticonceptioneller Massnahmen, hauptsächlich der Coitus interruptus nahegelegt wird. Diese Verfälschung des Geschlechtsverkehres trägt nach meiner Erfahrung in noch höherem Grade zur Ausbildung des phrenocardischen Symptomencomplexes bei als die teilweise oder gänzliche Abstinenz.

Die drei Cardinalsymptome der Phrenocardie sind Herzklopfen, eine eigenartige Behinderung der Atmung („Atemsperre") und ein stets unterhalb der linken Brustwarze localisierter Schmerz („Phrenodynie"). Von keinem dieser Symptome kann man behaupten, dass es zu den regelmässigen Aeusserungen einer anatomischen Herzaffection im Stadium der Compensation gehört. Es ist daher in jedem Falle geboten, nach den Ursachen ihres Zustandekommens zu forschen. Das Herzklopfen tritt bei Herzkranken nach körperlichen Anstrengungen leichter auf als bei Gesunden, und wir stellen uns vor, dass es in diesem Falle ein Warnungssignal darstellt, welches uns anzeigt, dass die von dem Herzen geforderte Arbeit der oberen Grenze der Leistungsfähigkeit des lädierten Organes nahekommt. Das Herzklopfen der Phrenocardie hingegen steht in keinem Verhältnis zur Grösse der Leistungsfähigkeit, sondern es

tritt, wie das nervöse Herzklopfen überhaupt, entweder spontan oder bei den Gemütserregungen auf, die bei derartigen Patienten mit besonderer Leichtigkeit auszulösen sind oder bei körperlichen Leistungen, welche keine besondere Muskelkraft sondern eine feinere Innervation erfordern, z. B. beim Schreiben mit der Feder oder Maschine, beim Frisieren, Klavierspielen u. dgl.

Am häufigsten geben die Atemstörungen der Phrenocardie zu Verwechslungen Anlass. Sie haben mit der Dyspnoe der Herzkranken nur eine oberflächliche Aehnlichkeit. Die phrenocardische Atemsperre erzeugt in dem Patienten das Gefühl einer mechanisch behinderten Atmung, besonders die Ausatmung findet nicht in einem subjectiv befriedigenden Masse statt. Von dem Lufthunger unterscheidet auch ein minder intelligenter und aufmerksamer Kranker die Atemsperre sehr genau. Charakteristisch ist ferner der Drang nach zeitweisen seufzenden Inspirationen auch bei vollständiger Körperruhe. Wir fassen dieses Symptom als den Ausdruck einer nervösen Hypertonie des Zwerchfelles auf. In seiner höchsten Steigerung stellt es den „Seufzerkrampf" dar, den ich jüngst beschrieben habe*).

Der charakteristische Herzschmerz der Phrenocardie schliesslich ist an seiner Localisation mit Sicherheit zu erkennen; er wird immer in die Gegend des linken Rippenbogens, d. h. der Ansatzlinie der linken Zwerchfellshälfte verlegt und entspricht auch — nach unserer Ansicht — schmerzhaften Contractionen bestimmter Anteile der Zwerchfellmuskulatur.

Wenn die genannten drei Symptome bei organischen Herzkrankheiten constatiert werden können, kann kein Zweifel darüber bestehen, dass diese mit einer Phrenocardie combiniert sind. Auch der phrenocardische Anfall, dessen Beschreibung uns hier zu weit führen würde, ist immer mit Leichtigkeit von einem Asthma cardiale oder einer Angina pectoris zu unterscheiden.

Bezüglich der Therapie ist die Beachtung der nervösen Symptome eines organischen Herzleidens von grosser Wichtigkeit, weil es leicht geschehen kann, dass man mit Unrecht eine drohende oder bereits vorhandene Herzmuskelinsufficienz vermutet, während in Wirklichkeit bloss die Aeusserungen einer Neurose vorliegen, und dass man dann mit Unrecht zur Verordnung herzstärkender Mittel, bzw. zur Einleitung einer entsprechenden physikalischen Therapie schreitet und Enttäuschungen erlebt, die man leicht hätte vermeiden können. Bezüglich der Phrenocardie ist vor allem eine entsprechende Prophylaxe am Platze. Sie muss zunächst darin bestehen, dass man nicht kritiklos bei jedem organischen Herzleiden den Geschlechtsverkehr einfach verbietet. Wenn die Erregungen, denen das Herz bei diesem ausgesetzt ist, eine directe Gefahr bedeuten, was ich mit einiger Sicherheit nur für die Coronarsclerose gelten lassen möchte, dann ist dies in noch viel höherem Grade von den langdauernden Irritationen der Herznerven bei der Phrenocardie anzunehmen. Bei weiblichen Patienten, welche eine Gravidität und Entbindung vermeiden müssen, sind anticonceptionelle Massnahmen gewiss gestattet. Unter diesen muss der Coitus interruptus als besonders schädlich bezeichnet werden. Am besten scheinen sich die Occlusivpessare zu bewähren.

Die Therapie unterscheidet sich hier kaum von derjenigen der reinen Phrenocardie. Intern verwende ich fast ausschliesslich, und zwar mit gutem Erfolge, die Valerianapräparate. Von der Darreichung des Brom sah ich zumeist wenig Nutzen. Die physikalische Therapie erweist sich hier zumeist als sehr wirksam, wenn man sich local und allgemein auf beruhigende Massnahmen beschränkt, wie indifferente Umschläge auf das Herz und ebensolche Vollbäder mit Salz- oder aromatischen Zusätzen, Förderungsbewegungen, allemeine Vibrationen, Faradisationen der Herzgegend, das Vierzellenbad u. dgl.

*) Max Herz, Wiener klinische Wochenschrift 1909, Nr. 39.

Aus dem Hospital der Schwestern-Gemeinschaft des Rothen Kreuzes zum Andenken an den General-Adjutanten M. P. v. Kaufmann. Chefarzt Prof. Dr. H. Zeidler.

Zur Casuistik der metastatischen Nierenabscesse.

Von

Dr. L. Stuckey.

Vortrag, gehalten am 21. November 1909 im Verein St. Petersburger Aerzte in St. Petersburg.

Die metastatischen acuten und subacuten Nierenabscesse werden beobachtet bei ulceröser Endocarditis, bei septischer Allgemeininfection, besonders bei schweren Formen von Puerperalfieber, dann bei Typhus, Scharlach, Pocken und anderen Infectionskrankheiten. Sie sind gewöhnlich doppelseitig und multipel. Daher ist auch ihre klinische Bedeutung sehr gering.

Es kommen aber auch metastatische Nierenabscesse vor, die sich durch ihren relativ gutartigen Verlauf auszeichnen. Diese benignen metastatischen Nierenabscesse sind nicht übermässig selten. Sie werden oft erst nach ihrem Durchbruch in die Nierenfettkapsel als paranephritische Abscesse operiert (Israel, Jordan, Jaffé). Auch werden einige intrarenale Abscesse, die mit einem Durchbruch in das Nierenbecken verlaufen, als Pyelitis gedeutet.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass es sehr wichtig ist, diese gutartigen Nierenabscesse recht frühzeitig noch vor ihrem Durchbruch in das Nierenbecken, resp. die Nierenfettkapsel zu diagnosticieren und zu operieren. Zwar muss man ja zugeben, dass manche intrarenale Abscesse nach ihrem Durchbruch in das Nierenbecken spontan ausheilen können und dass der operative Eingriff bei einer aus einem Rindenabscess entstandenen Paranephritis sich viel leichter gestalten kann als das Aufsuchen eines verhältnismässig kleinen Herdes in der Nierensubstanz. Aber man kann ja niemals im voraus den Verlauf der einzelnen intrarenalen Abscesse wissen. Jedenfalls gibt es viele Complicationen, denen durch eine zeitige Eröffnung, noch vor dem Durchbruch, vorgebeugt werden könnte (Jaffé).

Die Nachbehandlung eines vor dem Durchbruch eröffneten intrarenalen Abscesses gestaltet sich auch viel einfacher, weil die Eiterung doch viel geringer sein muss, auch hat man in der Regel keinen Harnausfluss durch die Wunde.

Bei dieser gutartigen Form ist auch gewöhnlich die ursprüngliche Affection von relativer Gutartigkeit. Solche Abscesse wurden beobachtet nach Furunkeln, Karbunkeln, eitriger Parotitis, Tonsillarabscess u. s. w., einmal nach Cauterisation einer Nasenmuschel (Israel). Sie sind meistens einseitig und nicht multipel. Sie können aber auch doppelseitig sein (Jordan). Die Erkennung solcher benigner Nierenabscesse ist in der Regel nicht leicht.

Das constanteste Symptom ist das Fieber. Die Temperaturcurve hat in der ersten Zeit gewöhnlich den Charakter des continuierlichen Fiebers, geht aber allmählich in den Typus des sogenannten Retentionsfiebers über.

Es ist nicht immer der Fall, dass das durch den ursprünglichen Process hervorgerufene Fieber unmerklich in die durch den Nierenabscess bewirkte Tempera-

turerhöhung übergeht. Oefters kommt erst ein ziemlich langes Intervall von 2—7 Wochen. Dann meldet ein Schüttelfrost die Verschleppung der Infection an, wie dies auch bei anderen Metastasen bei septischer Allgemeininfection vorkommt (Jaffé).

In der Regel gibt die Urinuntersuchung keinen Anhaltspunkt für die Diagnose. In drei Fällen ist es Israel gelungen, im Urin eine spärliche Zahl von roten Blutkörperchen zu finden, was seiner Meinung nach auf eine Congestion der Niere hinweist.

In den meisten Fällen klagen die Kranken über Schmerzen. Bei genauerer Untersuchung erweist es sich, dass die Schmerzen bei Druck weniger in der Lumbal- als in der entsprechenden Bauchgegend localisiert werden (Jaffé). Bei bimanueller Untersuchung, besonders wo die Niere vergrössert ist, ist dieser Druckschmerz in gewissem Sinne pathognomisch, weil er bei wiederholter Untersuchung jedes Mal an ein und derselben Stelle hervorgerufen werden kann.

Diese Schmerzempfindung bezeichnet den Sitz des Abscesses innerhalb des Organs und am deutlichsten ist sie zu constatieren, falls sich der Abscess in der Nähe des unteren Nierenpols befindet (Jaffé). Sehr charakteristisch soll der Druckschmerz unter der XII. Rippe sein, der in mehreren Fällen beobachtet wurde (Jordan).

Das ganze Krankheitsbild ist manchmal so unbestimmt, dass es verständlich ist, dass nicht selten Fehldiagnosen vorkommen. So werden in einigen Fällen Influenza, Typhus, Pleuritis, Pneumonie, Appendicitis, Spondylitis, Lumbago u. s. w. diagnosticiert.

Die Probepunction kann ja eventuell die Diagnose sicherstellen. Sie ist aber ohne vorhergegangene Incision in ihrem Ergebnis zu unsicher. Fast unentbehrlich ist aber die Probepunction der freigelegten Niere, weil der Sitz eines kleinen Eiterherdes nicht immer gleich zu erkennen ist.

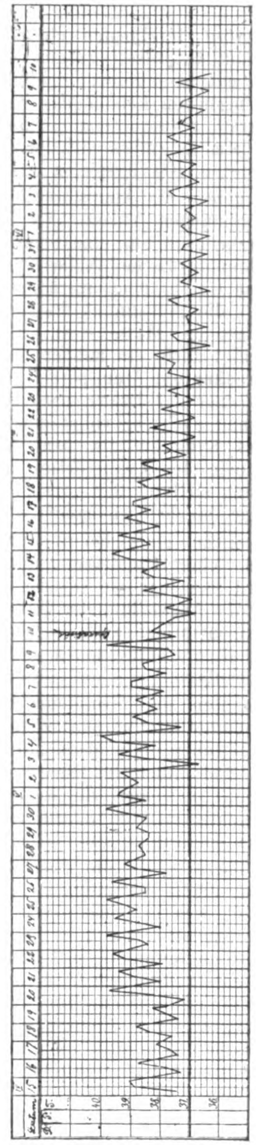
W. L., 25 Jahre alt, verheiratet. Nach einem septischen Abort stieg die Temperatur nach einem Schüttelfrost bis 40,1°. Am nächsten Morgen wurde eine Abrasio gemacht. Die Blutung dauerte 4 Stunden. Als die Tampons entfernt wurden, liess sich mit denselben ein Rest der Membran herausziehen, und die Blutung stand. Im Verlauf von 2 Tagen fiel die Temperatur zur Norm und blieb innerhalb 3 Tage normal. Dann stieg die Temperatur wiederum plötzlich unter den Begleitungserscheinungen eines Schüttelfrostes bis 39,3. Es wurde eine Oophoritis constatiert, und zwei Tage darauf setzte mit starken Seitenstichen eine linksseitige Pleuropneumonie ein. Gleichzeitig bildete sich ein Abscess am rechten Oberarm an der Stelle einer Kampfereinspritzung, die während der Abrasio gemacht worden war.

Am 15. IV. wurde die Kranke in die chirurgische Abteilung der Gemeinschaft barmherziger Schwestern aufgenommen. Hier wurde der Abscess gespalten. Es wurde dicker Eiter in mässiger Quantität entleert. Das Fieber hielt an unter Schüttelfrösten und starken Remissionen. Von der Pneumonie war nichts mehr zu constatieren. Der zur Consultation hinzugezogene Frauenarzt Dr. Bernatowicz, in dessen Behandlung die Kranke vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus stand, konnte von Seiten der Genitalien keine Erklärung für das Fieber finden. Auch der Urin war normal. Nur eine vergrösserte Milz deutete auf eine septische Allgemeininfection; es fehlte aber die Bakteriämie. Allmählich bildete sich unter dem linken Rippenbogen ein etwas schmerzhafter Tumor, der sich zuletzt als eine vergrösserte Niere herausstellte. Der Urin war quantitativ herabgesetzt (600—1000 cc.), aber sowohl chemisch wie mikroskopisch durchaus normal. Auch konnte man bei der Uretherenkatheterisation keinen Unterschied in der Urinausscheidung der rechten und der linken Niere finden. Es wurde eine Warscheinlichkeitsdiagnose eines metastatischen intrarenalen Abscesses gestellt.

10. V. 1909. Operation unter Chloroformnarkose.

Durch einen schrägen Schnitt nach v. Bergmann wurde die linke Niere freigelegt. Die Niere erwies sich stark vergrössert und derb. Entzündliche Infiltration des perirenalen Gewebes. Die Probepunction ergab etwas Detritus. Durch einen Schnitt wurde in der Tiefe von ½ c. im Nierenparenchym ein haselnussgrosser Focus, welcher Detritus und sehr wenig Eiter enthielt, eröffnet. Die Höhle stand mit dem Nierenbecken nicht in Communication.

Tamponade des Abscesses und des perirenalen Gewebes. Die Muskel- und Hautwunden wurden durch einige Nähte



teilweise geschlossen. Die Temperatur ging am Tage der Operation etwas herunter, stieg aber im Laufe von 3 Tagen wieder an. Im weiteren Verlauf zeigte sie eine fallende Tendenz. Die Wundheilung verlief ohne Complication. Der Urin war ganz normal, auch die Menge stieg allmählich zur Norm. Die Patientin verliess das Krankenhaus 4 Wochen nach der Operation mit granulierender Wunde und mit erhöhten Abendtemperaturen bis 37,8.

Zu Hause kam die Temperatur bald zur Norm. Es blieb aber noch eine Fistel bestehn, die sich erst Mitte September endgültig geschlossen hat.

Die Kranke fühlt sich seitdem ganz gesund. Die Niere ist aber etwas vergrössert und bei der Palpation ein wenig empfindlich.

Referate.

G. Ischreyt (Libau). Ueber den Einfluss der Sehschwäche auf die Kinderzeichnungen. (Neue Bahnen, 20. Jahrg. Heft 10).

Der sehr schwierigen Frage, ob und wieweit die Sehschwäche die Entwickelung der Kinder hemmt und stört, suchte I. auf einem neuen Wege näher zu treten, indem er an einem Beobachtungsmaterial von 144 Kindern nach-

weist, dass die Sehschwäche tatsächlich sich geltend machte bei den Fortschritten der Kinder im Zeichnen. Das Zeichnen ist eine Aeusserung des kindlichen Geistes, welche schon früh hervortritt und sich in ganz bestimmter, geradezu typischer Weise weiter entwickelt, so dass die Leistungen des Kindes auf diesem Gebiet einen gewissen Massstab für die Entwickelung des Kindes abgeben. Es erweist sich nun nach den Untersuchungen von Ischreyt, dass bei den Kindern die zeichnerischen Leistungen um so mangelhafter ausfallen, je mehr die Sehschärfe herabgesetzt ist. Da das zeichnerische Können ein Massstab der Anschauungsfähigkeit ist, so ist diese Leztere also beim sehschwachen Kinde herabgesetzt, und es muss notwendig in seiner ganzen geistigen Entwickelung zurückbleiben.

Brehm (Libau).

Prof. Simmonds (Hamburg). Ueber die Einwirkung von Röntgenstrahlen auf den Hoden. Fortschr. a. d. Geb. der Röntg.-Str. Bd. XIV. Heft 4.

Auf Grund interessanter experimenteller Untersuchungen kam der Verf. zu folgenden Resultaten: bei genügend langer Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den Hoden werden die Samenzellen zerstört, während die Sertolizellen, die Spermatozoen und das interstitielle Gewebe nebst Gefässen nicht geschädigt werden. Die Zerstörung der Zellen macht sich nur geltend, wenn eine genügend lange Zeit zwischen Beleuchtung und Untersuchung des Organs liegt. Die erste erkennbare Veränderung an den Samenzellen besteht in einem Sistieren der Spermatogenese. Ueberlebt das Tier genügend lange die Bestrahlungen, so tritt eine Regeneration der Samenkanälchen ein, und es kann wieder normale Spermatogenese erfolgen. Secundäre Röntgenbestrahlung übt selbst bei monatelanger Dauer keinen Einfluss auf den Hoden aus.

Prof. Redlich und Schüller (Wien). Ueber Röntgenbefunde am Schädel von Epileptikern. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg.-Str. Bd. XIV. Heft 4.

Die Röntgenuntersuchung des Schädels bei Epilepsie gestattet den Nachweis von traumatischen Schädeldefecten, Fissuren, Impressionen, Verdickungen und Fremdkörpern. Ferner deckt sie diffuse und circumscripte Hyperostosen der Schädelwand auf und liefert unter Umständen Anhaltspunkte für verkalkte Herde und Hirntumoren. Die Autoren fordern berechtigter Weise für jeden Fall von Epilepsie eine Röntgenuntersuchung.

Janowskij (St. Petersburg): Ein Fall von ausserordentlich grosser Exostose des Processus tuberis calcanei. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg.-Str. Bd. XIV. Heft 4.

Der berichtete Fall lehrt, dass obwohl die Hypertrophie des Processus tuberis calcanei die Ursache des Fersenleidens sein kann, es zur Schmerzhaftigkeit der Fersengegend nur dann kommt, wenn ein Sinken des Fussgewölbes stattfindet und der Kranke mit der nach unten zum Boden sich senkenden Exostose umhergeht, was natürlich Schmerzen verursacht.

H. E. Schmidt: Röntgentherapie mit abgekürzter Expositionszeit. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg.-Str. Bd. XIV. Heft 4.

Der Verf. spricht sich im allgemeinen gegen die «Secundentherapie» aus, da auch eine nur kurze Ueberschreitung der Expositionszeit schwere Folgen nach sich ziehn kann.

Frank (Mainz): Röntgenbehandlung und Bogenlichtbestrahlung nach Finsen bei Lupus. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg.-Str. Band XIV. Heft 4.

An der Hand eines Falles spricht der Verf. die Vermutung aus, dass ein Zusammenwirken der beiden oben erwähnten Heilfaktoren schädlich ist, und fordert die Fachleute zur Veröffentlichung ihrer diesbezüglichen Beobachtungen auf.

Hesse.

Bücherbesprechungen.

Czemészet Ophthalmologia Nr. 3, vom 29. August 1909, der Section für Augenheilkunde des XVI. internationalen medicinischen Congresses gewidmet.

Das Buch enthält ausser der Begrüssungsrede des Prof. E. von Grósz Mitteilungen aus der königl. ungar. Universitätsaugenklinik und aus dem königl. ungar. Staats-Augenspital zu Budapest. Auf einige dieser Abhandlungen kann hier näher eingegangen werden. (Von den hier zusammengefassten 11 Arbeiten sind 8 in deutscher, 1 in englischer und 2 in ungarischer Sprache geschrieben).

Herzog: «Ueber die Aetiologie des Trachoms».

Herzog wandte sich bei seinen Untersuchungen zunächst der Frage zu, wie die Entstehung des Trachomkörpers (jener Ansammlung von sog. «Initialelementen» oder «Elementarorganismen») in der Zelle vor sich gehe, Vorgängen die bisher weder von Prowazek noch von Greeff aufgeklärt worden seien. Als zweite Hauptaufgabe stellte sich H. die Darstellung der Trachomkörper auf Schnitten, da die Arbeit di Santos über die feineren Beziehungen derselben zu den Geweben zu wenig berichtet. — Als Frühformen der Trachomkörper fand H. in den Epithelzellen birnförmige, sich nach Giemsa tiefblauviolett färbende und in eine helle structurlose Grundsubstanz eingebettete Körper. Sie liegen entweder einzeln oder sind zu zweien durch feine Fäden sanduhrförmig miteinander verbunden und erinnern hierdurch an die von Paschen beschriebenen Teilungsformen bei den Vaccineerregern. Die birnförmige Form und die relative Grösse unterscheiden diese Initialelemente von den Elementarorganismen der reifen Trachomkörper. Ob die Teilung eine Quer- oder Längsteilung ist, lässt H. vorläufig unentschieden. — Als ein weiteres Stadium der Entwickelung sieht H. die aus kugelrunden, coccenartigen Elementarorganismen zusammengesetzten Trachomkörper an. Wenn an Stellen, wo der Trachomkörper dem Kern aufsitzt, eine Dehiscenz des Chromatins eingetreten ist, sei dies als Kunstprodukt anzusehen, beweise aber, wie fest der Zusammenhang zwischen Trachomkörper und Kernsubstanz sei. Die aus dem Trachomkörper freigewordenen Organismen findet man später als Kügelchen im Cytoplasma: sie sind identisch mit den von Greeff mehrfach beschriebenen Gebilden. — Bei der Schnittuntersuchung verwandte H. die Eisenhämatoxylinfärbung. Er fand hierbei ein zweifaches Verhalten der vom Trachomkörper befallenen Kerne: entweder veränderten die Letzteren ihre Form garnicht, und der sich vergrössernde Trachomkörper umgab sie mit seinen Fortsätzen, oder aber es traten infolge der entstehenden Raumbeengung Verbildungen der Kerne auf (Abplattungen, Dellen). Regressive Veränderungen fanden sich auffallender Weise nicht, wenigstens waren sie nicht mit den zu Gebote stehenden Hilfsmitteln nachzuweisen. Trotzdem darf angenommen werden, dass eine Verkürzung der Lebensdauer der inficierten Zellen eintrete, um so mehr als wahrscheinlich nach dem Platzen der reifen Trachomkörper die zurückbleibenden Elementarorganismen immer neue Generationen veranlassten und dadurch die Reservestoffe der Zelle allmählich aufzehrten. Auf eine stärkere Regeneration des Epithels als Folge des schnelleren Verbrauches weisen die auffallend zahlreichen Mitosen hin. — Auf Grund seiner Untersuchungen kommt H. zu folgenden biologischen Vorstellungen. Die von den Wirtszellen herstammenden und sich um die Elementarorganismen ablagernden Zwischensubstanzen sind zweifacher Art. Die eine ist eine zähgallige oder schleimige Modification des Zellprotoplasma, zeigt sich (in Giemsapräparaten) unter dem Bilde der farblosen Säume und stellt ein indifferentes Medium dar. Die zweite Zwischensubstanz ist das Plastin, das aus der Nuclearsubstanz stammt und sich als Reactionsprodukt (als blaugefärbte Substanz) auf die Elementarorganismen niederschlägt. Da wir in dem Plastin kein Abwehrmittel der Zelle sondern neuzugeführtes Nährsubstrat zu sehen haben, dessen die Elementarorganismen bedürfen, müssen wir auf ihre Vermehrungsunfähigkeit ausserhalb der Epithelzellen schliessen.

Scholtz schildert in seiner Arbeit über «Organisation und Durchführung der staatlichen Trachombekämpfung in Ungarn» kurz die leitenden Grundsätze, wie sie in seinem Vaterlande Geltung haben. Bekanntlich hat in Ungarn die Regierung bereits seit dem Jahre 1884 Massnahmen gegen Trachom ergriffen. Neben einer möglichst genauen Feststellung der Krankenziffer — im Jahre 1908 gab es 40399 registrierte Trachomkranke — bezwecken die Massnahmen eine Ausrottung der Krankheitsherde und Heilung der Erkrankten. Aus einer Tabelle ist ersichtlich, dass in 13 Komitaten 211 Aerzte officiell mit der Trachombekämpfung betraut sind und dafür über 80 Tausend Kronen Honorar beziehen. Ausserdem werden jährlich 10000 Kronen als Gratificationen verteilt. Zehntägige Trachomcurse in Budapest vermitteln die nötigen specialistischen Kenntnisse. (Dem Ref. scheint diese Zeit auffallend niedrig bemessen zu sein). Verkehrserleichterungen und Belehrungen sollen neben Zwangsmassregeln die Kranken den Aerzten zuführen. Trotz dieser umfangreichen Bestrebungen sind «glänzende Procentnummern» über Verminderung der Zahl der Trachomkranken derzeit noch nicht vorhanden.

v. Blaskowicz berichtet über «Heilung eines eigenartigen Falles von Trichiasis durch Einpflanzung eines Knorpelstückes aus der Ohrmuschel». Es handelte sich um einen 13-jährigen Jungen, bei dem sich an dem linken oberen Lide infolge einer

geschwürigen Blepharoadenitis Trichiasis entwickelt hatte. Da der Lidtarsus infolge von Erweichung und Atrophie vollständig fehlte, versprach sich v. B. keinen Erfolg von den gewöhnlichen Operationsmethoden, sondern überpflanzte, nachdem er das Lid intermarginal in zwei Blätter gespalten hatte, ein Stück Ohrknorpel von der Grösse des Tarsus. Die Heilung ging glatt von statten, die Nähte wurden am 10. Tage entfernt. Nach vier Wochen konnte der Patient mit normal gestelltem und beweglichem Lide entlassen werden. Auch nach 1 Jahre bestand ein brauchbares Augenlid, und das eingeheilte Knorpelstück hatte sich nicht im mindesten in seiner Form und Consistenz verändert.

Ischreyt.

Prof. Dr. Fl. Kratschmer und Mag. pharm. Senft. Untersuchung der Harnsedimente. Zweite vermehrte Auflage. Mit 17 Tafeln und 13 Abbildungen im Text. 1909. Mk. 8.40.

Das vorliegende Werk, welches vor 8 Jahren in erster Auflage erschien, weist nun einige Erweiterungen des Textes auf; auch sind 4 neue Tafeln und einige schwarze Abbildungen hinzugekommen. Der allgemeine Teil ist kurz und anschaulich abgefasst, die Abbildungen tadellos ausgeführt. Somit ermöglicht das Büchlein eine rasche Orientierung und bildet eine gründliche Anleitung allen Anfängern auf diesem Gebiete.

F. Hinze.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1377. Sitzung am 16. November 1909.

Zeidler hält seinen angekündigten Vortrag: Frühoperation bei Appendicitis. (Wird im «Русскій Врачъ» gedruckt werden).

Discussion:

Dombrowski: Die in dem letzten Decennium des vergangenen Jahrhunderts mehr active operative Behandlung der Appendicitis hatte keine genügend günstigen Resultate ergeben. Dies führte zur expectativen und conservativen Therapie. Dies war falsch, bedeutete einen Rückschritt, statt dass man, wie notwendig, einen Schritt vorwärts zur Frühoperation getan hätte. Denn in den neunziger Jahren hatte man keine Frühoperationen sondern nur Intermediäroperationen ausgeführt, da kaum vor dem 3. Tage damals ein Chirurg hinzugezogen wurde. Redner hat schon damals für ein actives Vorgehen plaidiert, ist aber stets auf Opposition gestossen. Wenn die grossen Statistiken von Sahli und Rotter bei der conservativen Behandlung eine Mortalität von nur 9 pCt. ergeben, so ist man doch nicht berechtigt, bei dieser Methode von einer Heilung der Appendicitis zu sprechen. Diese Statistiken beweisen nichts, nur die chirurgischen Statistiken bringen die Wahrheit. Die unglückliche Wendung datierte seit dem Chirurgencongress 1899, wo Sonnenburg offen erklärte, ein operatives Verfahren bei Appendicitis im acuten Anfalle würde nie populär werden wegen der Gefahr der Infection der freien Bauchhöhle. Ihm schlossen sich die meisten Chirurgen an, erklärten sich für das «bewaffnete Zuwarten». Redner bedauert sehr, dass er sich diesem Standpunkte eine Zeit lang angeschlossen hatte. 1901 zeigte sich die Reaction gegen dieses falsche Zuwarten. Rehn, Riedel, Sprengel traten für die Frühoperation ein, verlangten, dass jeder Fall von Appendicitis, falls er in den ersten 24 Stunden zur Beobachtung kommt, dem Chirurgen zur Operation übergeben werden soll. Dieser Standpunkt ist jetzt der allgemein eingenommene in Deutschland, Frankreich wie in England. Bei den Fällen im Intermediärstadium soll man vorsichtig sein, besonders wo ein circumscripter Abscess sich gebildet hat. Rehn und Riedel empfahlen und empfehlen die Eröffnung des Abscesses von der freien Bauchhöhle aus und behaupten dabei keine Misserfolge gehabt zu haben, während solche von anderen Operateuren wohl gesehen wurden. Wo ein Abscess ist, muss eröffnet werden, jedoch soll auf der Entfernung des Appendix aus dem Abscess nicht durchaus bestanden werden. Leider kommen nun die wenigsten Fälle in den ersten 24 Stunden dem Chirurgen zu Gesicht, doch ist schon eine Wendung zum Bessern zu bemerken, indem die Chirurgen von den Therapeuten immer früher hinzugezogen werden. 1904 hat Redner über die von ihm in diesem Jahre ausgeführten 60 Appendicitisoperationen im Anfall im deutschen Alexanderhospital, im gynäkologischen Institut und im Oldenburger Kinderhospital berichtet. Es bestand damals schon die Regel im Kinderhospital, dass alle Appendicitiskranken direct in die chirurgische Abteilung gelegt und im Verlauf von einigen Stunden nach ihrer Aufnahme operiert wurden. Er hatte damals eine Mortalität von 20 pCt., alle schweren Fälle mitgerechnet, in denen schon diffuse Peritonitis vorlag. Dem Princip der Frühoperation ist er von dann an treu geblieben, über deren Berechtigung nicht weiter zu discutieren ist. Nicht nur die Mortalität wird durch sie herabgesetzt, sondern die allgemeine Peritonitis wird ganz ausgeschlossen, welche nach seinen Erfahrungen jetzt schon seltener zur Beobachtung kommt. Ist schon am 1. Tage eine Peritonitis vorhanden, so ist durch die Frühoperation doch noch auf Heilung zu rechnen. Wenn alle Aerzte einig vorgehen, so ist die Mortalität entschieden auf 1—2 pCt. herabzudrücken. Riedel war der Einzige in Deutschland, der 1899 sich nicht dem Rückschritt anschloss, und hat jetzt eine Mortalität von 2 pCt. Bei Kindern ist die Mortalität eine höhere, 13 pCt.

Tiling: Wir leben jetzt in der 2. Welle des acuten Operierens bei Appendicitis. Die erste Welle, die von Amerika ausgehend, über die ganze Culturwelt zog, habe ich nicht mitgemacht. Diesem durchaus activen Vorgehen stimme ich nicht bedingungslos bei. In den foudroyanten Fällen kommen wir mit der Operation immer zu spät, die septische Infection geht zu rasch vor sich. Ein gewisses Mortalitätsprocent wird also immer bleiben.—Von den Statistiken ist die Sahli'sche die einzige taugliche nach meiner Meinung, mehr wert, als alle chirurgischen Statistiken, da sie eine Krankheitsstatistik ist, welche das weitere Schicksal der Patienten verfolgt, nicht eine Anfallsstatistik wie alle Hospitalstatistiken, wo das spätere Schicksal der Patienten unbekannt bleibt. Nach Sahli bekommen von 100 Patienten, nur 20 einen 2. Anfall, also 80 pCt. werden wirklich definitiv geheilt; also in 20 pCt. wäre eine Operation nötig, welche bei der principiellen Frühoperation 1 pCt. Mortalität haben würden, während nach Sahli sich eine Mortalität von 9 pCt. ergab. — Durchaus nicht alle Chirurgen, auch in England nicht, verlangen die Frühoperation, noch sind die Frühoperateure nicht die einzigen Retter und alle anders Denkenden pflichtvergessene Aerzte. Ich nehme einen eklektischen Standpunkt ein und erachte die Frühoperation für mich noch nicht verpflichtend. In allen Fällen, wo das Krankheitsbild bedrohlich und zweifelhaft erscheint, soll lieber gleich operiert als noch abgewartet werden.

Dombrowski: Gegen die Frühoperation kann nichts angeführt werden, wenn sie so wenig riskant ist, wie die Intervalloperation. Nach allen Statistiken ergibt sie eine Mortalität von nur 1—2 pCt., ebenso gross wie bei der Intervalloperation. Mithin ist sie ebenso berechtigt, umsomehr als sie zwei Vorteile bietet, sie behandelt den acuten Anfall und beseitigt radical die ganze Krankheit für immer. Die Londoner Chirurgen, wie ich aus persönlicher Rücksprache weiss, stehen jetzt durchaus für die Frühoperation ein; alle Fälle, auch die foudroyanten, werden in den ersten 24—36 Stunden operiert, ebenso alle Intermediärfälle, wo ein Abscess sich gebildet hat.

Tiling: Da nach Sahli nur 20 pCt. aller Kranken operationsbedürftig sind, bei der Frühoperation aber alle Kranken unter das Messer kommen, so wäre zum Vergleich das Mortalitätsprocent der Frühoperationen mit 5 zu multiplicieren, würde also 5—10 pCt. betragen, mithin mehr als das der Intervalloperationen.

Dombrowski: Die Sahli'sche Statistik ist mangelhaft, weil sie eine zu kurze Zeit berücksichtigt; Rückfälle können noch nach 20 Jahren eintreten. Man kann sich nur stützen auf das Bild, welches wir in den ersten 24 Stunden bei der Operation sehen, und dies ist so erschreckend, dass ein Jeder, der es gesehen, sich für die Frühoperation entschliessen wird. Weil wir nie wissen, was aus der Krankheit wird, weil beim leichtesten klinischen Bilde schon die schwersten Processe und Zerstörungen in der Bauchhöhle vorhanden sein können, so ist die Frühoperation das einzige rationelle Verfahren bei der Krankheit, da wir durch sie in keinem Falle schaden und den Kranken nur aus seiner gefährlichen Lage befreien können.

Heuking: Dass man sich nicht über die Frühoperation einigen kann, sehe ich in zwei Ursachen: 1) in der Frage, wie weit die Operation gefährlich ist, und 2) in der verschiedenen Auffassung der Statistiken. — Die Gefährlichkeit der Operation ist sehr gering in den ersten zwei Tagen, und zwar laut Nachrichten nicht nur aus den grossen Kliniken und von Meistern des Faches, sondern gerade aus kleinen Hospitälern und von gewöhnlichen Chirurgen. Dass unglückliche Fälle trotzdem immer vorkommen ist, in der Schwere der Infection begründet, hat mit der Operation nichts zu tun. Schwierig kann die Diagnose zuweilen sein, die Prognose in den ersten 2 Tagen ist aber vollständig unberechenbar. Also wenn wir manchmal im Dunkeln tappen, wenn die Prognose so unsicher ist, dass wir nicht einmal auf Stunden den Verlauf voraussehen können, warum dann zögern, warum nicht operieren, wenn dies ungefährlich ist. Die Daten aus den deutschen Militärlazaretten, wo die Operationen von durchaus nicht besonders hervorragenden Chirurgen ausgeführt wurden, besagen, dass die Resultate am 1. Tage ausgezeich-

nete waren, am 2. Tage etwas weniger gut, aber immer noch sehr gut; dagegen ergaben die Intermediär- und Spätoperationen, vom 3. Tage an gerechnet, 13—25 pCt. Mortalität. — Wie soll man nun die Heilungsresultate beurteilen? Die von den Therapeuten und Chirurgen aufgestellten Statistiken sind garnicht ohne weiteres mit einander zu vergleichen. Die Therapeuten weisen nur Heilungen der einzelnen Anfälle auf; die Chirurgen erstreben Heilungen der ganzen Krankheit. Die Statistik über die deutsche Armee, welche sowohl therapeutisch wie chirurgisch behandelte Fälle in sich schliesst, gibt sehr beachtenswerte Resultate. Stricker berechnete für die Zeit 1890—1900 28 pCt. Heilungen nach der Operation, zu der damals nur schwere Fälle gelangten; Frühoperation und Intervalloperation wurden verschwindend wenig gemacht; von allen an Appendicitis Erkrankten genasen überhaupt 84,4 pCt. Seit 1907 kann die Frühoperation auch in den Garnisonslazaretten in Aufnahme; jetzt genasen von den Operierten 94 pCt., von den therapeutisch Behandelten nach wie vor so ziemlich alle. Nach der Statistik von Ramstedt, Doebbelin und And. aus verschiedenen Garnisonslazaretten, betrug das Genesungsprocent nach der Operation in den letzten Jahren 95,3—99,1 pCt. Also 1900 genasen von allen Kranken, operierten und nichtoperierten 84,4 pCt., im Jahre 1908 99,1 pCt. Zu diesem Fortschritt hat die innere Therapie nichts beigetragen, der Zuwachs ist nur auf Kosten der Frühoperation zu setzen. Noch mehr in die Augen fallend gestalten sich die Erfolge der activen chirurgischen-Therapie, wenn man die Dienstfähigkeitsverhältnisse der Behandelten berücksichtigt. Stricker berichtet, dass bis 1900 von 84,4 pCt. Genesener 29,7 pCt. sich wieder dienstfähig erwiesen. Seitdem die Frühoperation geübt wurde, kehrten anfangs 68 pCt. wieder in die Fronte zurück, in den folgenden Jahren 72 pCt. und schliesslich 96,5 pCt. Auch der grosse Zuwachs der wieder Dienstfähigen wird nur durch die Frühoperation erklärt. — Diagnostische Irrtümer können vorkommen, sind kein Verbrechen; es schadet dem Kranken nichts, wenn mal der Appendix nicht krank gefunden und entfernt wird.

Dombrowski: Die Frühoperation ist leichter und einfacher als die meisten Intervalloperationen, wo meist grosse Verwachsungen sich vorfinden, es tritt daher die Heilung auch früher und rascher nach ihr ein als nach letzteren. Ein weiterer Umstand, der zugunsten der Frühoperation spricht.

Schmitz: Die Frühdiagnose ist besonders bei Kindern nicht so leicht. Es ist bei Frühoperationen vorgekommen, dass keine Appendicitis gefunden wurde. Diagnostische Irrtümer schaden hier dem Patienten vielleicht nicht, wohl aber der Reputation des Arztes.

Dombrowski: Während seiner Tätigkeit am Kinderhospital sind ihm keine Fehldiagnosen passiert, meist aber war der Befund schlimmer als erwartet wurde.

Heuking: Fehldiagnosen können passieren, schaden aber in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle nichts, weil trotz der Fehldiagnose genügende Veranlassung zum Operieren vorhanden war. Wenn, wie H. es gesehen hat, statt der Appendicitis eine torquierte Ovarialcyste, eine eitrige Adnexerkrankung, Peritonitis durch perforierte Typhusgeschwüre u. d. A. gefunden wird, so war die Operation jedenfalls indiciert. Fälle, die zum Schaden des Patienten verliefen, sind sehr selten. Die Reputation des Arztes kann gelegentlich überall leiden, bekanntlich auch bei Intervalloperationen, die doch immerhin noch an 1 pCt. Mortalität geben; sie kann garnicht in Betracht kommen, wenn es gilt, dem Kranken zu helfen, einerlei unter welcher Diagnose. In dieser Frage kommt es einzig auf den Standpunkt der beim betreffenden Falle mitbeteiligten Collegen sehr viel an.

Dobbert: Die Frühdiagnose soll immer leicht sein. Dies mag bei Männern vielleicht zutreffen, bei Frauen jedenfalls nicht. Bei diesen geben die Adnexerkrankungen zu Irrtümern Veranlassung. Bei frischen acuten Adnexerkrankungen ist es nicht einerlei, ob operiert wird oder nicht; nach den heutigen Anschauungen der Gynäkologen ist hier die Operation ein Fehler; in Ruhe gelassen, verlaufen diese Erkrankungen viel besser.—Weiter sei es fraglich, ob die Entfernung des Appendix, auch selbst im Intervall wirklich ganz ungefährlich sei. Viele Gynäkologen verlangen, dass bei jeder Laparotomie der Appendix entfernt werden müsse, da 65 pCt. aller Frauen an Appendicitis erkranken soll. Die Entfernung auch des ganz normalen Appendix bedeutet infolge Eröffnung des Darmlumens immerhin eine Gefahr. Aber auch eine minimale Gefahr ist nicht ganz irrelevant.

Kernig: Die Diagnose ist bei Frauen nicht in allen Fällen ohne weiteres klar, namentlich am 1. Tage.

Heuking: Diagnostisch schwierige Fälle am 1. Tage wird es immer geben, besonders bei Frauen, auch bei Kindern; sie sind aber meist nicht unüberwindlich, per exclusionem wird man bei ihnen wohl stets zur Indication eines operativen Eingriffes gelangen.

Kernig: Die Differentialdiagnose gegen Typhus abdominalis ist unter Umständen nicht leicht, eine Operation bei letzterem in dessen frühem Stadium entschieden nicht gleichgiltig. Ferner sind von der Appendicitis zuweilen sehr schwer abzutrennen Nierenkoliken, bei Frauen die Schleimcolitis (colica mucosa).

Fick: Fehldiagnosen werden in der Literatur vielfach angeführt, erwähnen will er noch eine zu Irrtümern Veranlassung gebende Krankheit, die rechtsseitige Oberlappenpneumonie, bei welcher eine Operation kein gleichgiltiger Eingriff ist. — Im deutschen Alexander-Hospitale wird seit 1901 immer radicaler bei der Appendicitis vorgegangen, sodass jetzt auch die Frühoperation principiell geübt wird. Aber in Wirklichkeit wird sie sehr selten ausgeführt, da in den meisten Fällen nach dem anatomischen Befunde der Process viel älteren Datums ist, eine Katamnese den Irrtum bezüglich des Zeitpunktes aufklärt; die Angaben auch der intelligenten Kranken sind ungenau und wenig zuverlässig bezüglich des eigentlichen Krankheitsbeginnes. Zur sogenannten Frühoperation gehören auf diese Weise eine ganze Reihe von Operationen im Intermediärstadium, d. h. vom 3. Tage bis zur Abkapselung. Die Intermediäroperation ist auch um so ungefährlicher, je früher sie gemacht wird; wie jedes Panaritium, jeder eitrige Process soll die Appendicitis möglichst früh operiert werden.

Kernig: Von Prof. Rostowzew bin ich in einem Fall consultiert worden, wo statt der Appendicitis eine Pleuritis oder Pleuropneumonie gefunden wurde. Der Schmerz bei Pleuritis kann unter Umständen eine Appendicitis vortäuschen.

Tiling: Eine Fehldiagnose kann auch durch ein langes Coecum (Wilms) bedingt werden.

Wanach: Ich weise noch auf die Möglichkeit der Irrtümer durch Duodenalgeschwüre und Gallensteincoliken hin.

Zeidler (Schlusswort): Ich vermisse trotz der lebhaften Discussion die Stellungnahme der Internisten. — Tiling frage ich, wie er zur Indicationsstellung der Radicaloperation im freien Intervall steht? Im concreten Falle wissen wir nichts über den zu erwartenden Verlauf, müssen daher die Operation ausführen, wohl wissend, dass wir mitunter sie unnützerweise machen.—Fehldiagnosen kommen vor; in unklaren Fällen soll man abwarten, keine Probelaparotomie ausführen. Die Gynäkologen erleben leichter Irrtümer. Die Entfernung eines gesunden Appendix ist fast gefahrlos, jedoch soll ein Appendix nicht ohne Indication entfernt werden; einen gesunden Appendix zu entfernen, halte ich für contraindiciert. — Dass nicht alle Frühoperationen solche sind, ist zuzugeben; die absolute Richtigkeit der Stundenanzahl seit Beginn des Anfalls ist nicht zu beschwören. Die Intermediäroperation ist relativ gefahrlos nur, wenn der Appendix leicht zugänglich ist, ihre Mortalität von 30 pCt. bedeutet keine Gefahrlosigkeit. — Panaritium und Appendicitis sind nicht ohne weiteres zu vergleichen. Der Eiter wird in der Bauchhöhle resorbiert, beim Panaritium nicht.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat.

3. Tag. (Dienstag, den 26. August).

Specialsitzung für Chirurgie von 9 bis 1 Uhr

unter dem Vorsitz von Dr. A. v. Bergmann.

1. Dr. A. v. Bergmann. «Referat über die Magenresection und die Gastroenteroanastomose».

Discussion:

Prof. W. Zoege v. Manteuffel bedauert, sein ganzes diesbezügliches Material nicht bei der Hand zu haben, er könne nur über die von ihm operierten Magencarcinome berichten. Er habe 46 Fälle operiert und zwar machte er in 21 Fällen die Magenresection, in 25 Fällen die Gastroenteroanastomose, auffallenderweise erzielte er bei beiden Reihen gleiche Erfolge, die Mortalität war sowohl bei der Resection wie bei der Palliativoperation gleich 48 pCt. Bezüglich der Pankreasverletzung müsse er dem Referenten beistimmen, er halte Verwachsungen mit dem Pankreas für eine directe Contraindication der Resection. Hinsichtlich der Ulcera und Pylorusstenose müsse er einer breiteren Anwendung der Resection durchaus das Wort reden, er halte sie für nicht gefährlicher als die Gastroenteroanastomose, und sie allein gebe bei der Ulcusstenose Hoffnung auf eine Dauerheilung. Die resecierten Ulcusstenosen pflegen nach seiner Erfahrung wirklich dauernd frei von Beschwerden zu sein, sie allein nehmen stark an Gewicht zu und behalten das gute Gewicht, während die Gastroenteroanastomose doch immer nicht die normalen Verhältnisse herstelle und daher auch fast immer Beschwerden

verschiedener Art zurückbleiben. Vor allem aber habe man nur durch die Resection die Möglichkeit, ev. ganz kleine, beginnende Ulcuscarcinome zu entfernen in einem Stadium, wo die Aussicht auf Dauerheilung noch denkbar günstig sei. Die immer noch hohe Mortalität nach Magenoperationen erkläre sich dadurch, dass die Patienten zu lange vorbehandelt und untersucht werden, die Kranken liegen oft 1 Monat und mehr beim Internisten, die wiederholten Untersuchungen und Spülungen bringen die Patienten herunter, zuletzt werden dann alle die Manipulationen beim Chirurgen nochmals wiederholt; er sei dafür, die Kranken nicht lange zu spülen, sondern möglichst schnell zu operieren.

Dr. Greiffenhagen ist auch der Ansicht, dass die Methode nach v. Hacker bei der Gastroenteroanastomose die zuverlässigste ist, und bedient sich stets dieser Methode, wenn die Verhältnisse es irgend gestatten. In der Anwendung des Murphyknopfes sieht er im Gegensatz zum Vortragenden doch einen erheblichen Vorteil, da er doch zuverlässig halte, einen guten Abfluss garantiere und eine nicht unerhebliche Zeitersparnis ermögliche, welch letzteres Moment bei dem meist sehr desolaten Zustande der Kranken nicht wenig ins Gewicht falle. Er selbst habe von 30 Gastroenterostomien nur 2 Fälle verloren. Er fragt den Vortragenden, ob er über Dauerresultate bei seinen Fällen berichten könne.

Dr. A. v. Bergmann (Schlusswort) bedauert, über die Dauerresultate seiner Magenoperationen nicht exact berichten zu können, die Enqueten seien namentlich seit der Revolution sehr erschwert und lückenhaft, die Gastroenterostomierten befänden sich z. T. in Beobachtung. Nach seiner Beobachtung lebten die Carcinome mit der Gastroenterostomie etwa 1 Jahr, und die Resultate der Resectionen seien leider im ganzen nicht viel besser, auch die Resecierten lebten meist nur 1 Jahr. Die wirkliche Frühoperation des Magenkrebses sei wohl eine Glückssache, auch seien nicht immer die kleinen Carcinome die prognostisch günstigen. Für das Ulcus und die Ulcusstenose halte er jedenfalls die Gastroenteroanastomose für das Normalverfahren, als das zweifellos einfachere und ungefährlichere.

Dr. W. Greiffenhagen hält seinen Vortrag: «Therapie des Volvulus des S romanum».

Discussion.

Prof. Zoege v. Manteuffel äussert Bedenken hinsichtlich der Ausführung der Resection und primären Vereinigung der Darmlumina, dieselbe sei technisch sehr schwierig und in Anbetracht dessen, dass man die Resection in der Bauchhöhle ausführen müsse, auch sehr gefährlich. Die Gefahr, dass nach Retorsion und Fixation der Flexurschlinge an die Bauchwand die Schlinge sich wieder löse und zu Recidiven Veranlassung gebe, habe er in Gemeinschaft mit seinem ehemaligen Assistenten, Herrn O. v. Schiemann, dadurch zu beseitigen gesucht, dass er die Nähte nicht an der Darmschlinge applicierte, sondern breit und kräftig das derbe Mesosigmoid fasste, er habe darnach keine Recidive erlebt. Ist die Flexur gangränös, so müsse sie natürlich reseciert werden, doch würde er in dem Falle auch auf die primäre Vereinigung verzichten und lieber eine Kotfistel anlegen.

Dr. O. Brehm schliesst sich hinsichtlich der Aetiologie des Flexurvolvulus insofern Herrn Greiffenhagen an, als auch er die primäre Ursache der Axendrehung in der abnorm langen Schlinge sieht, die in labilem Gleichgewicht in der Bauchhöhle quasi balanciert. Immerhin aber glaubt er, dass den chronisch entzündlichen Veränderungen am Mesenterium und dann selbst doch eine hervorragende Rolle in der Pathogenese zufällt, und er glaube nicht, dass diese Narbenstränge und chronischen Infiltrationen nur Folgen früherer, glücklich verlaufener Torsionen seien, denn erstens sei es erwiesen, dass derartige Veränderungen schon am fötalen Darm vorkommen, und dann finde man sie auch garnicht so selten an den Flexuren alter Leute überhaupt, die niemals Torsionen gehabt haben. Bezüglich der Atropinbehandlung müsse er die Frage aufwerfen, wie lange man sich damit aufhalten dürfe, die Widerstandsfähigkeit der Flexur hänge doch von dem Grade der Strangulation des Mesosigma ab, und man könne es im Einzelfall doch nicht wissen, wie hochgradig die Strangulation sei, die Flexur könne noch am 8. Krankheitstage lebensfähig sein, sie könne aber auch schon nach 10 Stunden total abgestorben sein, wie er das noch kürzlich erlebt habe; in einem anderen Falle sah er noch nach 2 Tagen deutliche peristaltische Bewegungen an der Flexur, ein überaus seltenes Vorkommnis; — die Dauer der Strangulation sei mithin nicht ausschlaggebend, und man dürfe jedenfalls nicht viel Zeit verlieren. Hinsichtlich der Versorgung der Schlinge müsse er sich Herrn Zoege v. Manteuffel anschliessen, auch er halte die Resection und primäre Vereinigung für technisch oft sehr schwierig und gefährlich, das derbe, infiltrierte, starre Mesosigmoid verhindere geradezu die Adaption der Lumina. Er halte es für richtig, bei gut lebensfähiger Schlinge, diese in der von Herrn Zoege v. Manteuffel angegebenen Weise zu fixieren und nur im Intervall zu resecieren: falls die Schlinge wohl lebensfähig ist, aber doch soweit gelähmt, dass trotz hoch eingeführten Darmschlauches keine Gase abgehen wollen, müsse man die Anastomose mit dem Coecum oder Ileum nach v. Bergmann machen, bei Gangrän oder Gangränverdacht dagegen resecieren und wenn möglich, primär vereinigen.

Dr. L. Bornhaupt hält auch die Vereinigung der beiden Lumina nach Resection für unter Umständen sehr schwierig, so dass es leicht zu Nahtinsuffizienzen kommen könne. In vielen Fällen könne man von einer Methode Gebrauch machen, die in der Literatur vielfach empfohlen wurde und darin bestehe, dass nach Ausführung der Resection das zuführende Dickdarmende blind vernäht wurde, das abführende dagegen in die letzte Ileumschlinge implantiert wurde. Die Atropinbehandlung könne doch wohl nur in den Fällen von Nutzen sein, wo es sich nur um eine Kotstauung, nicht aber um eine Torsion handelt, in diesen Fällen könne wohl nur die Operation nützen, die Behandlung mit Atropin aber leicht dazu dienen, dass die Kranken zu spät operiert werden. Von Interesse für die Aetiologie sei ein Fall, den er beobachtet und operiert habe, wo die Section zeigte, dass es sich um eine chronische Sclerose der Serosa des Darmes handelte, es bestanden sehr zahlreiche Adhäsionen, durch welche die Peristaltik dauernd gehemmt wurde und allem Anschein nach auch die Drehung zustande gekommen war, sonst war der Befund bei der Section normal.

Dr. Kleinberg erinnert an die von Curschmann und Miculicz in verzweifelten Fällen mit günstigem Erfolge gehandhabte Gaspunction des Darmes bei Volvulus mit hochgradigem Meteorismus. Die Lösung des Volvulus erfolge in solchen Fällen durch hohe Darmeingiessungen nach erfolgter Gaspunction entschieden leichter. Die Infectionsgefahr sei bei Benutzung dünner Canülen keine grosse.

Dr. A. v. Bergmann betont, dass er die Mesenterialschrumpfung auch bei einem jungen Individuum gesehen habe, das keinerlei Attacken, die als Volvulus gedeutet werden könnten, gehabt habe, der Kranke sei überhaupt bis zu seiner Erkrankung beschwerdenfrei gewesen. Das Volvulusmaterial in den einzelnen Krankenhäusern sei verschieden, die frischesten Fälle habe Kiwull bekommen, daher er auch die besten Resultate erzielt habe. In's Rigasche Krankenhaus werden nur stark vorbehandelte und verschleppte Fälle eingeliefert, diese Fälle befänden sich in einem Zustande, der eine primäre Resection aussichtslos erscheinen lasse. Vor der Empfehlung des Atropins möchte er warnen, da sie leicht zu Missbräuchen Veranlassung geben könne, indem bei operationsreifen Fällen Zeit verloren gehe. Bei einer unlösbaren, mechanischen Occlusion könne das Atropin doch nicht mehr bewirken als eine lebhaftere Gefässinjection des Darmes herbeiführen. Mit Atropin solle nur die breite Gruppe der functionellen Störungen behandelt werden. Gegen die Darmresection mit primärer Vereinigung müsse er aus eigener Erfahrung das Bedenken geltend machen, dass die Darmwand in der Regel so schwer geschädigt sei, dass die Naht im höchsten Grade unzuverlässig sei und auch tatsächlich oft insufficient werde. Die von Herrn Kleinberg empfohlene Gaspunction sei wohl jetzt allgemein aufgegeben als gefährlich und nutzlos, und er könne davor nur warnen.

Dr. Greiffenhagen (Schlusswort) betont nochmals, dass das Atropin nur in frischen Fällen von heilender Wirkung sein könne, unter allen Umständen aber Anwendung verdiene, weil es auf das subjective Befinden günstig wirke und fraglos die Blutversorgung innerhalb der torquierten Schlinge in hohem Grade günstig beeinflusse. Gegenüber den Einwendungen betreffend die Schwierigkeit der Technik der Resection erwidert er, dass in extremer Beckenhochlagerung die technischen Schwierigkeiten, wie u. A. auch seine 8 Fälle beweisen, nicht unüberwindlich seien, denn eine Schlinge, die sich noch zur Detorsion eignet, — und speciell in diesen Fällen rate er zur primären Resection und circulären Darmnaht — biete Material genug zur Naht und directen Vereinigung. In denjenigen Fällen, wo sich der Resection unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstellen, soll von ihr Abstand genommen werden. Gegen die breite, flächenhafte Vernähung der Flexura sigm. resp. des Mesenteriums sprechen die schon von Anderen beobachteten chronischen subjectiven Beschwerden (Schmerzen, Stuhlbeschwerden). Der Hauptzweck der Resection ist die Beseitigung der Recidivmöglichkeit. Herrn Kleinberg erwidert Redner, dass vor einer Punction des maximal geblähten Darmes, falls nicht sofort die Operation angeschlossen werden könne, entschieden gewarnt werden müsse, da die Punction doch nur palliativ wirken könne und wegen der Möglichkeit des Austretens von Gasen und Kot durch den Stichcanal in die freie Bauchhöhle eine directe Lebensgefahr involviere.

Dr. O. Brehm hält seinen Vortrag: «Die sogenannte Mastitis chronica und das Mammacarcinom».

Discussion:

Dr. Greiffenhagen hat eine Anzahl von Frauen und älteren Jungfrauen durch eine Reihe von Jahren beobachtet.

Es handelte sich meist um die diffuse Form der Mastitis chron., jedenfalls entsprachen die Bilder ganz den vom Vortragenden geschilderten. In mehreren Fällen ist definitive Spontanheilung eingetreten. Diese chronische, diffuse, cystische Mastitis habe ihm nur zwei Mal Veranlassung zur Amputatio mammae gegeben, die Indication dazu gab die Krebsfurcht der Patientinnen. In beiden Fällen wurde die typische Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen und nicht die Ausschälung der Mamma mit Erhaltung der Warze, er könne keinen Vorteil für die Kosmetik in der Erhaltung der Warze sehen. Vergrösserte Axillardrüsen habe er öfter bei Mastitis chronica cystica beobachtet, sie können die Diagnose sehr erschweren. Auch die mikroskopische Diagnose könne selbst Autoritäten auf dem Gebiete der Histologie mitunter Schwierigkeiten bereiten. Auch er fürchte besonders die circumscripten Formen der Mastitis chronica, die Natur der Knoten sei oft sehr schwer zu bestimmen; nach Excision solcher circumscripten Knoten habe er einige Recidive erlebt, darunter eins mit Umwandlung in Carcinom, daher sei er dafür, in solchen Fällen auch nicht den Tumor zu excidieren, sondern die ganze Drüse zu entfernen. Ob der Procentsatz der bösartig degenerierenden Mastitisfälle so erheblich sei, wie der Vortragende citiert habe, erscheine ihm zweifelhaft.

Dr. Sintenis verlangt, dass jeder exstirpierte Mammatumor mikroskopisch untersucht werde, die Unterlassung dieser Untersuchung könne bei einem ev. Recidiv zu einer unnützen radicalen Operation veranlassen, indem man das Recidiv für bösartig hält. Ihm selbst sei ein derartiger Fall passiert, wo er zuerst einen kleinen Tumor exstirpiert hatte, es folgte bald ein locales Recidiv und er habe nun radical operiert mit Ausräumung der Axilla. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Cystadenom handelte. Allerdings erwachse ja den Patientinnen durch die radicale Operation weiter kein Schaden.

Dr. R. v. Grot bringt einen casuistischen Beitrag zu der in Rede stehenden Krankheit. Eine Dame im Alter von 50 Jahren war vor 10 Jahren wegen eines eigrossen Cystadenoms der rechten Mamma operiert worden, jetzt bestand ein faustgrosser Tumor in der linken Mamma, der beweglich, mit der Haut nicht verbacken war und sich prall elastisch anfühlte, die Axillardrüsen waren nicht vergrössert. Es wurde von Herrn Dr. Tantzscher (Mitau) die radicale Operation in Morphium-Aethernarkose ausgeführt. Am folgenden Tage trat eine Pneumonie hinzu, der die Kranke in 8 Tagen erlag. Der faustgrosse Tumor ergab cystischen Inhalt und war in bindegewebige Stränge eingebettet. Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung sei ihm noch nicht bekannt.

Dr. A. v. Bergmann ist auch der Ansicht, dass man bei der Operation von Mammacysten sehr auf der Hut sein müsse, da unter dem Bilde einer Cyste Carcinom auftreten könne. Das Recidiv brauche nach der Exstirpation nicht sehr bald in die Erscheinung zu treten. Im übrigen stehe er auf dem von Herrn Greiffenhagen vertretenen Standpunkt, auch er habe Schwinden der Beschwerden bei exspectativer Behandlung häufig genug gesehen, um der Operation gegenüber reserviert zu stehen. Wo der klinische Befund die Operation indiciert, d. h. wo der Verdacht auf Bösartigkeit besteht, solle operiert werden; wenn es sich erweise, dass der Eingriff überflüssig gewesen, so sei das weniger zu bedauern, als wenn man nicht operiere und nachher sich doch ein Carcinom entwickle. Redner demonstriert ein Präparat, das klinisch die Exstirpation erforderte, während die pathologisch-anatomische Untersuchung ein Adenom ergab.

Dr. O. Brehm (Schlusswort) gibt zu, über die spontane Heilbarkeit der Mastitis chronica keine Erfahrungen zu besitzen, in der Literatur werde immer betont, dass die Tumoren durch das ganze Leben bestehen. Bezüglich der bösartigen Degeneration habe Herr Greiffenhagen ihn missverstanden, nicht 50 pCt. der Fälle überhaupt sollen bösartig werden, sondern 50 pCt. der papillomatös degenerierenden Formen, nach der Berechnung von Blodgood; im allgemeinen degenerierten carcinomatös ca. 15 pCt. Er halte das aber jedenfalls für genügend schlimm, um alle die circumscripten Tumoren, hinter denen sich gerade die Papillome verbergen, mit Exstirpation der ganzen Drüse zu behandeln. Bezüglich der diffusen Form habe er schon drauf hingewiesen, dass da eine stricte Indication für die Operation nur in der Krebsfurcht der Patientinnen liegt, da aber gerade diese Formen gutartig seien und sehr selten carcinomatös degenerierten, so genüge hier stets die Ausschälung der Drüse. Aber auch sonst müsse bei Mastit. chr. die Radicaloperation mit Ausräumung der Axilla vermieden werden, denn handle es sich um ein Adenom, so sei sie unnütz, verberge sich aber dahinter ein Krebs, so sei sie nicht genügend, da müsse auch der Pectoralis fort. In solchen zweifelhaften Fällen müsse man die Probeexcision machen. Er könne Herrn Sintenis nicht zugeben, dass die Radicaloperation nicht schade, der von J. v. Grot mitgeteilte Fall beweise das Gegenteil, es sei ein grosser Eingriff, die immerhin gefährliche Narkose lasse sich nicht umgehen, es werde eine unangenehme Narbe in der Axilla gesetzt und die Functionsbehinderung des Armes dauere oft doch recht lange. Es müsse daran festgehalten werden, dass, wenn wir unseren Patientinnen eine Operation wegen Mastitis chron. vorschlagen, diese nicht nur völlig gefahrlos, sondern auch ohne nachteilige Folgen für die Function sein müsse.

Dr. A. v. Bergmann bestreitet, dass zur Ausräumung der Axilla die Allgemeinnarkose erforderlich sei, die Radicaloperation des Brustkrebses lasse sich sehr schön unter Infiltrationsanästhesie ausführen.

Dr. O. Brehm erinnert daran, dass in der Literatur vielfach darauf hingewiesen werde, dass die Infiltrationsmethode bei bösartigen Tumoren die Gefahr in sich berge, Geschwulstkeime loszureissen und fortzuschwemmen, wie weit diese Annahme praktisch gestützt sei, wisse er nicht. Ihm persönlich sei es nicht gelungen, unter Schleich scher Anästhesie derartige Eingriffe schmerzlos auszuführen.

Der Vorsitzende schliesst die Sitzung um ½2 Uhr.

Specialsitzung für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dienstag, d. 25. August 1909, von 9—1 Uhr Vormittags.

Dr. Keilmann eröffnet im Auftrage des Congressbureaus in Vertretung des Herrn Prof. Kessler die Sitzung mit dem Hinweise, dass, wenn auch wissenschaftlich bedeutsame Tatsachen aus der Sectionsarbeit nicht hervorgehen werden, doch zu hoffen sei, dass die Klärung mancher praktisch wichtiger Frage im Kreise der Specialcollegen von Bedeutung sein müsse. Die Resultate der Verhandlungen müssten Einfluss gewinnen können auf die Anschauungen der im Balticum practicierenden Aerzte, wenn die Teilnehmer an der Sectionsarbeit sich offen und ausführlich äussern, durch rege Beteiligung etwaigen Resolutionen Gewicht geben.

Der vom Bureau erbetene stellvertretende Präses bittet zur Wahl des Präses zu schreiten. Dr. v. Knorre proponiert Dr. Keilmann zu bitten, das Präsidium zu übernehmen. Dr. Keilmann nimmt die Wahl dankend an.

Als Secretär functioniert Dr. G. v. zur Mühlen.

Dr. Christiani proponiert, Prof. Küstner zu seinem am 26. August stattfindenden 60. Geburtstage ein Glückwunschtelegramm zu senden. Die Proposition wird angenommen und eine mit den Unterschriften der Anwesenden versehene Depesche abgesandt.

Dr. Christiani hält seinen Vortrag: «Zur Tamponfrage.» (Referat).

Dr. Keilmann zeigt im Anschluss an den Vortrag des Vorredners mehrere kleine Wattetampons, die er in den letzten Tagen bei einigen Patientinnen gefunden hat und die zum Teil starke Fäulnis aufwiesen. Darauf hält er seinen Vortrag: «zur Tamponfrage.» (Correferat).

Discussion:

Dr. Gilbert hat die Tamponade beim Abort oft angewandt, hält sie aber jetzt für zwecklos und will sie den Hebammen erst recht nicht gestatten. Bei Placenta praevia wirkt der Tampon nicht blutstillend, wohl tut es aber der Kolpeurynter, der gleichzeitig wehenerregend wirke.

Dr. Masing-Dago hat, da es ihm so gelehrt war, bei Abort und Plancenta praevia (allerdings nur 1 Fall) tamponiert und gute Erfahrungen gemacht, hat keinen Grund davon abzugehen. Erlebte es oft, dass nach Ausstopfung der Scheide das helle Ei auf dem Tampon lag.

Dr. Ruth: Besonders wichtig bei der ärmeren Bevölkerung sind Schnelligkeit der Hilfe und geringe Kosten, Forderungen, die die Tamponade nicht erfüllt. — Die Gummiblase gehört bei Placenta praevia in den Uterus (Metreurynse), nicht in die Scheide (Kolpeuryse).

Dr. Heinrichsen kommt kaum in die Lage, zu tamponieren und ist gegen die Tamponade. Auf dem Lande ist sie den Hebammen strict zu untersagen.

Dr. Sadikoff erinnert sich eines Falles von Placenta praevia, den er mit Wattetamponade behandelte und Erfolg hatte, ist aber gegen das Tamponieren von Seiten der Hebammen.

Dr. v. Knorre weist darauf hin, dass Blutungen in der Schwangerschaft — am Anfange, wie auch in den späteren Monaten — von einer Hebamme nicht behandelt werden dürfen. Die Hebammen sollen angehalten werden, stets die Hinzuziehung eines Arztes zu verlangen, der allein competent ist über die erforderliche Behandlung zu entscheiden.

Was nun die Scheidentamponade betrifft, so muss unterschieden werden, ob eine solche bei einem drohenden Abort oder bei Plancenta praevia vorgenommen wird. Nach seinen Erfahrungen ist eine lockere Scheidentamponade bei Abort — selbst wenn eine solche von ungeübter oder in Bezug auf Keimfreiheit nicht einwandfreier Hand vorgenom-

men wird — ungefährlich. Er hat keinen einzigen Fall von Abort erlebt, der durch eine Scheidentamponade inficiert worden wäre, und hat daher nichts dagegen, wenn ein solcher Scheidentampon eingeführt wird, wodurch meist die Blutung nicht mehr nach aussen tritt, die Kranke sich beruhigt, still liegt und damit das ausführt, was für ein Aufhalten eines drohenden Abortes von Wichtigkeit ist.

Bei Placenta praevia verwirft Redner die Scheidentamponade vollständig. Hier nützt sie garnichts und bringt nur Gefahren, indem die offene Wundfläche des Uterus direct vom Tampon aus inficiert werden kann.

Für die Harmlosigkeit einer Scheidentamponade können auch noch die Erfahrungen, welche in den 90-er Jahren des vorigen Jahrhunderts bei Totalexstirpation des Uterus gewonnen worden sind, angeführt werden. Wäre die Scheidentamponade so gefährlich, so hätte man in den ersten 24 Stunden viel häufiger Infectionen der frischen Wunde, in den Parametrien und dem Peritoneum sehen müssen.

Dr. Masing-Dago — hat nie Fieber erlebt.

Dr. Keilmann hat die Erfahrungen des letzten Redners nicht gemacht: Mindestens 50 pCt. der ausserhalb der Anstalt Tamponierten fiebern, die Infectionsgefahr sei eine sehr grosse. Das Beispiel der Totalexstirpation stimme nicht, da fehle der Uterus mit seinen offenen resorbierenden Wundflächen und das Peritoneum schliesst sich reactiv ab, ehe die Infection in Betracht kommt.

Dr. v. Knorre glaubt nicht, dass das Fieber vom Tampon herrühre, sondern die Ursache läge im ganz erschreckend häufig ausgeführten arteficiellen Abort.

Dr. Keilmann gibt zu, dass die Deutung des Fiebers nicht einfach sei, doch könne er in der Tamponade eigentlich gar keinen Nutzen sehen. Heile Eier würden auch ohne Tampon ausgestossen. Die Asepsis der Hebammen wäre sowieso mangelhaft, und nie könne eine allein arbeitende Frau aseptisch einen Tampon einführen. Gelehrt müsse sie den Hebammen wohl werden, weil Ausnahmefälle immer vorkommen können, bei denen vielleicht auch nur solaminis causa tamponiert werden müsse. Schon deswegen werde sie gelehrt, weil das Gesetz es so vorschreibe. Redner schliesst die Discussion und constatiert, dass zu seiner Freude in der Tamponfrage grosse Einigkeit herrsche; er glaube, die Ansichten der Collegen dahin resümieren zu dürfen, dass der Tampon beim Abort angewandt nie etwas nütze, oft aber schädlich sei, bei Placenta praev. wäre er schädlich und im Allgemeinen vermeidbar.

Der Präses demonstriert das Liepmannsche Phantom.

Dr. v. Knorre hält seinen Vortrag über «Carcin. uteri».

Dr. Keilmann dankt dem Vortragenden für seine Ausführungen.

Discussion:

Dr. v. z. Mühlen erwähnt, dass er bereits auf dem vorletzten estl. Aerztetage die Frage der Bekämpfung des Carcinoma uteri angeregt habe, jedoch die Sache zu vertagen gebeten habe, um gemeinsam mit den Schwesterprovinzen vorgehen zu können. Er proponierte damals, ähnlich vorzugehen, wie es Prof. Winter getan hatte, und Flug- resp. Aufklärungsschriften an Aerzte, Hebammen und die Frauenwelt zu versenden. Als die Angelegenheit vor den Balt. Congress zu bringen beschlossen war, glaubte er von einer Flugschrift an die Aerzte Abstand nehmen zu können, in der Meinung, dass die diesjährigen Verhandlungen genügend Anregung bieten würden, um die Collegen zum wichtigen Kampf mit dem Krebs zu veranlassen. Inzwischen stellte er eine Enquete an über die Ursachen der Verschleppung, die, leider nur spärlich beantwortet, immerhin interessante Bilder ergab über das Verhalten der Aerzte, Hebammen und der Frauen selbst dem Krebs gegenüber.

In dem ½ Jahr wurde berichtet über 24 Carcinomfälle, Corpuscarcinom 4, Cervixcarcinom 12, Portiocarcinom 5, ohne Angabe des Sitzes 1, gemischte Fälle 2.—Operabel 10, inoperabel 9, über 5 fehlen die Angaben. Das Alter der Patientinnen betrug im Mittel 48,5 a., die Jüngste war 32, die Aelteste 68 Jahr alt. Die Symptome bestanden in: Blutungen allein 7, Fluor 3, Blutungen und Fluor 4, Blutungen und Schmerzen 4, Fluor und Schmerzen 3, Blutungen, Fluor und Schmerzen 3, Schmerzen allein 0. In 80 pCt. der Fälle also waren Blutungen mit im Spiel. Schmerzen allein kamen leider in keinem Fall vor; leider, weil sonst Schmerzen dasjenige Krankheitssymptom bilden, welches die Kranken am ehesten veranlasst, ärztliche Hilfe aufzusuchen.

Wie lange hatten Patientinnen ihre Symptome gehabt, bis sie sich entschlossen zum Arzt zu gehen? 2 Pat. kamen sofort; 4 nach 4 Wochen; 1 nach 3 Monaten; 5 nach 4—6 Monaten; 2 nach noch längerer Zeit.

16 Patientinnen hatten schon vor Consultation des Operateurs, ärztlichen Rat eingeholt, 13 von diesen waren auch innerlich untersucht worden. Die meisten Collegen hatten ihre Pat. ins Krankenhaus geschickt, ein College verordnete Tampons und Morphium: ein zweiter Spülung; ein dritter riet abzuwarten; ein vierter elektrisierte 2 Mon. lang, ein fünfter verordnete Hydrastis (alle 5 Fälle waren damals nachgewiesener Massen operabel). Im Hinblick auf dieses Material hielt Redner seine Proposition, die Flugschrift an die Aerzte betreffend, aufrecht. — 5 Patientinnen hatten vorher Hebammen consultiert, 2 von diesen schickten die Kranken zum Arzt, eine riet ab, zum Arzt zu gehen, eine verordnete weissen Pfeffer, Ingwer und Zimmt innerlich, eine dritte diagnosticierte selbst inoperables Carcinom! — Sonstigen Rat holten sich 4 Patientinnen, von denen 2 durch alte Weiber beruhigt wurden. — Die schwierigste Frage wäre die Aufklärung der Frauenwelt, notwendig wäre sie aber sehr, denn es gingen nicht zum Arzt 8 Frauen, weil sie glaubten, es würde von selbst vergehen, die übrigen aber, weil sie sich fürchteten, keine Schmerzen hätten, es für ungefährlich hielten etc.

Redner schliesst sich dem Vortragenden an, proponiert, eine Commission zu ernennen, die sich mit den Detailfragen des Näheren zu beschäftigen hätte.

Dr. Christiani hat in den ersten 6 Jahren seiner Libauer Praxis kein operables Carcinom gesehen, es herrschte die Ansicht, das Carninom wäre unheilbar. Das Urteil über Operabilität kann nur der Specialist fällen, daher sollte jedes Carcinom diesem zugesandt werden.

Dr. Keilmann proponiert, über Dr. v. Knorres Vorschläge zu discutieren und nicht den Kampf selbst, sondern seine Organisation im Auge zu behalten.

Dr. Christiani will dem Vorurteil entgegen treten, die Operation sei gleichbedeutend mit Vivisection, schliesst sich v. Knorres und v. Mühlens Vorschlägen an. Die Tamponfrage spiele auch hier eine Rolle, da die Hebammen besonders häufig bei Blutungen in den 40-er Jahren tamponierten, wodurch die Patientinnen verhindert werden, rechtzeitig den Arzt aufzusuchen.

Dr. Keilmann stellt sich und seine Anstalt zur Verfügung für den einzuleitenden Kampf und fordert die Collegen auf, ein Gleiches zu tun; proponiert, das von Mühlen zusammengestellte Material in die Flugblätter aufzunehmen.

Dr. v. Knorre proponiert zur Wahl einer Commission zu schreiten, die aus 3 Special- und 3 Landärzten bestehen könnte.

Dr. Gilbert proponiert, in der Tagespresse Artikel zu veröffentlichen.

Es werden mit dem Recht der Cooptation zu Gliedern der Commission gewählt: Dr. Keilmann, Dr. v. Knorre, Dr. G. v. z. Mühlen, Dr. Christiani, Dr. Lezius-Pölwe, Dr. Heinrichsen-Kandau und Dr. Hammer-Rappel.

Dr. Keilmann bittet, schon heute Propositionen zu stellen über Themata, die auf dem nächsten balt. Congress verhandelt werden sollen.

Dr. Christiani fragt an, ob nicht ein jährliches Zusammenkommen der gynäkol. Section möglich wäre.

Dr. Keilmann meint, dass man wohl zufällig auf den provinzialen Aerztetagen zusammenkommen könne, nicht aber als Section, er wird jedoch dem Congressbureau den geäusserten Wunsch vorstellen.

Dr. v. Knorre proponiert als Themata: Blutungen und Fluor.

Es werden sonst noch proponiert: Eihautretention und Nachgeburtsperiode. Thema 1 wird angenommen. Die Person des Vortragenden soll vom Bureau aus gewählt werden.

Dr. Ruth hält seinen Vortrag: «Puerperalfieber».

Dr. A. Schneider hält seinen Vortrag: «Ueber die innere geburtshilfliche Untersuchung».

Gemeinschaftliche Discussion über beide Themata.

Dr. Heinrichsen: Die Bemerkungen haben ihre Berechtigung, er vermisse aber das nähere Eingehen auf die Hebammen. Der Landarzt habe nicht die Möglichkeit, die Hebammen zu beaufsichtigen. Die Verhältnisse auf dem Lande seien trostlos. Die Hebammen lassen sich trotz fortwährender Mahnungen von der inneren Untersuchung nicht abhalten, und es wäre bekannt, dass sie durch und in der Praxis nur noch schlechter würden.

Dr. Keilmann: Als ihm die Leitung der städt. Entbindungsanstalt zu Riga übertragen wurde, habe er es für seine Pflicht gehalten, diese Anstalt für Ausbildung von Hebammen nutzbar zu machen; grosses Material und das Vorhandensein aller Lehrmittel ermöglicht es derselben, allen Anforderungen an eine Hebammenschule zu entsprechen. Die Staatsgesetze hindern es nun nicht, dass private Hebammenschulen, deren Mittel und Organisation eine erfolgreiche Lösung der Lehraufgaben in keiner Weise garantieren, neuerdings Massen von ungenügend geschulten Hebammen in die Praxis schicken und auf diese Weise die etwaige Hebung des

Hebammenstandes illusorisch machen, daher bleibt uns nichts anderes übrig, als die Aerzte aufzurufen gegen alle Hebammen, die nicht streng aseptisch sind oder ihre Pflicht sonst in irgend einer Hinsicht verletzen. Dazu aber ist er wiederum notwendig, dass wir Aerzte uns Lehren ziehen aus Erfahrungen, wie sie die Vorträge der Herren Dr. Dr. Ruth und Schneider bieten, dass wir dann einig und einheitlich vorgehen, um einerseits an jedem Kreissbett Lehrer und Vorbild der Hebammen sein zu können und andererseits ohne Scheu vor Kritik unsere Pflicht erfüllen zu können.

Dr. Christiani: Wir sollen im Kreisszimmer die Herren sein und nicht die Hebammen, denn wir tragen die Verantwortung. Es ist unser unwürdig, wie es vielfach noch Brauch, dass der Arzt nur auf Wunsch oder mit Erlaubnis der Hebamme das Kreisszimmer betreten darf. Mit dem Moment des Eintreffens des Arztes übernimmt er auch die Geburt, und die Hebamme wird Gehilfin oder Handlangerin. Die tieftraurigen Verhältnisse, dass der Arzt selbst pecuniär von der Hebamme abhängig zu sein glaubt und darnach ihr gegenüber handelt, sind nicht durch die Phrase von socialer Not zu beschönigen, sondern aufs allerschärfste selbst dem Publicum gegenüber zu brandmarken. Auch ich stehe auf dem Standpunkt, dass die überwiegende Mehrzahl der Geburten nur durch äussere Untersuchung geleitet werden kann. Die inneren Untersuchungen der Hebammen geschehen häufig nur aus Neugier, um festzustellen, ob sie sich noch entfernen können. Uebernimmt der Arzt die Leitung der Geburt schon vor Eintritt derselben, so hat er jede innere Untersuchung der Hebamme strengstens zu untersagen und dieselbe nur auf Indication derselben eventuell zu gestatten, im Princip selbst auszuführen.

Dr. Weber: Nicht die Hebammen, sondern die weisen Frauen wären schuld. Die Landbevölkerung müsse aufgeklärt werden. Redner schildert einen Fall, den er eben erlebt habe, wo eine sogenannte Hebamme vor der Untersuchung ihre Finger mit Insectenpulver bestreute.

Dr. Masing-Dago: Man werde nur gerufen; wenn es schon ganz schlimm stehe.

Dr. Keilmann: Die Verhältnisse wären bekannt, doch wir könnten nicht anders, als bei uns selbst mit der Besserung anzufangen.

Dr. Lockenberg-Lugenhusen: In Estland gäbe es feste Hebammenverhältnisse, sie müssen sich der ärztlichen Controlle unterwerfen. Auf 66 Geburten kämen 4. Fieberfälle, also wäre eine Besserung immerhin möglich.

Dr. Keilmann: Die Verhältnisse in Estland wären gewiss vorbildlich, ja, es wäre dort besser, aber auch die Aerzte ständen dort unter Controlle. Die Mortalität sei aber auch jetzt noch 10 Mal höher als sie sein dürfte, es müsse also immer noch besser werden.

Dr. Ruth hat nicht nur den Aerzten die Schuld beigemessen.

Folgende Angaben zeigen, wie weit man auch bei häuslicher Geburtsleistung ohne Schaden für die Frauen die innere Untersuchung unterlassen kann: 1903 wären in der Poliklinik 47,9 pCt. aller Kreissenden innerlich untersucht worden, 1908 nur 2,9 pCt.

Die Zahl der fieberhaften Fälle fiel von 18,8 auf 8,3 pCt.

Trifft man ein «altes Weib» oder eine untaugliche Hebamme am Kreissbett, so soll man sie fortschicken und, wenn diese sich nicht entfernen, selbst fortgehen, dann würde man es bald erleben, vorausgesetzt, dass wir Aerzte einig sind, dass «alte Weiber» und schlechte Hebammen nie mehr gerufen werden würden.

Dr. Keilmann constatiert mit Genugtuung, dass unter den Collegen in obiger Frage Einigkeit herrsche, und spricht die Hoffnung aus, dass die Aerzte sich bemühen würden, den Hebammen als Muster dienen zu wollen, dann würden die Aerzte auch Gewalt über das Tun der Hebammen gewinnen.

Der Präses schliesst hierauf die Sectionssitzung in der Ueberzeugung, dass die Collegen nicht unnütz zusammengesessen hätten; er glaube, dass in Zukunft fürs Land wichtige Fragen gelöst und gefestigt werden würden, und hofft, dass alle von der Sitzung befriedigt seien.

Specialsitzung für Neurologie und Psychiatrie.

Unter d. Vorsitz von Dir. Dr. Tiling.

Dienstag, d. 25. August 1909.

1. Dr. Ed. Schwarz hält seinen angekündigten Vortrag: Commotio cerebri:

Einesteils vermutete schon Kocher, dass auch bei leichten Graden der «Commotio cerebri», für welchen Ausdruck er den Begriff der «Concussio» proponiert, kleine Verletzungen des Hirns, die aber keine erkennbaren Symptome zeigten, vorauszusetzen wären, andererseits, dass Prof. Brissaud-Paris auf dem diesjährigen Unfallscongress in Rom für seine 2-te Gruppe der sog. «traumatischen Neurose», bei der ein schlechter Allgemeinzustand längere Zeit zu beobachten sei, als Ursache für diese Form, die er «Senistrose» nenne, Verletzungen des Nervensystems vermutungsweise voraussetze, für deren Nachweis aber «unsere Forschungsmittel noch unzureichende wären!»

Vortragender zeigt an 3 Gruppen von Kranken, dass mittelst Lumbalpunction, früh nach dem Trauma gemacht, Blut im Liquor sich nachweisen lasse, das zum mindesten in einigen Fällen sich wohl ausschiesslich auf cerebrale Zertrümmerungsherde des Hirns zurückführen lasse, mit Ausschluss einer Basisfractur. Das Blut schwinde bald — in 11—14 Tagen — und lasse meist vollkommen normalen Liquor oder aber eine Lymphocytose zurück, die als Ausdruck der Umwandlung der zu präsummierenden Zertrümmerungsherde angesehen werden müsse. Die Lymphocytose scheine lange auch bei relativer Arbeitsfähigkeit bestehen zu können — könne schliesslich zu einem meningitisartigen Symptomenbilde führen.

Trotz Blut im Liquor, und trotz Ausfallserscheinungen im weiteren Verlauf bestehe Euphorie, was besonders zu betonen sei. Nach kürzerer Zeit — oft sofort nach den Punctionen — trete diese ein. Auch bei chronischem Verlauf heilten die Fälle aus und hätten diese nachweisbaren Hirnzertrümmerungen für die Entstehung der sog. traumatischen Neurose nur secundäre Bedeutung.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. v. Holst hat drei ähnliche Fälle beobachtet. Der erste von diesen war vorher in der Behandlung des Dr. Ed. Schwarz gewesen. Er hatte ein schweres Trauma erlitten und war entschieden schwer krank, drängte jedoch täglich aus der Klinik im Gegensatz zum Behandlungsbedürfnis der traumatischen Neurotiker sensu strictiore. Das ist ein wichtiges klinisches differentialdiagnostisches Merkmal, auf das zuerst hingewiesen zu haben, Dr. Schwarz' grosses Verdienst ist. Dieselbe Erscheinung lag auch in den beiden anderen Fällen vor.

Dr. v. Ungern-Sternberg: Sollte nicht die Lumbalpunction bei Commotio cerebri, wo ja bekanntermassen Blut im Liquor gefunden wird, gewisse Gefahren in sich bergen? Ist doch die Punction bei tumor cerebri ein gefährlicher Eingriff. Den Umfang der Verletzung des Gehirns wissen wir von vornherein, nicht wie weit die Blutung eventuell an Umfang gewonnen hat. Deshalb möchte ich die Frage aufwerfen, ob die Punction in den betreffenden Fällen trotz der Gefahr und blos aus diagnostischen Gründen gerechtfertigt ist.

Dr. Ed. Schwarz (Schlusswort): Herrn Dr. von Ungern gegenüber empfiehlt Vortragender die Lumbalpunction in traumatischen Fällen als ungefährlich — oft von vorzüglicher therapeutischer Wirkung. Gefährlich sei die Punction eigentlich nur bei Tumoren.

2. Dr. Eliasberg gibt ein kurzes Referat über seinen in der Specialsitzung für Dermatologie gehaltenen Vortrag: Theorie und Praxis der Wassermannschen Serodiagnostik bei Syphilis.

Discussion:

Dr. Ed. Schwarz bestätigt die Wichtigkeit und die Häufigkeit der Reaction Wassermann B an dem Material seiner Abteilung.

3. Referat Dr. Schroeders: Classification der functionellen Psychosen.

Schr. bespricht in einigen einleitenden Worten das Wesen und die Aufgaben der psychiatrischen Systematik. Man nennt zwar die Seelenkrankheiten Gehirnkrankheiten, doch sei der Ausdruck verfänglich, da darunter nicht dasselbe verstanden werden kann, was man meint, wenn man die Pneumonien Krankheiten der Lunge oder die Nephritiden Krankheiten der Niere nennt. Natürlich könne man sich auch nichts darunter denken, wenn die Geisteskrankheiten Krankheiten des Gehirns mit vorwiegender Beteiligung psychischer Erscheinungen genannt werden. Das Wort «Krankheit» in wissenschaftlichem Sinn ist eben nichts als der Ausdruck für eine bestimmte Gesetzmässigkeit in den Erscheinungen. Solange für die physischen Erscheinungen die Gesetze der Physik und Geometrie Geltung haben, für die psychischen Erscheinungen dagegen die Gesetzmässigkeit eines ganz anderen Begriffssystems gilt, ist es unlogisch, von solchen Krankheiten zu sprechen. Unter psychopathologischen Krankheitseinheiten können daher nur psychologische Einheiten verstanden werden.

Doch kann von einer psychopathologischen Krankheitseinheit, da eine solche causale oder genetische Erklärung voraussetzt, einstweilen keine Rede sein. Die Paralyse repräsentiert nur eine neurologische Einheit. Es wird weiter darauf

hingewiesen, dass in den beiden Bezeichnungen «klinisch» und «symptomatisch» die Gegensätze zwischen dem klinischen und den übrigen Systemen einen keineswegs erschöpfenden Ausdruck gefunden haben. Die beiden Begriffe «klinisch» und «symptomatisch» lassen den wesentlichsten Unterschied zwischen der Kraepelinschen Lehre und den übrigen Systemen unberücksichtigt, nämlich den Unterschied, dass die älteren Lehrsysteme auf willkürlich gewählten Einteilungsgründen beruhen, während das bei Kraepelin nicht der Fall ist.

Vor allem habe man sich nicht genügend Rechenschaft darüber gegeben, was ein Symptom ist. Unter einem psychopathologischen Symptom habe man sowohl systematische als auch nichtsystematische verstanden. Schr. stellt nun die systematischen Merkmale als wirkliche Symptome den nichtsystematischen Merkmalen oder Zeichen gegenüber. Physisches kommt für die psychiatrischen Systematiker nur als sinnliche Aeusserung für Psychisches oder als Zeichen für psychische Erlebnisse in Betracht. Ein Symptom im Sinne eines systematischen Merkmals ist nur dasjenige, was ausschliesslich in der Beschaffenheit und dem Aufeinanderbezogensein psychischer Erlebnisse, Zustände und Tätigkeiten gegeben ist. Dagegen seien alle Begriffe, die das Psychopathologische zu fassen suchen, in den Beziehungen des Psychischen zur ausserpsychischen realen Welt oder in den Beziehungen des Psychischen zu localisierten materiellen Gehirnvorgängen als unsystematische Begriffe zu betrachten. Als Beispiele solcher Begriffe werden Hallucinationen und die Wahnideen angeführt.

Darauf folgt die Besprechung der Ziehenschen Lehre an der Hand eines Classificationsschemas. Es wird hervorgehoben, dass die Einteilungsgründe willkürlich gewählt sind und auf systematisch wertlosen Merkmalen beruhen. Neben der Ziehenschen Psychiatrie wird auch der Grundgedanke der Wernickeschen Lehre in kurzen Zügen wiedergegeben. Ref. wendet sich weiter zur Bestimmung des methodologischen Charakters des Kraepelinschen Systems. Als wesentlich wird betont, dass Kraepelin überall das deutliche Bestreben zeige, die Classenbegriffe auf systematische Merkmale zu stützen. Das wesentlichste und wichtigste Moment beruhe jedoch darauf, dass die Einteilungsgründe, die constituierenden Merkmale der Classenbegriffe nicht willkürlich gewählt seien, sondern bei Kraepelin zum allgemeinen Merkmal der in eine Classe zusammengehörigen Erscheinungen die allen gemeinsame, psychologische Grundform werde. Damit ist das System Kraepelins auf die Stufe der descriptiven Systeme in genetischer Form hinaufgerückt und bedeutet einen weiten Fortschritt gegenüber allen übrigen Systemen. Gleichzeitig schliesst aber diese Beurteilung des Kraepelinschen Systems die Forderung in sich ein, dass eine organische Weiterentfaltung der systematischen Psychiatrie aus diesem nur auf der Grundlage psychologischer Erkenntnisse möglich ist. Der Gedanke an die Möglichkeit einer anderen Grundlage ist eine Verirrung und vergeht sich an der Natur und der Wesensnot der Erscheinungen, mit denen der Psychiater es in erster Linie zu tun hat.

(Autoreferat).

4. Dr. Stieda hält seinen Vortrag: Ueber den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie.

Discussion:

Dr. v. Kügelgen erinnert an die traurige Erfahrung, dass die jungen Psychiater nicht beim Fach bleiben. Er will den Grund in der Hoffnungslosigkeit der Psychiatrie sehen, deren therapeutische Misserfolge jeder kennt, deren klinische Forschungen aber durch die Grenzen der psychologischen Erkenntnis mitgezogen sind. Immerhin gibt es bei dieser Betrachtungsweise noch Arbeitsgebiete, die neue Erkenntnis zu bringen versprechen. Schroeder betont mit Recht die Notwendigkeit des Mit- und Nacherlebens des zu schildernden Seelenzustandes. Das einzig Wirkliche der Psychologie, die Tatsachen der inneren Erfahrung können wiederum nur verwertet werden, wenn sie mitteilbar sind. So müssen wir eine wesentliche Aufgabe psychiatrischer Arbeit in der Ausbildung unseres Hauptwerkzeuges, der Sprache, sehen.

Dr. v. Holst: die grosse von Schroeder geleistete Arbeit, seine überlegene Kritik und die vielen Feinheiten in der Ausführung der Einzelheiten haben auch bei mir die grösste Bewunderung erregt. Eine so beschaffene Arbeit über dieses Thema musste naturgemäss zu einem recht pessimistischen Standpunkt gelangen. Denn wenn auch das Kraepelinsche System den anderen überlegen ist, so lässt es uns in der Praxis nur zu häufig im Stich. Es gibt schlechterdings nichtdiagnosticierbare Fälle, die sich z. B. in periodischen Stimmungsschwankungen äussern und doch zu sichtlicher Verblödung führen, und viele andere, die jedes Classificationsbestreben zum Scheitern bringen. In diesem Entwickelungsstadium ist behufs allseitiger Verständigung eine genaue Schilderung der Krankheitsbilder ohne oder mit möglichst wenig Fachausdrücken notwendig. Wer einen terminus technicus aus der Welt schafft, hat Möbius gesagt, verdient eine Prämie.

Dr. Ed. Schwarz macht eine vorläufige Mitteilung über einen Fall, über den er schon früher berichtet hatte und der wohl nach den heutigen Anschauungen mit Recht von psychiatrischer Seite als manisch-depressives Irresein angesprochen worden ist, in dem ein dritter Anfall zeigte, dass die manische Erregung nach Hg schnell schwand und dass vor der Cur Wassermann A stark positiv nach Beendigung der Cur ± war. (Dr. Eliasberg hatte die Reaction gemacht).

Dr. v. Ungern-Sternberg: Wenn auch nicht direct zum Vortrag, so möchte ich mir zur Bemerkung des Dr. v. Kügelgen über die Motive, die die Psychiater zur Flucht vor der Psychiatrie veranlassen, einige Worte erlauben. Als hauptsächliches Motiv wurde die Trostlosigkeit der Heilungsmöglichkeiten erwähnt. Durch Bleuler, Freud u. s. w. ist gerade in die Psychiatrie ein frischer, belebender Zug gelangt, der die Hoffnung auf Heilungsmöglichkeiten belebt. Gerade das Gefühl der Trostlosigkeit psychiatrischer Heilerfolge macht es erklärlich, dass hier in der positiven Anerkennung vielleicht über das Ziel geschossen wird. Die Betonung des «eingeklemmten Affects» und die Möglichkeit, Heilung durch Ableitung desselben zu erlangen, bleibt zum Mindesten als bedeutsames Verdienst Freuds u. s. w. bestehen.

Dr. v. Holst: Der von Ungern geäusserten Ansicht entgegen, möchte ich mir zu bemerken erlauben, dass sich abgesehen vom richtigen Kern der Freudschen Theorie unendlich viel Uebertreibung in seinem und noch mehr in den Arbeiten seiner Schüler, z. B. Steckel, vorfindet. Sie führen daher in ihren letzten, von Freud selbst angestrebten Consequenzen auf notorische Abwege.

5. Herr Privatdocent Dr. Adolphi demonstriert eine Reihe von ihm selbst modellierter, plastischer Nachbildungen verschiedener Hirnteile und Bahnen.

Der Präses der Section hebt in anerkennenden Worten die grosse Anschaulichkeit der Modelle hervor und dankt Herrn Dr. Adolphi im Namen der Gesellschaft.

6. Dr. Idelsohn: Referat über Aphasie. (Das Referat wird in der St. Petersb. med. Wochenschrift erscheinen)

Discussion:

Dr. v. Ungern Sternberg: Die Lehre Maries über Aphasie und die Auffassung, dass die alte motorische Aphasie immer mit einem mangelnden Sprechverständnis verbunden ist, lässt uns doppelt vorsichtig sein in der Beurteilung der aphasischen Kranken vom civilrechtlichen Standpunkt. In wie weit sollen die Kranken Rechtsacte vollziehen dürfen? Mir scheint die Anschauung Maries darauf herauszukommen, dass wir darin vorsichtiger werden müssen, den aphasischen Kranken für normal in rechtlicher Hinsicht zu halten.

Dr. Masing führt mehrere Fälle aus seiner Praxis mit Sectionen an, die doch gegen die Mariesche Theorie und für die mehr oder weniger selbständigen Formen der Aphasie (sensorielle, motorische Aphasie, Alexie, Anarthrie) sprechen.

Dr. v. Holst: Eine Reihe nambafter Forscher hält die Mariesche Lehre für unannehmbar. Zu ihnen gehört ausser Liepmann auch Oppenheim, der unter anderem auf einen vorher trepanierten Fall hinweist, der aphasisch geworden war. Er erlangte jedoch das Sprachvermögen zurück, sobald ein Tupfer, der sich genau über der dritten linken Stirnwindung befand und augenscheinlich auf diese Gegend drückte, entfernt wurde. Ferner könnte ein von Idelsohn aus der Oppenheimschen Klinik veröffentlichter Fall von subcorticaler Aphasie gegen die Mariesche Lehre geltend gemacht werden aus Gründen, die hier anzuführen die vorgerückte Zeit nicht erlaubt, die jedoch Idelsohn am besten bekannt sind. Gegen den Begriff der Einheitsaphasie, die stark mit Schwachsinn versetzt ist, sprechen ferner die Fälle, wo das Sprachverständnis nur durch die Bahn eines Sinnesorganes z. B. der Augen gelitten hat: während vom Ohr aus die tickende Uhr richtig erkannt und benannt wird, löste sie vom Auge aus keine verständnisvolle sprachliche Reaction aus.

Dr. Idelsohn erhält das Schlusswort.

Feuilleton.

Brief aus Breslau.

Ueber das Thema «Wie sind bei der Placenta praevia die Erfolge für Mutter und Kind am besten zu bessern? sprach Hannes in der «Medicinischen Section» der «Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur» am 27./10. December. Die combinierte Wendung ist gewiss ein segensreiches Verfahren, aber als ideal können wir eine Methode, die keine Rücksicht auf das Kind nimmt

und eine Kindermortalität von 60—80 pCt. zeitigt, nicht betrachten. Der Umstand, dass es sich hier in der Regel um frühreife und unreife Kinder und um mehrgebärende, schlechtsituierte Mütter handelt, kann nicht als hinreichender Trost gelten. Dafür, dass der Braxton Hicks die Geburtshelfer nicht befriedigt, spricht unter anderem die Tatsache, dass stets nach neuen Wegen, die das Recht des Kindes auf Leben höher einschätzen, gesucht wird (Dührssen, Krönig, Sellheim und Andere). Welches sind nun die bisherigen Erfolge mit der combinierten Wendung? die Statistiken von Hammerschlag (aus der Königsberger Frauenklinik) verzeichnen 6,3 pCt., Zweifel (Leipzig) 7,8 pCt. und Freund (Halle) 10,1 pCt. mütterliche Gesamtmortalität. Sehr lehrreich sind die Daten von Füth (Cöln), der eine Umfrage im Regierungs-Bezirk Koblenz veranstaltete und ein Material von 726 (!) Fällen von Placenta praevia gesammelt hat; sie ergab eine mütterliche Gesamtmortalität von 19,7 pCt.; von den 750 Kindern wurden 383 lebend geboren, 367 kamen tot zur Welt. Die kindliche Mortalität bewegt sich in den obengenannten Statistiken zwischen 60 und 80 Procent. Seit mehr als 15 Jahren wird in der Breslauer Frauenklinik die Methode der Metreuryse oder Hystereuryse angewandt: Einführung eines Gummiballons in die Eihöhle nach Durchbohrung der Eihäute bezw. der Placenta; durch Zug am Schlauch wird die Wehentätigkeit angeregt und die Compression der blutenden Fläche erzielt; nach vollständiger Eröffnung wird die Frucht mit der Zange, oder nach der Wendung am Fuss extrahiert. Der Einwand, die Metreuryse schaffe nur günstigere Verhältnisse für das Kind, wird zahlenmässig widerlegt. Die Frauenmortalität beziffert sich in der Breslauer Frauenklinik bei Placenta praevia auf 5 pCt.; Mortalität an puerperaler Infection 0,8 pCt. gegenüber 1,6 pCt. in der Königsberger Frauenklinik. Was die Resultate für das Kind anbetrifft, so sind nach dem Vortragenden durch Anwendung der Hystereuryse drei Mal soviel lebende Kinder geboren worden als in der Königsberger Klinik bei Anwendung der combinierten Wendung.

Somit ist in der Metreuryse, die nicht bloss möglichste Rücksicht auf Lebenssicherheit der Mutter nimmt, sondern auch dem Recht des Kindes auf Leben möglichst Rechnung trägt, zur Zeit das souveräne Mittel bei Behandlung der Placenta praevia zu sehen.

Küstner betont, dass sein Metreurynter nicht zugfest wirken soll, nicht aus starrem Material ist, was zu forcierten Wirkungen, in erster Linie zu den gerade bei Placenta praevia so unzuverlässigen, so weit ins Parametrium gehenden Rissen führen würde. Um zu betonen, dass es sich nicht um einen Erweiterer sondern um einen «Wehenmacher» handele, möchte Küstner für seinen Metreurynter die Bezeichnung «Tokorynter» prägen.

In derselben Sitzung demonstriert Tietze ein seltenes Magenpräparat, das sich auf den Fall eines 54-jähr. Patienten bezieht, der seit 8 Jahren magenkrank war: Erbrechen, Magenschmerzen, Hyperacidität; unter strenger Behandlung zunächst Besserung, nach einiger Zeit wieder starkes Erbrechen, Magenbluten, Appetitlosigkeit, Verschlechterung des Allgemeinbefindens, schwere cardiospastische Erscheinungen (Unmöglichkeit zu spülen und sondieren), Hypersecretion, Hyperacidität, kein palpabler Tumor. Es wurde ein Pylorusulcus angenommen, das vielleicht allmählich in Carcinom übergegangen, und als operativer Eingriff wurde Jejunostomie bezw. Gastroenteroanastomose in Betracht gezogen. Die Operation ergab das überraschende Resultat, dass neben dem Ulcus am Pylorus ein zweites Ulcus an der Cardia bestand! Die Analyse dieses Falles zeigt, dass das Symptom des Cardiospasmus hier zu wenig gewürdigt wurde — Oesophagoskopie konnte nur schwer ausgeführt werden. In Zukunft würde die Möglichkeit eines zweiten Ulcus, das allerdings ausserordentlich selten ist, in Betracht gezogen werden müssen.

In der «Chirurgischen Gesellschaft» stellte Küttner am 30/13. December einen zusammen mit Gottstein beobachteten Fall eines überzähligen Ureters vor; es handelte sich um ein junges Mädchen, bei dem die Anwesenheit eines dritten Ureters ziemlich schwere Erscheinungen verursachte. Die Operation—Durchtrennung des Ureters und Einpflanzen in die Blase—war recht schwierig. Das Resultat war sehr befriedigend; auch die incontinentia urinae war mit dem Moment der Operation aufgehoben.

In einem von ihm demonstrierten Fall von Scrotum giganteum bleibt die Aetiologie unklar; der junge Mann war nie in den Tropen gewesen, anamnestisch ist nur eine Phimosenoperation, die glatt verlaufen ist, zu verzeichnen. Vom Penis lässt sich nichts durchfühlen, — vielleicht wird sich bei der Operation der Penis herauspräparieren lassen — es besteht eine Temperatursteigerung, wie sie in solchen Fällen beobachtet wird. Sehr häufig sah Küttner in Japan Fälle von Elephantiasis scroti, wo sie etwas Alltägliches ist. Auf der Strasse fiel ihm dort einmal ein Bettler auf, der auf einem vor ihm ausgebreiteten grossen Sack die empfangenen Almosen deponierte; bei näherem Zusehen repräsentierte sich der vermeintliche Sack als ein elephantiastisch vergrössertes Scrotum.

Vortragender stellt ferner eine Patientin, bei der Totalexstirpation des Unterkiefers wegen Tuberculose gemacht werden musste, vor; anamnestisch: als Kind tuberculöse Halsdrüsen, später Spontanfractur des Unterkiefers; Entstellung. Totalnekrose durch Osteomyelitis ist ausserordentlich selten. In Tübingen kamen K. recht oft Phosphornekrosen des Unterkiefers aus den nahe gelegenen Zündhölzerfabriken zur Beobachtung.

Schliesslich bespricht Küttner einen bisher noch nie beobachteten Fall von Volvulus des Coecums in übergrosser Nabelhernie. Es handelte sich um eine 64-jähr. Frau, die mit der Diagnose «incarcerierte Hernie» in die chirurgische Klinik eingeliefert wurde. Sofortige Untersuchung und weitere Beobachtung ergaben, dass an einen Ileus durch ein Hindernis in der Hernie selber verursacht zu denken war. Es fand sich auch Volvulus des Coecums, bedingt durch ein sehr langes Mesenterium. Das Colon transversum lag ebenfalls im Bruchsack. Ileus liess sich beseitigen. Die 64-jährige, sehr fettleibige Frau erlag nach kurzer Zeit einer Pneumonie.

Von der Bardenheuerschen Extensionsbehandlung ausgehend, die gewiss eine sehr wertvolle Bereicherung des orthopädischen Heilschatzes bedeutet, die aber doch mit der Bildung von Deviationen und Bewegungsbeschränkungen gewisse Mängel aufweist, demonstriert Sudloff ein Modell, bei dem den Knochen Leisten und den Ansatzpunkten der Muskeln Schnüre entsprechen und das leicht die Gesichtspunkte, die bei der Extensionsbehandlung der Femurfracturen massgebend sind, illustrieren soll.

Dr. Schless.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Sonntag, den 24. Januar, wurde das erste Haus-Sanatorium für lungenkranke Kinder in Petersburg eingeweiht. Die Petersburger Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose hat im letzten Jahre ihr Programm bedeutend erweitert. Ausser einer Section für Sanatorien, hat sich eine für Verbreitung theoretischer und praktischer Kenntnisse im Kampfe mit der Tuberculose gebildet und jetzt ist noch eine Section für Schaffung von hygienischen Wohnungen und Haus-Sanatorien entstanden. An der Spitze dieser Section steht die Gräfin Bobrinsky, ihr zur Seite stehen für den öconomischen Teil Frau Dr. Brunner, für den medicinischen Teil Dr. Unterberger. Die unmittelbare ärztliche Aufsicht hat Dr. Polusochowa übernommen.

Zum Haus-Sanatorium, d. h. einer hygienischen Wohnung plus hygienisch-diätetisches Regime unter strenger ärztlicher Controlle ist der obere Stock eines zweistöckigen Hauses auf der Krestowski-Insel, Nadeshdinskaja 11, gemietet. Eine schöne Veranda dient als Liegehalle. In 2 sonnigen Zimmern sind bis jetzt 8 Kinder untergebracht, ausserdem ist ein grosses Speisezimmer und ein Zimmer für die barmherzige Schwester vorhanden. In der geräumigen Küche ist ein Baderaum abgeteilt; hier werden auch die feuchten Abreibungen mit Frottiertüchern vorgenommen. Duftende Tannenbäume schmücken die Räume. Beim Hause befindet sich ein Garten, wo die Kinder im Sommer Beschäftigung finden werden. Hoffentlich wird dieses segensreiche Unternehmen viel Nachahmung finden.

— An der Universität in Jurjew (Dorpat) ist der Lehrstuhl für chirurgische Operationslehre und Desmurgie vacant. Anmeldungen sind bis zum 1. Februar 1910 einzusenden.

— In Odessa wird im August dieses Jahres ein weibliches Medicinisches Institut eröffnet werden.

— In diesem Jahre vollenden sich 100 Jahre seit der Geburt des grossen russischen Chirurgen N. J. Pirogow.

— Am 17. Januar vollendeten sich 50 Jahre seit der Geburt A. P. Tschechows, der von Beruf Arzt, eine Zeit lang auch die Praxis ausübte, um sich später ganz der dichterischen und schriftstellerischen Tätigkeit zu widmen.

— In Dresden wird vom 2. bis zum 17. Mai d. J. eine Ausstellung für sociale Fürsorge, Volksernährung, Haus und Küche, Kinderpflege und Blindenarbeit stattfinden.

— Der IV. Internationale Congress der Fürsorge für Geisteskranke findet vom 3. bis zum 7. October 1910 in Berlin statt. Mit dem Congress wird eine Ausstellung der Fürsorge für Gemüts-, Geistes- und Nervenkranke verbunden sein. Vorträge sind anzumelden bei Herrn Prof. Dr. Boedeker, Schlachtensee — Berlin, Fichtenhof. Anmeldungen und Anfragen, betreffend die Ausstellung sind zu richten an Herrn Prof. Dr. Alt. Uchtspringe (Altmark).

— Der Centralverband der Balneologen

Oesterreichs hat beschlossen, Anfang October dieses Jahres einen wissenschaftlichen Congress in Salzburg abzuhalten.

— Der III. internationale Congress für Schulhygiene wird vom 2.—7. August in Paris tagen. Gleichzeitig mit dem Congress wird eine Ausstellung für Schulhygiene stattfinden.

— Der VI. Congress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft findet am Sonntag, den 3. April 1910 in Berlin im Langenbeckhause statt. Vorträge und Demonstrationen sind spätestens bis zum 5. März 1910 beim Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Berlin W. 35, Lützowstr. 72, anzumelden.

— In Paris wurde am 16. December 1909 ein Denkmal des Chirurgen Péan enthüllt.

— Verbreitung der Pest. Britisch-Indien. Vom 12. bis zum 18. December 1909 erkrankten 7331 Personen an der Pest und starben 6159. — Aegypten. Vom 25. bis zum 31. December 1909 erkrankten 8 Personen und starben 3. — Japan. Kobe-Hiogo. Vom 29. November bis zum 27. December 1909 erkrankten 22 Personen und starben 14. — Mauritius. Vom 5. November bis zum 2. December 1909 erkrankten auf der Insel 148 und starben 66.

— Verbreitung der Cholera. Britisch-Indien. Vom 12. bis zum 18. December 1909 starben in Calcutta 24 Personen an der Cholera.

— Die Pest in Russland. In Naursali-Tschagyl — Kirgisensteppe, Gouv. Astrachan — erkrankten vom 13. bis zum 20. Januar 13 Personen und starben 15. Gegenwärtig gibt es dort keine Pestkranken mehr. Seit dem Beginn der Epidemie, d. h. seit dem 4. Januar sind 26 Personen erkrankt und ebenso viele gestorben.

— Die Cholera scheint jetzt überall in Russland erloschen zu sein. In der Woche vom 17. bis zum 23. Januar wurde kein einziger Fall von Erkrankung an der Cholera constatiert. Seit dem Beginn der Epidemie sind in ganz Russland 20659 Personen erkrankt und 9385 gestorben.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 3. bis zum 9. Januar 1910 522 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 75, Typh. exanth. 7, Febris recurrens 5, Pocken 62, Windpocken 27, Masern 105, Scharlach 93, Diphtherie 90, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 11, an anderen Infectionskrankheiten 47.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 13027. Darunter Typhus abdominalis 284, Typhus exanth. 27, Febris recurrens 65, Scharlach 307, Masern 93, Diphtherie 251, Pocken 221, Windpocken 3, Cholera 0, crupöse Pneumonie 94, Tuberculose 752, Influenza 207. Erysipel 105, Keuchhusten 19, Hautkrankheiten 63, Syphilis 530, venerische Krankheiten 352, acute Erkrankungen 2232, chronische Krankheiten 1991, chirurgische Krankheiten 1682, Geisteskrankheiten 3351, gynäkologische Krankheiten 263, Krankheiten des Wochenbetts 59, verschiedene andere Krankheiten 70.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 800 + 57 Totgeborene + 73 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 15, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 1, Pocken 9, Masern 26, Scharlach 16, Diphtherie 15, Keuchhusten 9, crupöse Pneumonie 40, katarrhalische Pneumonie 99, Erysipelas 10, Influenza 6, Pyämie und Septicaemie 14, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 19, Dysenterie 0, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 48, andere Magen- und Darmerkrankungen 32, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 55, Marasmus senilis 29, andere Todesursachen 243.

Nekrolog. 1) Am 20. October 1909 starb in Kislowodsk (Kaukasus) Dr. S. G. Oserow, geb. 1846, approbiert 1872. Seine ärztliche Tätigkeit spielte sich hauptsächlich in Tula ab, wo er sich um die Sanierung der Stadt, um die Erbauung von Hospitälern und die Durchführung verschiedener hygienischer Massnahmen ein grosses Verdienst erworben hat und als praktischer Arzt sehr geschätzt und beliebt war. Dank seiner Initiative wurde in Tula eine Section der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit gegründet, er war auch der Gründer der ersten Ferienkolonie und der erste Schularzt in Tula, der für das Wohl der Schuljugend viel gewirkt hat. Den Sommer verbrachte er meist in Kislowodsk, wo er seit dem Jahre 1904 die Stellung eines Sanitätsarztes einnahm, in der er dank seiner gründlichen Sachkenntnis und grossen Energie manches Gute geleistet hat. In den 2 letzten Jahren war er durch seine schwere Krankheit (Asthma, Myocarditis) gezwungen, seine vielseitige Tätigkeit aufzugeben und lebte teils in der Krim teils in Kislowodsk, wo er dennoch so oft als möglich die Sitzungen besuchte, in welchen Fragen über die Hebung des Curorts erörtert wurden. Auferzogen in den Ideen der 60-er Jahre des XIX. Jahrhunderts, war Oserow den Idealen seiner Jugend stets treu geblieben und hatte den Mut, seine Grundsätze und seine Ueberzeugung zu verfechten, wodurch er sich nicht wenig Feinde und Widersacher erwarb und auch manchen materiellen Schaden erlitt. Hinter seinem rauhen Aeusseren und seiner Art, sich bisweilen recht scharf auszudrücken, barg sich ein wohlwollender und nobler Charakter, und die ihn näher kannten, wussten, dass er ein guter Mensch war, der jedem, der es mit seiner Pflichterfüllung ehrlich meinte, Vertrauen entgegenbrachte und mit Rat und Tat gern half (F. D.). 2) Am 6. Januar starb in Baku Dr. D. D. Achscharumow, geb. 1823, approbiert 1862. Er hatte 1846 die Facultät der orientalischen Sprachen an der Universität zu St. Petersburg absolviert, wurde darauf (mit Dostojewskij) in den Process des Communisten Petraschewskij verwickelt und zum Tode verurteilt, aber auf dem Schaffot begnadigt. Darauf musste er 4 Jahre in der Arrestantencompanie verbleiben und dann als Gemeiner in dem Kaukasischen Heer dienen, das mit den Bergvölkern in beständigem Kampfe lag. Für wiederholte Auszeichnung in den Schlachten wurde er zum Unterofficier, Fähnrich und schliesslich zum Officier befördert und in seinen bürgerlichen Rechten rehabilitiert. Ein Jahr später nahm er seinen Abschied, studierte Medicin in Dorpat, Petersburg, Berlin und Paris und wurde 1862 in der Medicinischen Akademie zu St. Petersburg auf Grund einer unter Dubois-Reymonds Leitung verfassten Dissertation zum Dr. med. promoviert. Schon diese kurze biographische Schilderung beweist, dass A. sich durch hervorragende Energie, Standhaftigkeit und grosse Willensstärke auszeichnete. Diese Eigenschaften betätigte er bis in sein Greisenalter als Arzt, indem er das lebhafteste Interesse für alle Fragen an den Tag legte, die die Volksgesundheit und die Wohlfahrtseinrichtungen der Stadt Poltawa, wo er sich niedergelassen, betrafen. Als exemplarischer Medicinalinspector war er hier unermüdlich tätig, und als im Anfang der 80-ger Jahre im Gouv. Poltawa die Landschaftsorganisation eingeführt wurde, war es A., der für eine gedeihliche Entwickelung des Landschaftsmedicinalwesens den Grund legte. Er hat zahlreiche Arbeiten aus dem Gebiete der Epidemiologie (Pest, Cholera, Milzbrand, Pocken, Diphtherie) verfasst und über die Bekämpfung der Syphilis und Prostitution geschrieben. Im Jahre 1881 gründete er die «Gesellschaft der Aerzte in Poltawa». 3) In Warschau starb Dr. A. J. Karczewski, ordinierender Arzt am «Hospital des Kindlein Jesus», geb. 1860, approbiert 1894. 4) Am 22. Januar starb in Warschau Dr. M. J. Apte, geb. 1826, approbiert 1851.

— Ich bin von jetzt ab in Redactionsangelegenheiten täglich von 6 bis 7 Uhr abends mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage zu sprechen.

F. Dörbeck.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. Febr. 1910.

Tagesordnung: 1) Hoerschelmann: Ueber die sogenannte Ichthyosis congenita.
2) Wichert: Ueber Prostatectomia suprapubica.

Geschäftliche Sitzung: Beratung über die Subventionierung der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» seitens des Vereins.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Febr. 1910.

Tagesordnung: A. Wladimiroff: Ueber Piroplasmosen.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

№ 6 St. Petersburg, den 6. (19.) Februar 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Aus der St. Petersburger Augenheilanstalt
(Director: Dr. E. Blessig).

Beiträge zur Statistik der schwereren Augenverletzungen*).

Von

Dr. G. S. Kanzel.

Die Arbeiten der Herren DDr. E. Blessig **) und K. Karnizkij ***) fortsetzend, unternahm ich die Bearbeitung des umfangreichen und vielseitigen Materials an Augenverletzungen, die im Laufe der Jahre 1902 bis 1906 incl. in der St. Petersburger Augenheilanstalt beobachtet wurden. Ich zog dabei, ebenso wie die Genannten, nur frische und schwere Fälle von Augenverletzungen, mit denen die Kranken in die stationären Abteilungen der Anstalt eintraten, in Betracht ****).

Dr. Blessig bearbeitete die Augenverletzungen der Jahre 1886—1891 incl., Dr. Karnitzky diejenigen der Jahre 1897—1901 incl. So blieb das Material der Jahre 1892—1896 incl. unbearbeitet. Um die Ergebnisse des ganzen, 21 Jahre umfassenden Zeitraumes 1886—1906 incl. zu übersehen, berücksichtigte ich in der allgemeinen Statistik auch die Verletzungen der Jahre 1892—1896 und führe sie unten in vergleichenden Tabellen an; das gesamte Material umfasst 2516 Fälle von mehr oder weniger schweren Augenverletzungen.

Der Einheitlichkeit halber gebe ich meiner Arbeit dieselbe Einteilung, die die oben genannten Verfasser einhielten.

Die in den Jahren 1897—1902 an Arbeiten über die allgemeine Statistik der Augenverletzungen verhältnismässig reiche Literatur, die in der Dissertation Dr. Karnizkijs ausführlich durchgearbeitet ist, erwies sich in den darauffolgenden 5 Jahren sehr arm an grösseren statistischen Arbeiten. Trotzdem führe ich in Kürze die von mir gefundenen Literaturangaben über diese Frage an, wobei ich übrigens die Kriegsverletzungen des Auges nicht berücksichtige.

Gelpke [1]) publicierte seine Beobachtungen über 52 schwere, die Sclera perforierende Verletzungen. In 24 dieser Fälle blieb der Augapfel erhalten, ohne dass das zweite Auge in Mitleidenschaft gezogen wurde (46,2 pCt.). Bei 10 Kranken wurde der Versuch einer conservativen Behandlung gemacht, wobei in der Folge, um die Gefahr einer sympathischen Entzündung des anderen Auges abzuwenden, die Enucleation ausgeführt werden musste (19,2 pCt). In 18 Fällen wurde die Enucleation sofort nach der Verletzung ausgeführt (36,4 pCt.). Von den 24 Fällen der ersten Gruppe wurde bei 75 pCt. ein «günstiges» oder «verhältnismässig günstiges» Resultat inbezug auf Sehschärfe erzielt.

In demselben Jahre 1902 veröffentlichte Schirmer [2]) eine Arbeit, 133 perforierende, inficierte Augenverletzungen betreffend. In 71 Fällen war der Verlauf ein aseptischer; dabei wurde 5 mal primäre, 3 mal secundäre Enucleation des Augapfels ausgeführt; in 4 Fällen blieb das Auge blind, jedoch ohne Reizerscheinungen. Visus = Fingerzählen bis <0,1—13 mal; V = 0, 1 bis 0,5 — 16 mal; V = 0,5 bis 1,0—21 mal; in 9 Fällen (bei Kindern) schien Sehvermögen erhalten zu sein, konnte aber nicht genauer bestimmt werden. Bei den übrigen 62 Fällen hatte Schirmer Gelegenheit, 39 mal Uveitis fibrinosa mit folgendem Ausgang zu beobachten: Enucleation oder Evisceration — 12 mal; Erblindung ohne Reizerscheinungen — 4 mal, Visus = Fingerzählen < bis 0,1 in 6 Fällen; V = 0,1—0,5 in 12 Fällen, V = 0,5—1,0 in 2 Fällen; V. vorhanden, aber unbestimmbar bei 3 Kindern. In 20 Fällen

*) Vorliegende Arbeit ist hervorgegangen aus einem Teil der Dissertation des Verf.: „О поврежденіяхъ глазъ по даннымъ СПБ. Глазной лечебницы". Дисс. СПБ. 1908.

**) Blessig. Ueber Augenverletzungen; zur Statistik und Casuistik der schwereren Verletzungen des Augapfels. Mitteilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt. III. 1893. russ.

***) Karnizkij. Materialien zur Frage der Augenverletzungen. Dissertation. St. Petersburg. 1902. (russ.)

****) Infolgedessen umfasst dieses Material nicht die Menge der leichteren Verletzungen, wie z. B. die traumatischen Conjunctivitiden, leichte Verbrennungen des Auges, Fremdkörper der Cornea etc. (letztere werden jährlich in einer Anzahl von ca. 1500 Fällen beobachtet und fast nur ambulant behandelt).

—Uveitis purulenta mit folgendem Ausgang: Enucleation oder Evisceration 7 mal; V = Fingerzählen bis < 0,1—3 mal, V = 0,1 bis 0 — 5 mal; V = 0,5 bis 1,0 — 7 mal.

Mergel [3]) beobachtete unter 3872 Kranken aus den Werkstätten der Wladikawkas-Eisenbahn 1060 Fälle, d. h. 24,76 pCt. von Erkrankungen traumatischen Ursprunges, und zwar: Verletzungen der Lider 56 mal, Contusionen des Augapfels und der Cornea — 214 mal, traumatische Conjunctivitiden — 152 mal, Fremdkörper der Cornea — 604 mal.

Hillemans [4]) weist darauf hin, dass im Laufe eines Jahres auf 100 Arbeiter durchschnittlich eine schwere Augenverletzung kommt und auf 7—10 Unfälle überhaupt — einer mit Augenverletzungen. Er verlangt den Gebrauch gut gearbeiteter Schutzbrillen.

Büscherdorff [5]) erwähnt 426 Fälle von Augenverletzungen, von denen 379 in der Augenheilanstalt behandelt wurden. Fremdkörper kamen bei 60,2 pCt. vor, perforierende Wunden ohne Fremdkörper — in 12 pCt., Contusionen — in 24,2 pCt., Verbrennungen — in 0,4 pCt.

Mohr [6]) führt 525 Fälle von Augenverletzungen im Verlauf von 8 Jahren an. In dieser Periode hatte er im Ganzen 14630 ambulatorische Kranke; von diesen wurden 948 in die stationäre Abteilung des Krankenhauses aufgenommen; in Procenten ausgedrückt, betrug das Verhältnis der Augenverletzungen zu sämtlichen Augenerkrankungen im Ambulatorium — 2,94 pCt., zu den stationär behandelten — 0,99 pCt. Unter 525 Augenverletzungen wurden in 75 Fällen perforierende Wunden des Augapfels beobachtet, in 52 Fällen traumatische Cataracte, in 7 Fällen Fremdkörper im Augapfel und in 2 Fällen sympathische Iritis.

In **Warschawskijs** [7]) Arbeit finden wir folgende Angaben: von 2108 Kranken im Augenambulatorium des Gewerbehospitals im Jahre 1899 waren 602, d. h. 28,5 pCt. mit Augenverletzungen. Im Jahre 1900 kamen auf 2007 Kranke — 538 Verletzungen, d. h. 27,3 pCt. Verwundungen durch Splitter waren im Jahre 1899 — 441 mal von 602 Fällen, d. h. bei 73 pCt. aller Verletzungen; im Jahre 1900 — 337 mal von 538 Fällen, wobei der Splitter nur 11 mal ins Auge drang. Die Verletzungen hatten folgenden Ausgang: 496 Kranke, d. h. 90 pCt., wurden als vollkommen geheilt entlassen, bei 56 Kranken (10 pCt.) erlitt die Sehschärfe eine Einbusse, davon in 21 Fällen (37,5 pCt.) guter Visus (über 0,1), in 15 Fällen (26,8 pCt.) — Erhaltung der Form des Auges, in 20 Fällen (35,7 pCt.) — Verlust des Auges. Der günstige Ausgang bei der ersten Gruppe lässt sich dadurch erklären, dass es grösstenteils Verwundungen leichterer Art waren: Fremdkörper der Cornea, Infiltrate und Wunden, also keine schweren Verletzungen.

Siegrist [8]) beobachtete im Laufe der Jahre 1904—1905 in der Berner Augenklinik 225 Fälle schwerer Verletzungen. In 64 dieser Fälle wurde die Enucleation ausgeführt, das Auge erblindete in 15 Fällen; die Sehschärfe blieb befriedigend in 146 Fällen.

1908 erschien die Arbeit **Lissizyns** [9]) «Art und Häufigkeit der Augenverletzungen bei Eisenbahnangestellten». Die über die Augenverletzungen bei den Angestellten der Moskau-Kasaner Eisenbahn gemachten Beobachtungen umfassen eine 5-jährige Periode von 1900—1904 incl. Im Ganzen wurden 8555 Verletzungen registriert; davon 1146 Augenverletzungen, d. h. 13,4 pCt. Im Jahre 1900 betrugen die Augenverletzungen 13,9 pCt.; im Jahre 1901 — 13,8 pCt., im Jahre 1902 — 13,5 pCt., im Jahre 1903 — 13,3 pCt., im Jahre 1904 — 12,6 pCt. Die Verletzungen liessen sich in folgende Gruppen einteilen: 1) Fremdkörper der Cornea und der Conjunctiva; 2) leichte Contusionen und Verwundungen der Augen und der Orbitalgegend; 3) Oberflächliche Ulcera und Erosionen der Cornea; 4) Verbrennungen der Augen und der Orbitalgegend; 5) Entzündungen der Conjunctiva, der Iris und der Cornea infolge von Traumen; 6) schwere Verwundungen und Verletzungen des Auges. Den grössten Procentsatz der Verletzungen liefert die Arbeit in den Werkstätten, ferner der Remontedienst. Nachdem der Verfasser die Literaturangaben über diesen Gegenstand citiert hat, verweilt er bei den prophylaktischen Massregeln, insbesondere bei den Vorrichtungen zum Zweck des Augenschutzes in den Werkstätten. Zum Schluss berührt Autor die Frage von der Erwerbsfähigkeit und ihrer Bestimmung.

Ich gehe nun zu meinen eigenen Daten über:

Im Laufe der Jahre 1902—1906 incl. passierten 6581 Kranke die stationären Abteilungen der St. Petersburger Augenheilanstalt; von diesen hatten 928, d. h. 14,1 %, Augenverletzungen aufzuweisen. Diese Ziffer ist etwas höher als diejenige der vorhergehenden 5-jährigen Periode: in **Karnizkijs** Dissertation ist dieselbe mit 12,16 % angegeben.

Weiter führe ich vergleichende Tabellen für alle vier Perioden: 1886—1891, 1892—1896, 1897—1901 und 1902—1906 an:

Die Gesamtzahl der Augenverletzungen verteilt sich folgendermassen auf die einzelnen Jahre:

Tabelle I.
Männerstation.

Jahre	Zahl der Kranken	Zahl der Verletzten	%
1886	716	68	9.5
1887	646	61	9.2
1888	654	55	8,4
1889	590	53	9,0
1890	686	66	9.6
1891	573	70	12,2
1892	607	61	10,0
1893	594	95	15,9
1894	581	82	14,1
1895	715	99	13,8
1896	625	121	19.6
1897	533	86	16,1
1898	655	116	17.7
1899	632	146	23,2
1900	751	157	21,0
1901	717	142	19.9
1902	851	180	21,18
1903	695	171	24,6
1904	783	170	21,7
1905	693	150	21,6
1906	803	193	24,0
	14018	2342	16.6

Tabelle II.
Frauenstation.

Jahre	Zahl der Kranken	Zahl der Verletzten	%
1886	538	4	0,7
1887	525	4	0,7
1888	567	8	1,4
1889	544	9	1.6
1890	526	7	1,3
1891	479	5	1,0
1892	468	8	1.7
1893	422	3	0,7
1894	527	6	1.1
1895	506	7	1,3
1896	376	6	1.6
1897	408	7	1.7
1898	412	6	1,4
1899	487	7	1.4
1900	528	17	3,2
1901	549	6	1,1
1902	546	10	1,8
1903	569	9	1,5
1904	539	11	2,0
1905	530	14	2,6
1906	572	20	3,6
	10618	174	1,6
	24636	2516	10,2

Die angeführten Angaben zeigen uns, dass die Anzahl der Verletzungen in der Männerabteilung diejenige in der Frauenabteilung etwa um das 10-fache übertrifft; das erklärt sich natürlich daraus, dass auf Fabriken und Werken bedeutend mehr Männer als Frauen angestellt sind. Aus den Krankengeschichten ist ersichtlich, dass 80,9% aller Verletzungen während der Arbeit erfolgen. Die meisten Autoren schätzen die Arbeitsverletzungen auf 70%, Karnizkij — auf 69,5%).

Tabelle III.

Verteilung der Verletzten nach dem Alter.

Alter von / bis	Blessig 1886—1891 Zahl der Kranken	%	Kanzel 1892—1896 Zahl der Kranken	%	Karnizkij 1897—1901 Zahl der Kranken	%	Kanzel 1902—1906 Zahl der Kranken	%	Zahl der Kranken	%
1—10	32	7,9	37	7,6	44	6,4	80	8,6	193	7,7
10—15	44	10,7	35	7,2	46	6,6	61	6,5	186	7,3
15—20	71	17,4	87	17,8	124	17,9	151	16,4	433	17,3
20—30	116	28,3	180	36,9	268	38,8	325	34,9	889	35,3
30—40	88	21,4	103	21,1	150	21,8	203	21,9	544	21,7
40—50	37	9,0	35	7,2	51	7,4	78	8,5	201	7,9
50—60	17	4,1	9	1,8	6	0,9	24	2,5	56	2,2
60—70 und über	5	1,2	2	0,4	1	0,2	6	0,6	14	0,6
	410	100	488	100	690	100	928	100	2516	100

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass die meisten Verletzungen auf das Jahrzehnt von 20—30 Jahren entfallen, und zwar 34,9 % (in der Periode 1902—1906 bei Karnizkij — 38,9 %). Auf das Alter von 15 bis 40 Jahren kammen im Ganzen 73,2 %, was sich natürlich durch den Umstand erklären lässt, das nur kräftige und gesunde Leute an den Fabriken und Werken Arbeit erhalten, besonders jetzt, wo sie bei der Annahme sorgfaltiger untersucht und strenger sortiert werden. Die älteren Leute bleiben im Dorfe, wo sie die Feldarbeit zu verrichten haben.

Was die Häufigkeit der Verletzungen des linken resp. rechten Auges betrifft, so weicht mein Befund stark von den Angaben Karnizkijs ab. Dieser weist nämlich darauf hin, dass auf den Eisenwalzwerken, den Schiffswerften und mechanischen Werken das linke Auge etwas häufiger verwundet wird als das rechte; und da in Petersburg die meisten Werke zu einer der obengenannten Categorien gehören, finden wir auch tatsächlich den Daten der Jahre 1897- 1901 incl. zufolge, dass das linke Auge 357 mal verwundet wurde, d. h. in 51,7 %; das rechte Auge — 312 mal, d. h. in 45,2 %; beide Augen — 21 mal, d. h. in 3,1 %. Die Krankengeschichten der darauffolgenden 5 Jahre ergaben andere Ziffern: das rechte Auge wurde hier 464 mal (50 %) verletzt, das linke Auge — 438 mal (47,1 %) und beide Augen — 26 mal (2,9 %); dieser Unterschied ist schwer zu erklären. Vielleicht übrigens lässt er sich dahin auslegen, dass in den Jahren 1905—1906 viele Schiffswerften, Eisenwalz- und andere Werke geschlossen und die Zahl der Arbeiter bedeutend herabgesetzt wurde.

Nach der Art ihrer Entstehung geben die Verletzungen uns folgende Gruppen:

I. Verwundungen durch schneidende und stechende Gegenstände.
II. Verwundungen durch Fremdkörper.
III. Verletzungen durch stumpfe Gewalt (Rupturen).
IV. Contusionen (ohne Continuitätstrennung).
V. Verletzungen durch federnde Zeitungshalter.
VI. Verbrennungen und Verätzungen.
VII. Verletzungen durch Explosion.
VIII. Schussverletzungen.

Die Verteilung der Verletzungen auf diese verschiedenen Gruppen ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Tabelle IV.

Häufigkeit der verschiedenen Verletzungsarten.

	Blessig 1886—1891 Fälle	%	Kanzel 1892—1896 Fälle	%	Karnizkij 1897—1901 Fälle	%	Kanzel 1902—1906 Fälle	%	Fälle	%
Verletzungen durch schneidende und stechende Gegenstände	63	15,4	59	12,1	108	15,6	131	14,1	364	14,3
Verwundungen durch Fremdkörper	222	54,1	272	55,7	416	60,2	480	51,7	1390	55,4
Verletzungen durch stumpfe Gewalt	65	15,7	53	10,8	63	9,1	150	16,1	331	12,8
Verletzungen durch federnde Zeitungshalter	—	—	2	0,4	7	1,1	14	1,5	23	1,0
Verbrennungen u. Verätzungen	42	10,3	74	15,1	78	11,3	88	9,6	282	11,5
Verletzungen durch Explosion	11	2,7	21	4,3	6	0,9	34	3,7	72	2,9
Schussverletzungen	7	1,8	3	0,6	5	0,7	15	1,6	30	1,1
Unbekannte Ursachen	—	—	4	0,9	7	1,1	13	1,4	24	1,1
	410	100	488	100	690	100	928	100	2516	100

80,9 % dieser Verletzungen entstanden während der Arbeit, und zwar waren die Verletzten 665 mal Arbeiter von Fabriken, Werken und Werkstätten.

Aus dieser Zusammenstellung ist ersichtlich, dass die Anzahl der Verletzungen durch Fremdkörper in meiner Stastistik die Mitte hält zwischen den von Blessig und den von Karnizkij gegebenen Zahlen. Die allgemeine Zunahme des Gewerbes und der Technik veranlasste das häufigere Vorkommen solcher Verletzungen, während andererseits die Krisis der Jahre 1905 und 1906, die damit zusammenhängende Einschränkung der Arbeiterzahl in Werken und Fabriken und die Streiks eine Verminderung der durch Fremdkörper entstandenen Verletzungen zur Folge hatten.

Das Vorhandensein des Fremdkörpers im Auge konnte unter 480 Fällen 155 mal nachgewiesen werden; das macht 16,7 % aller Verletzungen und 32,2 % der Verletzungen durch Fremdkörper. In 145 Fällen waren es Eisen- oder Stahlsplitter, in 4 Fällen — Messingsplitter, 2 mal — Schrotkörner, 2 mal — Pistons, 1 Holzsplitter und 1 Glassplitter. Das Gewicht der Splitter schwankte zwischen 0,0005 grm. und 3,2 grm.

Tabelle V.

Verteilung der Verletzungen auf die einzelnen Teile des Auges *).

	Blessig 1886—1891	Kanzel 1892—1896	Karnizkij 1897—1901	Kanzel 1902—1906	Gesamtzahl
Combustio conjunctivae	39	68	74	115	296
Vulnus sclerae perforans	86	115	105	86	392
Combustio corneae	35	62	65	102	264
Vulnus corneae perforans	209	338	469	644	1660
Prolapsus iridis	90	85	227	244	646
Cataracta traumatica	180	182	157	317	836
Contusio bulbi	26	19	33	79	157
Combustio palpebrarum	20	37	50	72	179
Vulnus palpebrae	19	24	11	19	73
	704	930	1191	1678	4503

Tabelle VI.

Verteilung der Fremdkörper auf die einzelnen Teile des Auges.

	Blessig 1886—1891	Kanzel 1892—1896	Karnizkij 1897—1901	Kanzel 1902—1906
Orbita	1	—	1	2
Conjunctivalsack	1	—	2	—
Cornea	7	7	11	13
vordere Kammer	5	15	8	8
Iris	1	3	14	11
Linse	6	6	10	7
Glaskörper	?	18	91	113
Sclera	—	2	3	1
	?	49	140	115

Ein Vergleich der angeführten Ziffern untereinander lässt die stetige Zunahme der in der Augenheilanstalt bei Verletzungen ausgeführten Operationen erkennen. Die geringere Anzahl der Iridectomien und der Extractionen traumatischer Cataracten lässst sich durch strengere Auswahl der Fälle und durch dem Umstand erklären, dass die Operation der traumatischen Cataracte öfter aufgeschoben wurde.

In der 5-jährigen Periode 1902—1906 wurde die Enucleation resp. Evisceration verletzter Augen bedeutend häufiger ausgeführt, was sich zum Teil daraus er-

*) Hier ist jede Verletzung eines jeden einzelnen Teiles des Auges gezählt. Da im einzelnen Fall mehrere Teile gleichzeitig betroffen sein können, so übertrifft natürlich hier die Gesamtzahl der Verletzungen die Zahl der in Betracht kommenden Fälle.

Tabelle VII.

An den verletzten Augen ausgeführte Operationen.

	Blessig 1886—1891	Kanzel 1892—1896	Karnizkij 1897—1902	Kanzel 1902—1906	Gesamtzahl
Suturen der Conjunctiva	2	2	10	18	32
» » Lider	3	5	8	12	28
Extraction v. Fremdkörpern aus der Sclera	—	2	5	1	8
» » Cornea	3	7	8	10	28
» » Vorderkammer	2	15	8	8	33
» » Iris	1	3	14	11	29
» » Linse	6	6	8	7	27
» dem Glaskörper	4	18	80	108	210
Abrasio iridis, corporis vitrei u. s. w.	82	72	177	211	542
Iridectomia	22	24	92	59	197
Extractio cataractae traumat.	76	73	134	125	408
Enucleatio bulbi	32	23	9	34	98
Evisceratio bulbi	10	14	23	29	76
	243	264	576	633	1716

Tabelle VIII.

Ausgänge aller Verletzungen.

	Blessig 1886—1891		Kanzel 1892—1896		Karnizkij 1897—1901		Kanzel 1902—1906			
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Auge verloren	121	29,5	108	22,1	137	19,0	140	15,0	506	20.1
Auge erhalten mit:										
V = 0 — Fingerzählen < 1 m.	67	16,3	125	25,7	190	27,5	263	27.4	645	25,5
V = Fingerzählen 1 m. — < 0,1	51	12,4	76	15,6	85	12,4	124	13,4	336	13,4
V = 0,1—0,5	92	22,7	121	24,9	165	23,9	216	23,2	594	23,5
V = 0,5—1,0	40	9,6	43	8,6	97	14,0	144	15,6	324	12,8
Ausgang unbekannt	39	9,5	15	3,1	16	2,4	51	5,4	121	4,7
	410	100	288	100	690	100	928	100	2516	100

klärt, dass diese Operation dem Verletzten immer dringender angeraten wird, sobald Anzeichen einer chronischen Entzündung des Uvealtractus und damit die Gefahren einer sympathischen Entzündung des anderen Auges vorliegen. Der Unterschied in der Anzahl der Eviscerationen bei mir (29 mal) und bei Karnitzky (23 mal) ist unbedeutend, der grösseren Anzahl von Patienten entsprechend. Die Gesamtzahl der operativ (durch Enucleation oder Evisceration) entfernten Augen war mithin in den letzten 5 Jahren bedeutend grösser als im vorhergehenden gleichen Zeitraum.

Ausgang der Verletzungen.

Die nachstehenden 2 Tabellen betreffen: die eine — sämtliche Augenverletzungen, die andere — perforierende Wunden der Sclera und Cornea.

Tabelle IX. Ausgänge der perforierenden Wunden.

	Blessig 1886—1891		Kanzel 1892—1896		Karnizkij 1897—1901		Kanzel 1902—1906			
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Auge verloren	83	28,1	100	26,0	128	22,6	127	17,7	438	24,0
Auge erhalten mit:										
V = 0 — Fingerzählen < 1 m.	63	20,9	109	28,5	175	30,8	205	28,6	552	30,2
V = Fingerzählen 1 m. — < 0,1	48	16,9	53	14,8	76	13,4	90	13,5	267	15,1
V = 0,1—0,5	60	20,7	80	21,0	118	20,6	155	21,7	413	22,6
V = 0,5—1,0	14	5,0	30	7,6	61	10,7	83	11,6	188	10,3
Ausgang unbekannt	19	6,6	8	2,1	11	1,9	50	9,6	88	5,4
	287	100	380	100	441	100	717	100	1825	100

Ich gehe jetzt zu einer Uebersicht der einzelnen Gruppen von Verletzungen meines Materials für die Jahre 1902—1906 incl. über. Dabei vereinige ich der Uebersichtlichkeit halber zunächst die ersten 3 Gruppen, die von Blessig und Karnizkij gesondert bearbeitet sind: I—III Perforierende Wunden durch Schnitt und Stich, durch Fremdkörper und durch stumpfe Gewalt (Rupturen) und zwar:

I. Perforierende Wunden der Cornea (resp. der corneo-scleralen Grenze) ohne Verletzung der Linse.

II. Perforierende Wunden der Cornea (resp. der corneo-scleralen Grenze) mit Verletzung der Linse.

III. Perforierende Wunden der Sclera.

Tabelle X. Complicationen der perforierenden Wunden.

	Prolapsus iridis	Prolapsus corporis vitrei.	Prolapsus corporis ciliaris.	Hyphaema.	Haemophthalmus.	Hypopyon.	Iritis gelatinosa.	Iritis suppurativa.	Panophthalmitis.	Iridocyclitis traum.	Luxatio lentis.	Iridodyalisis.	Ablatio retinae	Glaucoma secundarium	Cataracta traum.
I. Perforierende Wunden der Cornea resp. der corneoscleralen Grenze ohne Verletzungen der Linse.															
1. Verwundungen durch Fremdkörper (231 Fälle)	78	12	1	6	11	11	—	12	10	5	2	4	1	—	—
2. » schneidende und stechende Gegenstände (60 Fälle)	23	3	—	6	12	1	1	4	4	3	—	—	—	—	—
3. Verwundungen durch stumpfe Gewalt (55 Fälle)	23	6	—	7	10	4	—	2	6	1	2	3	1	1	—
4. Unbekannte Ursachen (8 Fälle)	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
II. Perforierende Wunden der Cornea resp. der corneoscleralen Grenze mit Verletzung der Linse.															
1. Verletzungen durch Fremdkörper (190 Fälle)	50	9	1	8	7	2	2	14	8	4	—	7	1	3	—
2. » schneidende und stechende Gegenstände (56 Fälle)	19	1	—	2	3	—	1	2	5	2	—	—	—	1	—
3. Verletzungen durch stumpfe Gewalt (34 Fälle)	13	1	—	6	7	4	—	2	8	2	—	—	—	—	—
4. Unbekannte Ursachen (4 Fälle)	2	—	—	1	2	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
III. Perforierende Wunden der Sclera.															
1. Verletzungen durch Fremdkörper (59 Fälle)	9	15	1	8	22	—	—	4	5	4	1	—	4	1	6
2. » schneidende und stechende Gegenstände (6 Fälle)	1	3	—	2	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
3. Verletzungen durch stumpfe Gewalt	5	3	—	3	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
4. Unbekannte Ursachen.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Die verhältnismässig grosse Auzahl von Fällen mit unbekanntem Ausgang bezieht sich fast ausschliesslich auf Kinder bis zu 5 Jahren.

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass Verlust des Auges am häufigsten bei perforierenden Wunden der corneo-scleralen Grenze mit Verletzung der Linse beobachtet wird, und zwar in 20,4 %.

In dieser Gruppe finden wir häufig den Ausgang: Visus = Fingerzählen auf <1 Meter, wobei noch in der Folge zu operierende traumat. Cataract bestand, mithin von einer Operation noch eine Besserung der Sehschärfe zu erwarten war.

Die besten Resultate im Sinne der Erhaltung des Sehvermögens wurden bei Wunden der corneo-scleralen Grenze ohne Verletzung der Linse erzielt, und zwar blieb die Sehschärfe bei 44,3 % aller Fälle (also beinahe bei der Hälfte) über 0,1 erhalten.

Im Allgemeinen muss man auf Grund dieser Tabelle sich dahin aussprechen, dass die Verwundungen durch stumpfe Gewalt die schlechtesten Resultate in Bezug auf Erhaltung des Sehvermögens liefern. Wenn wir unsere Resultate im Sinne des Ausganges der Verletzungen mit denjenigen von Karnizkij vergleichen, so

Tabelle XI. Operationen bei perforierenden Wunden.

	Abrasio prolapsus iridis.	Abrasio corporis vitrei.	Iridectomia.	Extractio catar. traumat.	Discissio catarract. secund.	Iridotomia.	Evisceratio.	Enucleatio.	Naht der Conjunctiva.	Naht des Lides.	Naht nach Kalt.
I. Perforierende Wunden der Cornea resp. der corneo-scleralen Grenze ohne Verletzung der Linse.											
1. Verletzungen durch Fremdkörper	72	11	6	—	—	—	6	12	9	5	1
2. » » schneidende u. stechende Gegenstände	22	3	—	—	—	—	5	3	2	3	—
3. » » stumpfe Gewalt	22	4	2	—	—	—	3	3	1	5	—
4. Unbekannte Ursachen	4	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
II. Perforierende Wunden der Cornea resp. der corneo-scleralen Grenze mit Verletzung der Linse.											
1. Verletzungen durch Fremdkörper	49	7	23	78	4	—	6	4	2	2	—
2. » » schneidende u. stechende Gegenstände	17	1	11	20	1	1	1	—	—	—	—
3. » » stumpfe Gewalt	12	—	1	11	—	—	4	2	—	—	—
4. Unbekannte Ursachen	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
III. Perforierende Wunden der Sclera.											
1. Verletzungen durch Fremdkörper	9	10	—	5	—	—	2	—	4	3	—
2. » » schneidende u. stechende Gegenstände	1	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—
3. » » stumpfe Gewalt	5	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—
4. Unbekannte Ursachen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tabelle XII. Ausgänge der perforierenden Wunden.

	Auge verloren.			Auge erhalten mit Sehvermögen.				
	Iridochorioiditis acuta purulenta (Panophthalmia).	Iridocyclitis chronica plastica.	Phthisis bulbi simplex.	0 — Fingerzählen < 1 m.	Fingerzählen 1 m. — < 1,0.	0,1 — 0,5.	0,5 — 1,0.	Ausgang unbekannt.
I. Perforierende Wunden der Cornea resp. der corneo-scleralen Grenze ohne Verletzungen der Linse.								
1. Verletzungen durch Fremdkörper	6	12	12	44	24	81	47	6
2. » » schneidende u. stechende Gegenstände	4	4	2	20	2	8	7	12
3. » » stumpfe Gewalt	6	2	7	14	4	9	4	9
4. Unbekannte Ursachen	—	—	2	1	1	2	1	1
		57 15,9		79 22,3	31 8,8	100 28,2	59 16,1	28 8,7%
II. Perforierende Wunden der Cornea resp. der corneo-scleralen Grenze mit Verletzung der Linse.								
1. Verletzungen durch Fremdkörper	10	7	22	76	35	28	8	5
2. » » schneidende u. stechende Gegenstände	1	2	5	16	15	5	3	9
3. » » stumpfe Gewalt	3	2	5	6	8	2	1	7
4. Unbekannte Ursachen	1	—	—	1	—	—	1	1
		58 20,4		— 34,7	58 20,4	35 12,3	13 4,5	22 7,7%
III. Perforierende Wunden der Sclera.								
1. Verletzungen durch Fremdkörper	2	2	4	22	5	14	10	—
2. » » schneidende u. stechende Gegenstände	1	—	—	1	1	2	1	—
3. » » stumpfe Gewalt	—	—	3	4	1	4	—	—
4. Unbekannte Ursachen	—	—	—	—	1	—	—	—
		12 15,3		27 34,7	8 10,2	20 25,6	11 14,2	— %

sehen wir, dass nach meinen Daten in allen drei Gruppen der vollständige Verlust des Auges seltener ist als bei Karnizkij; und zwar betrug derselbe bei ihm in der I. Gruppe 23 %, bei mir 15,9 %, in der II. Gruppe bei Karnizkij 22,1 % bei mir 20,4 %, in der III. Gruppe bei Karnizkij 22,7 %, bei mir 15,3 %.

Gute Sehschärfe, d. h. 0,1—1,0 war in den beiden ersten Gruppen bei Karnizkij, in der III. Gruppe dagegen bei mir etwas häufiger.

	Karnizkij.	Kanzel.
I. Gruppe	47,8 %	44,3 %
II. „	18,0 %	16,8 %
III. „	30,7 %	39,8 %

Contusionen.

Im Laufe der Jahre 1902—1903 incl. traten 61 Kranke mit Contusionen, davon 4 Frauen und 57 Männer, in die stationären Abteilungen ein; diese Ziffer übersteigt um das Doppelte die der entsprechenden Gruppe in der vorhergehenden 5-jährigen Periode (1897—1901) die bei Karnizkij 30 Fälle ergab. Dieses Plus lässt sich zum Teil gewiss dem Ueberhandnehmen des sogenannten „Hooligan"-(Rowdy-)Wesens in Petersburg zuschreiben.

Verursacht waren die Contusionen durch:

Eisenstück	17 mal
Bleistück	1 „
Steinstück	2 „
Holzstück	3 „

Holzsplitter (beim Holzhauen)	5	mal
Stockschlag	8	„
Faustschlag	6	„
Peitschenhieb	2	„
Knutenhieb (Nagaika)	2	„
Pferdehuf	3	„
Draht	2	„
Riemen	1	„
Brecheisen	1	„
Pferdeschwanz	1	„
Weberschiffchen	1	„
Propfen.	1	„
Metallkugel	1	„
Schaufel	1	„
Knopf	1	„
Fall	1	„
Stoss	1	„
In Summa	61	Fälle

Die Contusionen waren sehr häufig von Blutergüssen in verschiedene Teile des Auges begleitet; und zwar konnten wir Hyphaema 10 mal, Haemophthalmus 14 mal, Bluterguss in die Netzhaut. 1 mal constatieren; Risse der Regenbogenhaut traten 4 mal auf, 2 mal — Risse der Aderhaut, 2 mal — Netzhautablösung. Dislocation der Linse in die Vorderkammer sahen wir 7 mal, in den Glaskörper — 2 mal. Subluxation der Linse wurde 8 mal beobachtet. Traumatische Cataract trat 7 mal auf. Einmal sahen wir eine Ruptur des Sehnervs, und bei einem Kranken waren durch einen Schlag mit dem Pferdehuf beide Sehnerven ausgerissen. (Evulsio nervi optici. s. die Mitteilung von Dr. Gagarin. Westnik Oftalmologii, Bd. XXI, S. 4). Extraction der Linse aus der Vorderkammer wurde 5 mal ausgeführt, Extraction einer traumat. Cataract auch 5 mal.

Der Ausgang der Contusionen war folgender:

A. Der Augapfel ging zu Grunde in 2 Fällen (1 Phthisis und 1 Evisceration).

B. Der Augapfel blieb erhalten mit:

V = 0 — Fingerzählen <1 M. in	19	Fällen
V = Fingerzählen in 1 M. bis <0,1 in	8	„
V = 0,1—0,5	21	„
V = 05,—1,0	11	„
Ausgang unbekannt	2	„
In Summa	63	Fälle

Wir entliessen also 52 % aller Verletzten mit guter Sehschärfe, was eine kleinere Ziffer ergibt als diejenige, die Karnizkij erhielt, nämlich 62,5 %. Zu Grunde gingen nur 3,1 %, d. h. 2 Augen von 63, bei Karnizkij dagegen — 2 Augen von 30 (= 6,6 %).

Verletzungen durch federnde Zeitungshalter.

Solcher Verletzungen gab es in dem verflossenen Zeitraum 14, von denen 10 schon in einem von Dr. Blessig [11]) am 22. April 1904 in der St. Petersb. Ophthalmol. Ges. gehaltenen Vortrag mitgeteilt sind. (Westnik Oftalmol. 1904, S. 598).

Wenn wir alle diese 14 Fälle betrachten, so müssen wir constatieren, dass die Verletzungen dieser Art meist sehr schwere sind und ihr Ausgang ein recht schlechter ist, da die gegen das Auge schnellende Feder eine grosse Kraft entwickelt und intraoculare Blutergüsse veranlasst, die eine bedeutende Herabsetzung der Sehschärfe nach sich ziehen.

10 mal wurde traumatische Cataract und 10 mal unter 14 Fällen Vorfall der Regenbogenhaut oder deren Einklemmung beobachtet. Haemophthalmus und Hyphaema fanden sich beinahe in allen diesen Fällen.

Die so gesetzten Verletzungen konnten folgendermassen eingeteilt werden:

Vulnus perforans corneae	4	Fälle
„ „ „ cum cataracta traum.	8	„
„ „ sclerae	1	Fall
„ „ corneae et sclerae	1	„

Ausgang:

V = 0 — Fingerzählen in <1 M. in	11	Fällen
V = 0 — Fingerzählen in 1 M bis <0,1	1	Fall
V = 0,1—0,5	1	„
V = 0,5—1,0	1	„

Es muss erwähnt werden, dass in der angegebenen Sitzung der St. Petersb. Ophthalmolog. Gesellschaft die Forderung gestellt wurde, solche federnde Zeitungshalter aus dem Gebrauch zu ziehen und diese Forderung sowohl der „Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit", als auch dem St. Petersburger Medicinalinspector übermittelt wurde. Wie es scheint, blieb dieses resultatlos, denn es wurden auch weiterhin durch Zeitungsfedern entstandene Verletzungen beobachtet, und zwar am häufigsten im Jahre 1907.

Verbrennungen und Verätzungen.

In den Jahren 1902—1906 wurden in den stationären Abteilungen 88 Kranke mit Verbrennungen resp. Verätzungen behandelt, d. h. 9,6 %. Meistens waren sie bei Arbeiten auf Bauten (Kalk), auf verschiedenen Fabriken (Gusseisen, Blei, Schlacke, Eisen, Stahl u. s. w.) geschehen, oder sie waren die Folge eines Zufalls oder eines Gewaltactes.

Die Verbrennungen und Verätzungen wurden hervorgerufen durch:

Flüssiges Gusseisen	15	Fälle
„ Blei	4	„
„ Zinn	4	„
„ Zink	1	Fall
„ Schlacke	1	„
heisses Eisen resp. Stahl	12	Fälle
„ Lötkorn	1	Fall
heisse Ofengabel	1	„
Kalk	20	Fälle
heisses kali chloricum	1	Fall
heisse Borsäure	1	„
Säuren	11	Fälle
heisse Suppe	1	Fall
heissen Kaffee	1	„
irgend eine Flüssigkeit	2	Fälle
Flamme	7	„
Dampf	2	„
Stinkspiritus	3	„
In Summa	88	Fälle

Das rechte Auge wurde 34 mal verbrannt resp. verätzt, das linke 29 mal — beide 25 mal; im Ganzen 113 Augen.

Die Brandwunden verteilten sich folgendermassen auf die verschiedenen Teile des Auges:

Brandwunden der Lider allein	6	Fälle
„ „ „ und der Bindehaut	20	„
„ „ „ der Bindehaut und der Cornea	44	„
„ „ Bindehaut und der Cornea	36	„
„ „ Cornea allein	7	„
In Summa	113	Fälle

Der Ausgang der Verbrennungen in Hinsicht des Sehvermögens muss im allgemeinen als ein günstiger anerkannt werden: in 26 Fällen von Brandwunden der Lider und der Bindehaut blieb die Sehschärfe vollkommen erhalten. In den übrigen 87 Fällen:

A. Das Auge ging zu Grunde — 1 mal (phthisis bulbi)

B. Der Augapfel blieb erhalten mit:

Visus = 0 — Fingerzählen in Entfernung <1 M.	13 mal
Visus = von Fingerzählen in 1 M. bis <0,1	8 „
Visus = 0,1—0,5	26 „
Visus = 0,5—1,0	38 „
Ausgang unbekannt	2 „
In Summa	87 Augen

Nur in einem Fall wurde eine Operation ausgeführt, und zwar eine Iridectomie; das lässt sich natürlich durch den Umstand erklären, dass man nach einer Verbrennung meist das Ende des Processes und die vollständige Vernarbung abwartet.

Wie wir sehen, blieb die Sehschärfe in einer bedeutenden Anzahl von Fällen gut, und dort, wo sie unter 0,1 betrug, wurde diese Verminderung der Sehschärfe ausschliesslich durch Bildung von Hornhauttrübungen, d. h. von Narben infolge der Brandwunden bedingt.

Verletzungen durch Explosionen

wurden in den stationären Abteilungen 34 mal beobachtet, was 9,8% der in unserer Arbeit besprochenen Unfälle ausmacht. Die Ursachen waren sehr verschiedenartig: auf dem ersten Plan stehen Verletzungen infolge von Pulverexplosion — 12 mal; dann Explosionen verschiedener Arten von Patronen — 16 Fälle, was besonders häufig im Laufe des Jahres 1906 und am Ende des Jahres 1905 vorkam, als während der Unruhen der Gebrauch von Schusswaffen, Patronen, Geschossen etc. weit verbreitet war.

Pulverexplosionen	12 Fälle.
Explosionen von kupfernen Dynamitpatronen, Piroxylinpatronen und verschiedenen Pistons	16 „
Bombenexplosion	1 Fall
Explosion eines Feuerwerkes	2 Fälle.
„ einer Benzinküche	1 Fall.
„ Generators eines Gasometers	1 „
Explosion einer Laterna magica	1 „
In Summa.	34 Fälle.

15 mal wurde das rechte Auge verletzt, 10 mal das linke, 9 mal — beide.

Die Verletzungen verteilten sich folgendermassen auf die einzelnen Teile des Auges:

Vulnus corneae et sclerae superficiale	6
„ „ „ perforans	15
Vulnus sclerae perforans	4
Contusio bulbi	3
Combustio conjunctivae et corneae	15
In Summa	43

Pulverteilchen wurden 6 mal in der Cornea, 8 mal in der Hornhaut und der Sclera, 1 mal in der Regenbogenhaut und 2 mal in der Bindehaut gefunden.

Es muss noch bemerkt werden, dass 3 mal Messingsplitter aus dem Auge entfernt wurden (Teilchen von Pistons und Patronen) und 2 mal ein Verdacht auf Vorhandensein derselben im Auge bestand, was freilich nicht bewiesen werden konnte, weil die Patienten auf die Enucleation resp. Evisceration des erblindeten Auges nicht eingingen.

Vorfall der Regenbogenhaut wurde 4 mal beobachtet, traumatische Cataract — 8 mal. Letztere wurde in 5 Fällen operiert.

Was den Ausgang anbetrifft, so war derselbe verhältnismässig günstig:

A. Das Auge ging zu Grunde in 4 Fällen (1 Enucleation, 2 Eviscerationen, 1 Phthisis).

B. Das Auge blieb erhalten mit:

Visus = 0 — bis Fingerzählen < 1 M.	9 Fälle
Visus = von Fingerzählen 1 M. bis < 0,1	8 „
Visus von 0,1—0,5	12 „
Visus von 0,5—1,0	9 „
Ausgang unbekannt	1 Fall
In Summa	43 Fälle

Ich führe hier einen interessanten Fall an, den zu beobachten ich Gelegenheit hatte.

N. A. 21 Jahre alt (Nr. 699, 1906). **Vulnus perforans corneae et sclerae. cicatrix palpebr. inferioris, panophthalmitis fere perfecta, cuprum in bulbo oc. sin.** Wurde am 16./X. 1906 durch eine explodierte Messingpatrone verwundet und in einem Eisenbahnhospital behandelt. Trat am 13./XI. 1906 bei uns ein. Es wurde eine 6 Cent. lange Narbe des Unterlides und Chemosis der Conjunctiva bulbi constatiert, letztere hing über die gerissene Cornea und verdeckte die Wundöffnung; wenn sie abgehoben wurde, konnte man eine weite, in die Augenhöhle mündende Risswunde erblicken. Linse und Glaskörper fehlten. Mit Hilfe einer Sonde konnte man im Inneren des Auges einen Metallkörper durchfühlen. Unter Cocain wurde die Extraction einer Messingplatte auf folgende Weise ausgeführt: die Falte der Conjunctiva wurde gehoben, und ein horizontaler Schnitt nach innen und nach aussen zu gemacht; beim Schnitt nach innen floss eine geringe Menge von Eiter aus einem begrenzten Eiterherd hervor. Darauf wurde die Conjunctiva abgelöst und aus der Augenhöhle eine 3,3 Ctm. lange, und 2,5 Ctm. breite Messingplatte entfernt, welche mit ihrem längsten Durchmesser quer im Auge mit der concaven Fläche nach vorn lag. 10 Tage darauf wurde eine plastische Operation des Unterlides ausgeführt. Am 2./XII. 1906 wurde der Kranke mit geheilter Wunde entlassen.

Nach 1½ Monaten erschien er wieder und es wurde ihm eine ausgezeichnet sitzende Prothese eingestellt.

Schussverletzungen.

In den zu besprechenden 5 Jahren hatten wir 15 solcher Verletzungen, was 1,6% aller Verletzungen ausmacht.

Das rechte Auge war 7 mal verletzt, das linke — 4 mal, und 4 mal — beide Augen.

Ursachen der Verletzungen:

Schrotschuss	6 Fälle
Revolverschuss	2 „
Flintenschuss	3 „
Blinder Schuss (Verwundungen durch einen Propfen oder durch Pulver)	3 „
Ricochettekugel	1 Fall
In Summa	15 Fälle

Gesetzte Verletzungen:

Vulnus perforans corneae cum catar. traum.	6
„ „ „ sine „ „	1
„ „ sclerae	3
„ superficiale corneae, corpora aliena in cornea	5
Contusio bulbi, catar. traum.	1
Evulsio nerv. opticorum	2
Vulnus laceratum palpebrae	1

Fremdkörper (Projectile resp. Patronenteile) in der Tiefe des Auges fanden sich 4 mal (1 mal mit Hilfe der Röntgen-Strahlen constatiert) und 1 mal in der Orbita (auch durch X-Strahlen erkannt). In der Cornea waren Fremdkörper 5 mal, in der Sclera — 1 mal.

In einem Fall wurden Gehirnerscheinungen (Gehirnerschütterung) beobachtet, 4 mal trat Haemophthalmus auf.

Die Enucleation wurde 2 mal ausgeführt.

Diese Verletzungen hatten folgenden Ausgang:

A. Das Auge ging zu Grunde (4 mal Enucleation, 1 mal phthisis bulbi). . . . . . 5 Fälle

B. Das Auge blieb erhalten mit:

V = 0 — Fingerzählen < 1 M.	6	„
V von Fingerzählen n. in 1 M. bis < 0,1	1	„
V = 0,1—0,5	2	„
V = 0,5—1,0	4	„
Ausgang unbekannt	1	„
In Summa	19	Fälle

Schlussfolgerungen.

Aus vorstehender Statistik ist folgendes zu ersehen:

1) Die Zahl der Verletzungen auf den stationären Abteilungen der Anstalt ergab in dem Zeitraum von 1902—1906 auf der männlichen Abteilung 22,6% aller Kranken, auf der weiblichen — nur 2,4%, auf den beiden Abteilungen zusammen — 14,4%. (Durchschnittlich in dem Zeitraum von 21 Jahren — entsprechend 16,6%; 1,6%; 10,2%).

2) Auf die Männer entfielen 81,3%, auf die Frauen— 3,4%, auf die Kinder (bis 15 Jahre) — 15,3% aller Verletzungen.

3) Das rechte Auge wurde etwas öfter verletzt als das linke, und zwar das rechte — in 50%, das linke— in 47,1%, beide — in 2,9%.

4) 80,9% aller Verletzungen waren bei der Arbeit erfolgt.

5) Die Mehrzahl der Verletzungen, und zwar 51,7%, wurde hervorgerufen durch Verwundungen mit Fremdkörpern, d. h. hauptsächlich mit Eisen-, Stahl- und Kupfersplittern (in dem Zeitraum von 21 Jahren durchschnittlich — in 55,4%).

6) Verwundungen durch Eisen- und Stahlsplitter mit Eindringen derselben ins Auge machten 15% aller Verletzungen aus.

7) Verlust des verletzten Auges trat ein in 15% aller Fälle von Verletzungen (in dem Zeitraum von 21 Jahren durchschnittlich — in 20,1%); voller Verlust des Sehvermögens mit Erhaltung des blinden Auges (V. von 0 bis Fingerzählen < 1 Meter) erfolgte in 27,4%, Herabsetzung des Sehvermögens bis < 0,1 — in 13,4%, gute Sehschärfe erhalten in 38,8%. Ausgang unbekannt in 5,4%. (Durchschnittlich in dem Zeitraum von 21 Jahren entsprechend 25,5% und 13,4%; Ausgang unbekannt in 4,7%).

8) Relativ schlechtere Resultate inbezug auf das Sehvermögen ergeben die Verwundungen durch stumpfe Gewalt, bessere — solche durch schneidende und stechende Gegenstände.

9) Relativ günstigere Ausgänge inbezug auf das Sehvermögen gaben perforierende Wunden der Cornea und Sclera **ohne** Verletzung der Linse, schlechtere — dieselben Wunden **mit** Verletzung der Linse.

Verzeichnis der seit 1902 erschienenen (statistischen) Literatur.

1) **Gelpke.** Aus meiner 15-jährigen augenärztlichen Tätigkeit. (Ueber perforierende Scleralwunden, ihre Behandlung und Prognose). Deutschmanns Beiträge zur praktischen Augenheilkunde. Bd. 52, nach Michel-Nagel Jahresberichte. 1902. S. 678. 2) **Schirmer.** Zur Diagnose, Prognose und Therapie der perforierenden inficierten Augapfelverletzungen. v. Graefes Arch. f. Ophthalm. LIII. S. 1. 1902. 3) **Мергель.** Поврежденія глазъ въ мастерскихъ Владикавказской жел. дороги. Медиц. Обозрѣніе 1902. № 2. Jahresbericht. 1902 S. 681. 4) **Hillemans.** Ueber Augenverletzungen und Augenschutz in der Eisen- und Stahlindustrie. Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. XLI. Bd. II. S. 301. 1903. 5) **Büscherdorff.** Ueber die Unfallverletzungen des Auges im Bergwerke. Inaug.-Dissert. Giessen. Jahresbericht. 1903. S. 707. 6) **Mohr.** Die Augenverletzungen im Kindesalter (ungarisch). Gyógyázsat. S. 640. Jahresber. 1905. S. 713. 7) **Варшавскій.** Къ статистикѣ профессіональныхъ поврежденій глазъ на нефтяныхъ промыслахъ. Вѣстникъ Офталмологіи. 1903. Стр. 351. 8) **Siegrist.** Die Verletzungen des Auges und ihre Behandlung. Correspond.-Blatt. f. Schweizer-Aerzte. 1906. Nr. 11. Jahresber. 1906. S. 657. 9) **Лисицынъ.** Характеръ и частота поврежденій глазъ у желѣзно-дорожныхъ служащихъ. Вѣстн. общ. Медиц. и Гигіены. Январь, Февраль. 1908. 10) **Wagenmann.** Verletzungen des Auges mit Berücksichtigung der Unfallversicherung. Graefe—Saemisch Handbuch der gesamten Augenheilkunde, Lieferung 130—134 und 178—182. Leipzig. 1908, 1909. (Ausführliche Literatur). 11) **Э. Блессигъ.** Поврежденія глазъ газетными пружинами. Вѣстн. Офт. 1904. Стр. 198. С.-Петерб. Офт. Общ. Апрѣль 1904.

Aus der chirurgischen Hospitalklinik an der Universität zu Charkow.
(Director Professor J. Ponskij).

Zur Frage über die Myositis ossificans traumatica nach Luxatio cubiti posterior.

Von
S. Rubaschew,
Assistenzarzt.

Die Entwickelung des Knochens in den Muskeln nimmt in der letzten Zeit das Interesse der Chirurgen mehr und mehr in Anspruch; die Fortschritte der Röntgentechnik, die den Fund des Knochens im Muskelgewebe möglich gemacht, haben nicht wenig dazu beigetragen. Die Myositis ossificans, die nach Trauma sich zeigt, also Myositis ossificans traumatica, ist schon kein seltenes klinisches Bild, als Nebenbefund tritt sie oft bei verschiedenen traumatischen Krankheiten des Knochen- und Muskelsystems auf. Aus dem Gesamtbegriffe der Myositis ossificans traumatica können schon einige Arten ausgeschieden werden, die sich nach Aetiologie, Verlauf und Prognose von einander unterscheiden und darum als verschiedene Formen derselben, Krankheit, betrachtet werden können. Einer ganz besonderen Aufmerksamkeit ist die Myositis, die sich im Musculus brachialis internus entwickelt, würdig. Diese Form der Myositis wurde erst in der neusten Zeit genauer beschrieben; die Zahl der Beobachtungen ist schon ziemlich gross, aber inbezug auf viele Fragen stimmen die Meinungen der Autoren nicht überein; auch viele wichtige Details sind noch unerklärt geblieben. Als Material zur Erläuterung einiger von diesen strittigen Fragen soll auch meine Arbeit dienen.

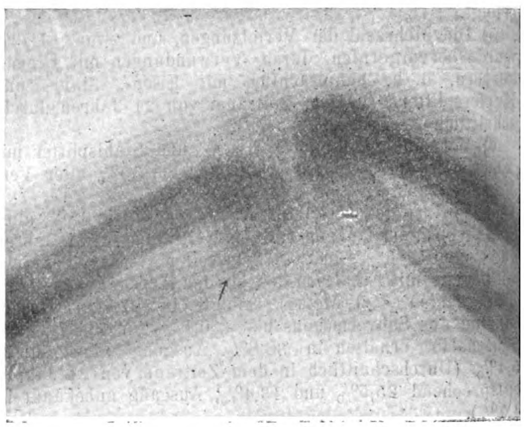
Kurz gefasst, lautet die Geschichte dieser Frage so. Die erste Beobachtung wurde im Jahre 1881 von Lemoyne gemacht; weitere Berichte folgten ihr (Ollier, Loison, Mysch), und erst im Jahre 1903 hat Machol den Zusammenhang zwischen der Myositis im Musc. brach. internus und der Luxatio cubiti posterior bewiesen. Auf Grund von 20 Fällen, die er genau beobachtete, kommt er zu dem Schlusse, dass nach Luxatio cubiti posterior im Musc. brachialis die Bildung eines Knochens in Form einer ossificierenden Myositis stattfindet. Diese Veränderungen im Muskel wurden durch Röntgenstrahlen festgestellt, denn alle anderen Untersuchungsmethoden erreichen das Ziel nicht. Machol behauptet, dass die Ossification sich nur in den Fällen entwickelt, wo der Luxation die Einrenkung folgte: im Gegenteil, wenn die Verrenkung ohne Behandlung bleibt, findet die Ossification nicht statt. Machol nimmt die traumatische Natur des Leidens als festgestellt an und gibt folgende Erklärung: die Verrenkung an und für sich genügt zur Knochenbildung nicht, wenn aber zum ersten Trauma noch ein anderes — die Einrenkung — hinzukommt, verändert sich die Lage, und die Myositis tritt ein. Die Grösse der Knochenneubildung variiert. In Fällen, wo die Einrenkung gleich der Luxation folgte, war die Ossification unbedeutend; wenn aber die Luxation schon veraltet war und die Einrenkung darum ein bedeutendes Trauma zur Folge hatte, waren die Knochenmassen viel grösser. Nach der Localisation und Grösse des neugebildeten Knochens unterscheidet Machol drei

Arten der Myositis, nämlich: in einigen Fällen ist die Hauptmasse des Knochens oberhalb der Condyli humeri auf dem Röntgenogramm sichtbar; in einer zweiten Reihe von Fällen liegt der Knochen im Bereiche der Articulatio selbst und in einer dritten Reihe von Fällen sieht man die Ossification schon in der Gegend des Vorderarmes. In allen diesen Fällen gibt die Hauptmasse Ausläufer in allen Richtungen. Auf den Röntgenogrammen basierend, weist Machol nach, dass der neugebildete Knochen nirgends mit dem unterliegenden Periost im Zusammenhang steht, also nicht vom Perioste ausgeht. Die Entwickelung des Knochens im Muskel wird erst 4—5 Wochen nach dem Trauma bemerkbar; ungefähr dieselbe Zeit braucht der Knochen um „reif" zu werden. Nach dieser Frist bleibt der Knochen stationär oder verschwindet allmählich. In klinischer Hinsicht äussert sich die Myositis durch leichte Schmerzen in der Ellbogenbeuge und Verschlechterung der Gelenkbewegungen. Bei Betastung ist nur eine kaum fühlbare Resistenz bemerkbar. Den Grund der Knochenentwickelung sieht Machol in dem innigen Zusammenhang zwischen dem Muskel und dem Gelenk. Einerseits leidet der Muskel nicht nur bei dem Trauma sondern auch bei der Reposition; andererseits ist beim Beginn der Bewegungen nach der Einrenkung der Musc. brachialis genötigt, infolge der speciellen Beziehung, in der er zur Gelenkkapsel steht, eine grössere Arbeit als früher zu vollbringen. Kein einziges Mal war Machol gezwungen, diese Form von Myositis operativ zu behandeln; warme Bäder und Massage führten zu den besten Resultaten, denn der Knochen hat selbst Neigung zu verschwinden. Frangenheim hat im März 1908 sechs analoge Fälle beschrieben, aber in diesen beobachtete er das Auftreten der Myositis ossificans nicht nur infolge einer Luxatio, sondern auch nach einfachem Stosse im Bereiche des Ellbogens. Der Inhalt seiner Arbeit gleicht fast dem der Arbeit Machols. Auf einige Abweichungen will ich gleich aufmerksam machen. Machol nimmt die Ossification im Musculus brachialis als Regel nur nach der Reposition an, ihr Ausbleiben aber als eine seltene Ausnahme. Also nach Machol ist die Myositis eine unbedingte Folge der reponierten Luxation; nach Frangenheim sind nur einzelne Fälle der Ellbogenverrenkung von Myositis begleitet. Machol erkennt die Myositisentwickelung bei alter, nicht reponierter Luxation nicht an; Frangenheim fand die Knochenbildung auch bei dieser. Machol, der bei seinen Beobachtungen nur Röntgenogramme gebrauchte, spricht von den Knochen nur im Muskelgewebe; Frangenheim entdeckte bei seinen Operationen die Knochenbildung auch in der Gelenkkapsel (2 Mal). Ihre Behandlungsmethoden sind auch verschieden: Frangenheim empfiehlt die operative Behandlung — Excision des Knochens; Machol hielt die Operation für überflüssig.

Tilmann berichtete in der Sitzung des ärztlichen Vereins zu Köln über Fälle von Myositis ossificans, die er nach Luxationen beobachtete, und nicht nur bei Ellbogenluxationen, sondern auch bei Schulter- und Hüftluxationen, wo der Process sich im m. coraco-brachialis, beziehungsweise in der Muskulatur der Hinterfläche des Hüftgelenkes abspielte. Wieviel Fälle Tilmann untersucht hat, weiss ich nach dem Referate in der Münch. med. Wochenschr. nicht anzugeben, denn die Zahl ist dort nicht angeführt. Die klinischen Erscheinungen weichen nach seiner Beschreibung von den obigen nicht ab; das Eintreten der Verknöcherung wird schon 2—3 Wochen nach der Luxatio bemerkbar; der Einfluss der Reposition auf die Entstehung der Myositis wird von Tilmann nirgends erwähnt. Er hat seine Fälle, sobald die Diagnose festgestellt war, operiert, und zwar mit gutem Resultat am Ellbogengelenke, mit schlechterem — am Schulter- und Hüftgelenke. Einen analogen Fall berichtet Böcker, wo die Myositis sich nach einer blutigen Reposition einer 2 Monate alten Ellbogenluxation entwickelte.

Jetzt will ich über meine eigenen Beobachtungen berichten. Die Krankengeschichten lauten in einigen Worten, wie folgt:

I. W. A., 46 Jahre alt, Tagelöhner, wurde in die Klinik an 29. März 1908 aufgenommen. Ein Trauma der rechten Ober extremität, das er bei der Explosion eines grossen eiserne Fasses bekommen hatte, wurde als Ellbogenluxation diagno sticiert. In Chloroformnarkose wurde die Reposition vermit telst Extension bewerkstelligt und ein starrer Verband ange legt. Nach einer Woche sollte der Kranke wieder in die Kli nik kommen. Er kam nach 6 Tagen mit der Angabe, er se auf die rechte Hand gefallen. Der Verband wurde abgenomme ein Röntgenogramm gemacht, und eine Reluxation nach hin ten und aussen constatiert. Den 10. April ein neuer Reposi tionsversuch, der ohne Erfolg blieb. Eine blutige Repositio wurde proponiert und erst Ende Juli ausgeführt. Vor de Operation, die in der Resection der Vorderarmknochen be stand, wurde eine Röntgenaufnahme des Ellbogengelenks ge macht. Der postoperative Verlauf war glatt. Die Bewegunge waren bis auf 60° möglich, als der Kranke entlassen wurd Ende August erschien er mit Klagen über Beschränkung de Bewegungen des Vorderarmes und Schmerzen in der Ellboge beuge. Auf dem Röntgenogramme liessen sich deutlich Knoche massen im Gebiete des Musc. brach. intern. unterscheiden.



Das letzte Röntgenogramm (s. Abbildung I) repräsentie ein Gebilde von unregelmässiger Form und bedeutender Gröss Das Negativ zeigt ganz klar die Unregelmässigkeit d Schattens im Gebilde: das intensiv gefärbte Centrum und d peripherischen Teile, die allmählich in das benachbarte Weic teilgewebe übergehen.

II. Gymnasiast B., 12 Jahre alt, erlitt ein Trauma des E bogens bei einem Fall. Bei der Aufnahme in die Klinik wur eine Luxation nach hinten und aussen festgestellt. Sofort na dem Eintritt wurde mit bestem Erfolge die Einrenkung g macht und ein Verband angelegt. Nach 2 Wochen Beginn d Bewegungen; 2 Wochen später Verschlechterung der Bew gungen und leichte Schmerzen in der Ellbogenbeuge. I Röntgenaufnahme zeigte eine Ossification im Musculus bra internus, die in jeder Hinsicht dem vorigen Falle ähnlich w Nach warmen Bädern verbesserte sich der Zustand, und 2 M nate später verschwand der Knochen fast ganz.

Die Röntgenaufnahme ist nicht angegeben, weil sie sich fa garnicht von dem Falle I unterscheidet.

III. Marie B., 36 Jahre alt, hatte sich im März 1909 ei Luxatio cubiti zugezogen, die nicht eingerenkt war. Der A blieb in gestreckter Lage, und die Bewegungen im Ellbog waren fast unmöglich. Im November 1909 kam sie in die K nik, wo eine Luxatio cubiti nach hinten und aussen diag sticiert wurde; die Röntgen-Aufnahme zeigte noch ausserd unterhalb des Humerus einen Schatten, der anders als ei Ossification im Musc. brachialis nicht erklärt werden kon Die Kranke verweigerte die blutige Reposition und wur entlassen. Das weitere Schicksal dieser Myositis ist uns un kannt geblieben.

Ausser diesen Fällen von Luxatio cubiti, wo ei Myositis sich entwickelte, haben wir noch folgende (oh Myositis) beobachtet:

IV. Odarka P., 42 Jahre alt, Bäuerin, erlitt vor 5 Monaten eine Luxatio cubiti nach hinten. Im Juni 1908 blutige Reposition nach Eiselsberg. Bei der Operation, die eine sorgfältige Besichtigung und Betastung des ganzen Gelenkes erforderte, konnte ich keine Spuren vom Knochen weder im Muskel, noch in der Gelenkkapsel finden.

V. Anna B., 36 Jahre alt, Luxatio cubiti posterior 3 Monate alt, wurde nicht eingerenkt. Das Röntgenogramm lässt keine Myositis entdecken.

VI. Iwan T., 29 Jahre alt. Im Mai 1908 Luxatio cubiti nach hinten, die nach Angabe des Kranken ausserhalb der Klinik in Narkose reponiert wurde. Im September röntgenographiert: Luxatio cubiti posterior besteht, keine Andeutung von Myositis.

Alle unsere Fälle lassen sich in zwei Gruppen teilen:

A. Einrenkung — angewendet: Fälle — I, II, VI.

B. Die Einrenkung blieb aus: Fälle — III, IV, V.

Die Myositis entwickelte sich in den Fällen I, II und III; also die An- oder Abwesenheit der Reposition kann als einflusslos für sie anerkannt werden. Andererseits sahen wir im Falle VI keine Ossification; auch fehlte sie in den Fällen IV und V, die irreponiert blieben. Wenn wir an die Fälle von Frangenheim und an den Umstand denken, dass nach einfachem Trauma eine Myositis ossificans im Musc. brachialis sich entwickeln kann, so wird uns die Meinung von Frangenheim richtiger als Machols Behauptungen erscheinen. Die Myositis also kann sich nach Luxatio cubiti entwickeln, kann auch ausbleiben, und die Reposition muss nur als ein begünstigendes Moment angesehen werden.

Der klinische Verlauf unserer Fälle war mit den geschilderten identisch. Bald nach Beginn der Bewegungen stellten sich leichte Schmerzen ein, und die Function des Gelenkes wurde schwieriger. Nur das Röntgenogramm kann die Myositis entdecken, darum muss es Regel für den Chirurgen werden, 3—4 Wochen nach jeder Luxatio cubiti das reponierte Gelenk zu röntgenographieren. Es ist gut begreiflich, dass man sich auch nach Luxationen anderer Gelenke solche Processe in den benachbarten Muskeln vorstellen kann; bisher fehlen dafür klinische Beweise, ausser Tilmanns Ausführungen, die oben erwähnt wurden. Die sorgfältige Durchsuchung der Luxationsfälle zu diesem Zweck wird ohne Zweifel von grossem Interesse sein.

Jetzt will ich in kurzen Worten die Frage erörtern, weshalb ein derartiger Process sich überhaupt entwickelt, und insbesondere im Musculus brachialis internus. Die Theorien sind zahlreich. In dieser Skizze kann ich aber auf alle Details nicht eingehen. Ich werde nur die Erklärungen, die über die Genese dieser Krankheit existieren, erwähnen. Die Einen nehmen als Ursache die mechanische Wirkung an. Beim Trauma werden unbedeutende Stückchen des Knochens abgebrochen und in das Muskelgewebe versetzt, oder der Muskel selbst reisst kleine Periostteilchen ab, und eben aus diesen bildet sich der Knochen. Dieser Meinung nach handelt es sich hier nicht um Myositis ossificans, sondern um ein Osteom im Muskel. Dieser Standpunkt wird von Orlow, Berthier, Berger und a. verteidigt. Auch die verbreitetsten Lehrbücher, wie z. B. das Handbuch der praktischen Chirurgie von Bergmann, Bruns und Mikulicz, schliessen sich diesen an. Aber viele klinische und experimentelle Forschungen lehren uns, dass der Knochen im Muskel sich auf dem Boden von entzündlichen Veränderungen entwickeln kann; das Gefässystem spielt bei diesem Ereignis eine grosse Rolle. Delorme behauptet, dass eine Periostabreissung durch den Muskelzug unmöglich sei; wenn die Periostteilchen ins Muskelgewebe eingebracht würden, müsste seiner Meinung nach ihre Vernichtung eher als eine Knochenbildung eintreten. Andererseits kann die Knochenbildung auch unabhängig vom Periost zum Vorschein kommen. Poschariskij und Trachtenberg beobachteten die Myositis ossificans nach Unterbindung der den Muskel ernährenden Gefässe, nach Adrenalininjectionen und s. w. Poschariskij zeigte ausserdem, dass der Knochen in jedem Organ sich entwickeln kann. Endlich ist es gelungen, auf anatomischen Präparaten von Myositis ossificans ihre volle Unabhängigkeit vom Perioste zu demonstrieren. Im selben Sinne äussert sich Rotschild in seiner Arbeit, der auf Grund eigener Beobachtungen und vieler Fälle aus der Literatur zu folgendem Schlusse kommt: nach Traumen kann im Muskel ein eigenartiger Process entstehen, den er ausführlich beschreibt, und der eine Knochenbildung zur Folge hat. Auch will ich einen interessanten Fall von Rubesch citieren, in dem das Periost zweifellos nicht im Spiele war: in der Narbe nach einer epigastrischen Hernienoperation entwickelte sich eine Knochenmasse; selbstverständlich kann in diesem Falle von Periost keine Rede sein. Also meiner Meinung nach muss der Streit über die Genese des Muskelknochens in dem Sinne entschieden werden, dass meistenteils die Knochenmassen sich auf dem Boden von entzündlichen Processen im Muskel entwickeln.

Die zweite Frage — über die besonders häufige Localisation im Musc. brachialis kann nur auf Grund klinischer Beobachtungen entschieden werden. Die Art des Trauma, das die Luxatio verursacht, kann nicht als belanglos angesehen werden. Drei Voraussetzungen sind möglich: die Luxation kann verursacht werden 1) durch indirecte Gewalt (Fall auf die Hand u. s. w.); 2) durch directe Gewalt, die auch den Muskel trifft, und 3) kann das Muskeltrauma ein zufälliges Moment in der Muskelschädigung sein. Auch das Repositionsverfahren, dem eine grosse Bedeutung zugeschrieben wird, kann verschiedene Formen annehmen, die wahrscheinlich auch verschiedene Resultate für den Muskel haben können: so — Extension, Hyperflexion, Hyperextension und andere Methoden. Ich muss auf die Tatsache aufmerksam machen, dass in unseren Fällen, wo sich die Myositis entwickelte, es sich um eine Luxation nach hinten und aussen handelte; es ist zweifellos, dass das Trauma hier notwendigerweise eine grössere Schädigung des Muskels verursachte. Alles dies sind auf den ersten Blick nur Kleinigkeiten, aber sorgsam studiert und gruppiert können sie von grossem Einfluss für die Aetiologie der Myositis ossificans sein; in diesen Factoren sehen wir die Ursache, weshalb sich der Knochen in dem einen Falle entwickelt, in dem anderen ausbleibt.

Der Beginn der Bewegungen ist von Machol als begünstigendes Moment für die Entstehung der Verknöcherung angesehen. In unserem ersten Falle haben wir das bestätigen können: nach der Luxation waren 3 Monate verstrichen ohne jegliche Spur von Myositis; 2 Monate nach der Operation, d. h. 5 Wochen nach Beginn der Bewegungen liess sich die Myositis schon sehen.

Was die Operation betrifft, so fanden wir sie in zwei von unseren Fällen überflüssig, denn der Ausgang war auch ohne dies gut. Rotschild empfiehlt, während des Stadiums der Entzündung nicht zu operieren; der Process muss schon abgeschlossen, der Knochen unlösbar sein, und erst dann ist die Operation angezeigt. Machol schreitet als Gegner der operativen Behandlung zur letzteren nur dann, wenn das conservative Verfahren, eine Zeitlang durchgeführt, ohne Erfolg bleibt.

Die Zahl unserer Beobachtungen ist allzu klein, um uns zu gestatten, unsere Eindrücke für die Entscheidung des Problems zu verwerten, aber mir scheint, dass die heutige Lage der Frage die Publication dieser kurzen casuistischen Bemerkungen rechtfertigt.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Prof. J. Penskij meinen innigsten Dank für die Ueberlassung des klinischen Materials aus.

Literatur.

1. Vulpius. Zur Kenntnis der intramusculären Knochenbildungen nach Trauma. Langenbecks Archiv. 1902. Bd. 67. 2. Berger. Sur l'ostéome des cavaliers. Bull. et mémoir. de la Société de chir. de Paris. 3. Schreiber und Hofmeister. Chirurg. Erkrankungen der oberen Extremitäten. Handb. der prakt. Chirurgie von Bergmann, Bruns und Mikulicz. Bd. IV. 4. Berthier. Etudes histologiques et experim. des ostéomes musculaires. Arch. de médec. experim. 1894. 5. Delorme. Sur les ostéomes. Bul. et. mém. de la soc. de chir. de Paris. 6. Rubesch. Ein Fall von Myos. ossif. traumatica in den Bauchdecken. Prager med. Wochenschr. 1907. Nr. 48. 7. Mysch. Ossificatio M. brachial. int. als eine Complication der hinteren Luxationen im Ellbogengelenk. D. Zeitschr. f. Chir. 1899. 8. Rothschild. Ueber Myositis ossificans traumatica. Bruns Beiträge. 1900. Bd. 28. 9. Machol. Die Luxatio cubiti posterior und ihr Verhältnis zur Myos. ossif. traum. Bruns Beiträge 1908. 10. Frangenheim. Die Myos. ossificans im M. brach. nach Ellbogenluxationen. D. med. Woch. 1908. Nr. 12. 11. Tilman. Ref. in der Münch. med. Woch 1909. 12. Böcker. Ref. in der Münch. med. Woch. 1908.

Referate.

Weitzel, Tuberculöser Schanker des penis. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires. Nr. 1. 1910.

In den letzten Tagen April 1907 beobachtete W. einen Kranken mit einer kleinen Erosion an der Glans penis. Der Patient gestand, ca. 14 Tage vorher mit einem Weibe auf anormalem Wege verkehrt zu haben (buccal und anal). Am 1. Mai treten einige kleine vergrösserte Inguinaldrüsen links auf, aus der Erosion hat sich ein Ulcus entwickelt, einige Tage eben solche Inguinaldrüsen rechts. Das Ulcus am penis erscheint deutlich induriert. Beginn einer antiluetischen Cur, die jedoch ohne Einfluss auf das Ulcus und die Drüsen bleibt, die grösser werden, schmerzhaft und zum Teil Fluctuation zeigen. Die Untersuchung auf Spirochäte pallida im Ulcus fällt negativ aus. Die antiluet. Cur wird abgebrochen. Der äusserst nervöse Patient weist jeden chirurgischen Eingriff zurück, entschliesst sich erst einen Monat später zum Eintritt ins Hospital, wo eine Incision in die fluctuierenden Drüsen rechts und links ausgeführt wird. Hiernach zuerst Besserung, doch bleibt links eine Fistel bestehen, danach wiederum Schwellung von Drüsen, die derbe, diffuse, teigige Schwellungen bilden, die schmerzhaft werden. Unter Compressen wiederum Suppuration, Incision, eine Fistel bleibt bestehen. Vom 10. Juli an Fieber 38°—abends 39,7, Nachtschweisse, Abmagerung. Ueber der linken Lungenspitze feine Rasselgeräusche. Nach einiger Zeit wiederum starke Schwellung und Suppuration in der linken Inguinalgegend, darauf Auftreten einer schmerzhaften Geschwulst in der linken fossa iliaca; bei Druck auf diese strömt reichlicher Eiter aus der Fistel in der Inguinalfalte. Die Temp. bleibt febril. Mehrfache chirurgische Eingriffe. Am 26. September macht sich ein Oedem des linken Beines bemerkbar, weitere Ausbreitung des eitrigen Adenitis. Im Eiter findet sich der Colibacillus in Massen. Amyloide Nierendegeneration, Tod an Cachexie an 23. December 1907. Obwohl Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden konnten und ein Tierversuch aus äusseren Gründen unterbleiben musste, nimmt W. auf Grund analoger Falle und da sich Lues mit Bestimmtheit ausschliessen liess, an, dass das Ulcus ein tuberculöses war.

W. Schiele.

Dr. Rob. Wirtz. Originelle Correction hochgradiger Uebersichtigkeit. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. XIII Jahrg. 1909. Nr. 6. Seite 45.

In der ophthalmologischen Literatur findet sich — wenn ich nicht irre, in einer Lieferung des Neisserschen stereoskopischen Atlasses—die unterhaltende Mitteilung, dass ein hochgradiger Astigmatiker, um seinen Astigmatismus zu corrigieren auf folgenden Kunstgriff verfiel: er nahm eine Schnur, band einen Knoten hinein und schlang sie so um seinen Kopf, dass das Auge durch den Knoten an einer bestimmten Stelle gedrückt und die Hornhautkrümmung in diesem Meridian vermehrt wurde. Wirtz gibt eine Beobachtung wieder, die sich nach ihrer Originalität mit jenem oben erwähnten Falle messen kann. Der 60-jährige Patient von Wirtz hatte auf dem besseren Auge eine Hypermetropie von 9—10 D und konnte damit ohne Glas nur Finger in 3 Meter erkennen; grösserer Druck wurde nicht gelesen. Um nun das Tragen einer Brille zu vermeiden war der Alte auf folgendes Hilfsmittel verfallen: durch Aufsperren des Mundes und Streichen des Kinnes und der Wangen erzeugte er in ca. 30 Secunden ein kräftiges Gähnen und lockte dadurch Tränen in die Lidspalten. Wenn er nun den Kopf senkte, so dass die Tränen an den Wimpern hängen blieben, konnte er durch sie hindurch einen Zeitungsdruck, der etwa Nieden Nr. 4 entspricht, in 30 cm. Entfernung fliessend lesen; das dauerte etwa 4 Minuten, solange nämlich die Tränen nicht verschwunden waren. Mit Convexgläsern konnte Wirtz nachträglich feststellen, dass die Brechkraft der Tränen einer Linse von 12 Dioptrien entsprachen.

Ischreyt.

Dr. Bader: Zur Behandlung der Brustschmerzen der Phthisiker. Therapeutische Monatshefte, Juli 1909.

Verf. bespricht zunächst die therapeutische Verwendung des Guajacols und weist darauf hin, dass das reine Guajacol infolge seines Geruches, seiner Giftigkeit, Aetzwirkung und Unverträglichkeit für den Magen vieler Patienten beträchtliche Nachteile besitzt. In dem Monotal liegt nun ein Präparat vor, das diese unangenehmen Eigenschaften nicht zeigt. Die von Hecht und Müller gemachte Beobachtung, dass das Monotal die als Begleiterscheinung der Pleuritis und Lungentuberculose auftretenden Brustschmerzen günstig beeinflusst, veranlasste den Autor, das Monotal in dieser Richtung ebenfalls zu prüfen. Die Flüssigkeit wurde auf die empfindliche Brustpartie, meist 1 mal täglich und zwar abends, mit einem Haarpinsel aufgetragen und die betr. Hautpartie ungefähr 10 Minuten lang unbedeckt gelassen. Die Befunde bei einer Reihe von 60 Patienten bewiesen, dass dem Monotal die gleiche schmerzstillende Wirkung zukommt wie dem Guajacol. Da die Schmerzen einerseits pleuritischer, andererseits intercostaler Natur sein können, liegt nach Verf. Meinung die Annahme nahe, dass die cutane Anwendung des Monotals da, wo die Quelle des Leidens mehr an der Oberfläche liegt — also bei intercostaler Natur —, wirksamer sein müsse; jedoch waren bestimmte Anhaltspunkte für die Richtigkeit dieser Annahme nicht zu gewinnen. Das Lebensalter scheint bei der Monotalwirkung keinen Einfluss auszuüben, dagegen das Stadium der Lungentuberculose eine gewisse Rolle zu spielen, indem Patienten mit Cavernenbildung der Therapie nicht mehr so zugänglich waren.

Selbst nach wochen- und monatelanger Anwendung des Monotals trat niemals eine Dermatitis auf. Die Tatsache, dass in vielen Fällen die Monotalbehandlung sich der mit anderen bekannten Mitteln (wie Senfpflaster, Chloroformöl, Kampferspiritus etc.) weitaus überlegen zeigte, wird von B. besonders hervorgehoben, der das Monotal speciell bei Pleurodynien und Intercostalneuralgien der Phthisiker warm empfiehlt.

F. B.

Prof. Loewit (Innsbruck): Diabetesstudien. Der Pankreasdiabetes beim Frosche. Archiv f. exp. Path. und Pharm. 1909. Bd. 62. 1. Heft.

Bei den sich über einen Zeitraum von nahezu 2 Jahren erstreckenden Versuchen erschien es L. besonders geboten, sich zu überzeugen ob tatsächlich dem Pankreasdiabetes beim Frosche die Bedeutung zukommt, wie sie ihm von Pflüger zugewiesen wurde.

Bei nahezu allen des Pankreas beraubten Fröschen tritt Diabetes auf. Die Glykosurie, die mit Polyurie, Hyperglykämie und Glykogenabnahme einhergehen kann, nimmt anfangs an Stärke zu, um nach erreichtem Höhepunkt langsam abzufallen. Eine während des Pankreadiabetes bestehende Adrenalinämie lässt sich mit Sicherheit nicht nachweisen. Der Tod wird wahrscheinlich durch eine Störung des Kohlehydratstoffwechsels herbeigeführt. Die Aufstellung eines «Duodenaldiabetes» scheint auch beim Frosch vorläufig nicht gerechtfertigt zu sein.

Dorner und Weingärtner: Ueber Wismutausscheidung im Urin nach Wismutmahlzeit. Deutsches Archiv für klin. Medicin. 1909. 98. Bd. 1.—3. Heft.

Die Frage, ob zur Röntgenuntersuchung grössere Mengen von Wismut verabreicht werden dürfen, ist zumal seit Einführung von Ersatzpräparaten sehr verschiedenartig beurteilt worden.

Die grössten Wismutausscheidungen sind nach den Einführungen von D. und W. in Fällen von Hyperacidität nach relativ längerem Verweilen des Wismuts im Magen zu verzeichnen. Die Versuche ergaben, dass hoher Salzsäuregehal des Magensaftes und verlangsamte Motilität des Magens di günstigsten Bedingungen für die Resorption des Wismut sind. Praktisch wichtig ist, dass in Fällen von Hyperaciditä und verlangsamter Motilität des Magens die Resorption un damit die Vergiftungsgefahr eine grössere ist als unter no malen Verhältnissen. In solchen Fällen seien Ersatzpräparat z. B. Magneteisenstein zu röntgendiagnostischen Untersuchu gen zu empfehlen.

Fischer und Schlayer: Arteriosclerose und Fühlbarkeit der Arterienwand. Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 1909. 98. Band.

Die in der Romberg schen Klinik in Tübingen durchgeführten vergleichenden Prüfungen der Palpabilität und des anatomischen Betundes ergaben keinerlei Spuren anatomischer Arteriosclerose in $^3/_4$ der Fälle von hochgradiger Dickwandigkeit der Arterien. Diese Befunde sowohl als die Resultate von Romberg und Ottfried Müller lehren, dass es Veränderungen an den Arterien gibt, welche sie hochgradig verdickt und functionell minderwertig erscheinen lassen, ohne dass sie anatomisch arteriosclerotisch sind. Zu diesen Arterienveränderungen gehört auch die sog. juvenile Sclerose.

Schless (Marienbad).

Bücherbesprechungen.

Dr. J. **Meyer**. Medicinisches Taschenlexikon in 8 Sprachen (deutsch, englisch, französisch, italienisch, japanisch, russisch, spanisch, ungarisch). Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien. XXVIII + 788 Seiten. 1909. Preis geb. M. 20.

«Infolge des gesteigerten Verkehrs sind die Arzte gegenwärtig häufig genötigt, sich mit fremden Sprachen zu befassen..... und den Schwierigkeiten, welche durch den Gebrauch fremder Sprachen entstehen, soll bis zu einem gewissen Grade durch das vorliegende Buch abgeholfen werden.» Mit diesen Worten führt Verf. sein Buch ein, und man muss billiger Weise gestehen, dass es ihm gelungen ist, das Ziel, das er sich gesteckt, zu erreichen und seine Aufgabe zu erfüllen. Das Taschenlexikon kann wirklich jedem Arzt, der in die Lage kommt, nach einem medicinischen Ausdruck in einer fremden Sprache zu suchen, von grossem Nutzen sein, denn er wird in dem Buch leicht genaue Auskunft finden. Die Uebersetzung ist — wenigstens in den mir zugänglichen Sprachen — überall mit grosser Präcision wiedergegeben, die Orthographie durchweg richtig. Ganz besonders rühmend muss der russische Teil hervorgehoben werden. Die russischen Wörter sind durchweg mit lateinischen Lettern geschrieben, wobei die Lautzeichen so einfach und geschickt gewählt sind, dass jedes russische Wort, trotz des anfänglich fremd anmutenden Aeusseren leicht gelesen werden kann. Den besten Beweis für die gute Verwendbarkeit seines Lautsystems hat Verf. in dem mit lateinischen Lettern geschriebenen russischen Vorwort erbracht, das übrigens ausserdem auch in den übrigen 7 Sprachen verfasst ist. Ein jeder Versuch in dieser Richtung ist jedenfalls mit Freuden zu begrüssen. Die Einführung des lateinischen Alphabets in der russischen Sprache wäre ein grosser Schritt vorwärts zur Erleichterung der Verständigung mit den europäischen Völkern, und dass dieses Alphabet sich mutatis mutandis durchaus für die russische Sprache eignet, das beweisen die beiden verwandten slavischen Sprachen, die polnische und tschechische, in denen genau dieselben Laute vorkommen wie in der russischen und die sich ausschliesslich des allgemeinen internationalen Alphabets bedienen. Zur Wiedergabe der Eigentümlichkeit einiger russischer Laute gebracht Verf. nur 6 specielle Lautzeichen, die in der dem Wörterbuch vorangeschickten Gebrauchsanweisung erklärt sind. Ч wird durch č wiedergegeben, з durch s, c durch s̄, ж durch š, ю durch ü, e durch je, ы durch y. Letzteres Lautzeichen ist übrigens in der Tabelle leider nicht erklärt. Auch das Japanische ist mit lateinischen Lettern geschrieben und daher jedem verständlich. Der die Sprache nicht Kennende macht hierbei die überraschende Entdeckung, dass die Japaner für viele Fachausdrücke, für die die Europäer nur lateinische oder griechische termini technici haben, eigene Ausdrücke besitzen, so namentlich in der Anatomie. — Die geschickte Anordnung des Materials hat es ermöglicht, den reichen Stoff auf 788 Seiten unterzubringen, wobei für jede Sprache ungefähr je 5500 Wörter gebracht sind. Mitarbeiter des Verfassers waren: für englisch Dr. Finigan-London, französisch Dr. Fernand Levy-Paris, italienisch Prof. Dr. Galli-Rapallo, japanisch Prof. Dr. K. Miura-Tokio und Dr. Y. Oguro-Saga, russisch Dr. Glückmann-Kiew, spanisch Dr. Leyden-Madrid und Dr. Barreiro-Mexico, ungarisch Dr. Strasser-Wien und Dr. Polyak-Budapest. Sowohl dem Herausgeber, Dr. J. Meyer, wie seinen Mitarbeitern ist für die tüchtige Leistung vollste Anerkennung zu zollen, und die Verlagsbuchhandlung hat sich durch Herausgabe des nützlichen, elegant ausgestatteten Buches ein Verdienst erworben.

Fr. Dörbeck.

Dr. **Victor Lange**. Klinische Mitteilungen aus dem Gebiete der Ohren- und Nasenkrankheiten. Für Studierende und Aerzte. Berlin 1910. Verlag von S. Karger. Preis M. 3.60.

Zum Gegenstand der Besprechung in seinen «klinischen Mitteilungen» wählte Verf. einige für den Praktiker besonders wichtige Capitel aus dem Gebiete der Pharyngo-, Rhino- und Otologie. Nach einigen Betrachtungen allgemeiner und specialistischer Art bespricht Verf. die Bedeutung eines gesunden Nasenrachenraumes, den hypertrophischen und atrophischen Katarrh und besonders die Therapie desselben, bei der er das Alsol (Aluminium acetico-tartaricum) besonders rühmt. Die Lehre von der Abhängigkeit der Enuresis nocturna von den adenoiden Vegetationen hält Verf. auf Grund seines sehr grossen Materials für falsch und irrtümlich. Kurz besprochen wird darauf die Bedeutung gesunder Resonanzräume für die Stimme beim Sprechen und Singen, die acute eitrige Mittelohrentzündung, die circumscripte und diffuse Gehörgangsentzündung, die verschiedenen Formen der Rhinitis, das Nasenbluten etc. — alles Dinge, die in der alltäglichen Praxis von grösster Wichtigkeit sind, und deren Kenntnis auch dem Allgemeinpraktiker absolut notwendig ist. Diesem können die «klinischen Mitteilungen» des Autors, der längere Zeit als Assistent beim berühmten Wilhelm Meyer in Kopenhagen fungierte, nur bestens empfohlen werden. Auch der ausgebildete Specialist wird darin manche interessante Winke finden.

A. Sacher.

H. **Wossidlo**. Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Complicationen. 2. Auflage. Mit 51 Textabbildungen und 8 teils farbigen Tafeln. Verl. von Georg Thieme. Leipzig 1909. 337 Seiten. Preis Mk. 12.

Dieses Werk ist mit der Absicht verfasst, eine Lücke in der Literatur auszufüllen, da die meisten das gleiche Thema behandelnden Arbeiten von gleichem Umfang sich nur flüchtig mit der Urethroskopie befassen, der Wossidlo eine sehr grosse Bedeutung beimisst und die er ausführlich und eingehend bespricht. Aerzte, die genauere Angaben über Urethroskopie zu erhalten wünschen, waren bisher auf grosse specielle Werke, wie das von Oberländer und Kollmann angewiesen, das den meisten nicht zugänglich ist. Man kann dem Autor hierin nur beistimmen, und der Erfolg lehrt, dass er Recht hatte, nach 6 Jahren hat sich eine Neu-Auflage als nötig erwiesen. Das Buch ist kurz und präcis, dabei doch klar und genügend das Thema erschöpfend abgefasst und Nichtspecialisten und Specialisten in gleicher Weise wärmstens zu empfehlen. Die Abbildungen, Druck und Ausstattung sind vorzüglich.

W. Schiele.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1378. Sitzung am 14. December 1909.

I. Serck hält seinen angekündigten Vortrag über Exsudative Pleuritis im Kindesalter.

Der Vortragende gibt zunächst einige statistische Daten über die Pleuritis aus den veröffentlichten Berichten des Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg und referiert dann über die im Jahre 1908 auf der Therapeutischen Abteilung beobachteten Fälle.

Im Bericht zum 25-jährigen Jubiläum des Hospitals wurden für 24 Jahre auf 36643 stationäre Kranke 259 Fälle notiert, also im Durchschnitt nur etwa 10 Fälle pro Jahr. Die Sterblichkeit betrug 13 pCt. Es liegen indes nur für wenige Jahre genauere Berichte über die verschiedenen Formen der Pleuritis vor und diese zeigen, dass die Sterbefälle fast ausschliesslich bei den Empyemen vorkommen und dass das Sterblichkeitsprocent daher von den Verhältniszahlen dieser zu den anderen abhängt.

Im Jahre 1908 wurden 30 Fälle aufgenommen, und zwar 20 mit serofibrinösem und 10 mit eitrigem Exsudat; von den ersteren genasen alle, von den letzteren starb die Hälfte. Die Erkrankung war 18 Mal rechtsseitig, 12 Mal linksseitig, auf 21 Knaben kamen 9 Mädchen. Das Praevalieren der rechten Seite und das männlichen Geschlechts wird auch anderweitig stets hervorgehoben. Das Alter der Kinder schwankte zwischen wenigen Monaten und 12 Jahren, und die Zahl der Erkrankten betrug 53 pCt. der Gesamtzahl und zwar 40 pCt. für die serofibrinöse, gegen 80 pCt. für die eitrige Form. Von den serofibrinösen Pleuritiden trat die Mehrzahl gegen Ende der zweiten Woche ins Hospital, von den eitrigen [illegible] erst zwischen

5—6 Wochen nach Beginn der Erkrankung. Bei den ersteren trat die Resorption in 3—4 Wochen ein, in 5 Fällen wurde die Flüssigkeit aspiriert und 200—1500 Ctm. entleert, — in einem Falle wurde sie zweimal wiederholt —, bei den letzteren wurde stets die Thoracotomie mit Rippenresection ausgeführt und es vergingen bis zur Heilung 4—6 Wochen. Ueber die 5 Gestorbenen werden die Krankengeschichten nebst den Sectionsresultaten mitgeteilt, aus denen hervorgeht, dass alle diese Kranken in äusserst reduciertem Zustande eingeliefert wurden und um 2000—7000 grm. unter dem Normalgewicht standen und an schweren Complicationen litten; an katarrhalischen Pneumonien, allgemeiner Tuberculose, eitriger Peritonitis, acuten und chronischen Darmkatarrhen. Ein atrophischer Säugling ging an Sepsis zu Grunde.

Im Anschluss an das mitgeteilte Material gibt Vortragender einige Daten aus der Literatur über das Vorkommen der Pleuritis. Bei Besprechung der Aetiologie wird das seltenere primäre Auftreten der Erkrankung hervorgehoben und besonders beim Empyem die Wichtigkeit der Art der Eitererreger betont. Die Angabe, dass im Kindesalter die Pneumococcen sehr stark überwiegen, fand in seinem Material keine Bestätigung, da in der Hälfte der Fälle Streptococcen gefunden wurden. Dieser Befund ist auch für die Prognose von grösster Bedeutung. Betreffs der Diagnose wird auf die Abweichungen hingewiesen, welche gegenüber dem Erwachsenen beim Kinde bei der Auscultation und Percussion beobachtet werden und auf die grosse Bedeutung des Rauchfuss-Groccoschen Dreiecks aufmerksam gemacht. Sodann wird das von Prof. Pitres als «signe du son» bezeichnete Symptom genauer besprochen, da es anscheinend wenig bekannt ist und wenig benutzt wird. Wenn man eine Münze auf die vordere Brustwand anlegt und dieselbe mit einer solchen klopft, so hört man beim Auscultieren am Rücken ein dumpfes Geräusch, ist Flüssigkeit vorhanden so tritt der Metallklang deutlich hervor. Auf Anregung des ehemaligen Assistenten Dr. Jastrzembsky wurde dies Verfahren häufig angewandt und ergab bei vorhandenem Exsudat stets ein positives Resultat. Es wird über die Arbeit des Dr. Jastrzembsky (Врачебная Газета № 34, 1907), welcher das Verfahren bei Gesunden und Lungenkranken nachgeprüft hat, kurz referiert und ein von ihm angegebenes Instrument vorgezeigt, das die zum Erzeugen des Geräusches gebrauchten Münzen ersetzen soll. Bleiben trotz aller Methoden noch Zweifel übrig, so spricht die Probepunction das letzte Wort und gibt definitiven Aufschluss über die Art des Exsudats und bestimmt das therapeutische Handeln. Wo die sonstige Untersuchung ein flüssiges Exsudat nicht mit Sicherheit ausschliessen lässt, soll sie stets angewandt werden.

Bei Besprechung der Therapie wird der Gilbertschen Autoserotherapie Erwähnung getan, welche in einem Falle angewandt wurde. Es trat weder eine örtliche noch allgemeine Reaction ein, das Resultat schien günstig zu sein. Bei irgend grösserem serösem resp. serofibrinösem Exsudat soll stets die Aspiration gemacht werden, beim primären Pneumococcen-Empyem soll sie stets versucht werden, bei den übrigen in geeigneten Fällen einige Tage der Radicaloperation vorausgeschickt werden. Die Thoracotomie mit Rippenresection bleibt das Normalverfahren. Die Bülau-Heberdrainage wurde wegen der Schwierigkeit der Ueberwachung nicht angewandt.

Zum Schluss richtet der Vortragende die Aufmerksamkeit auf das Factum, dass die exsudative Pleuritis noch so häufig übersehen oder erst spät diagnosticiert wird, und citiert den Ausspruch von Henoch: die Latenz der Pleuritis hat ihren Ursprung nicht im Wesen der Krankheit, sondern in der Nachlässigkeit der Aerzte".

(Autoreferat).

Discussion:

Westphalen: Der Ausdruck «Metallklang» werde vom Vortragenden irreführender Weise gebraucht, er müsse dem Phänomen bei Pneumothorax vorbehalten werden. Ferner erkundigt er sich, was Vortragender unter Pneumonia chronica verstehe, ob eine tuberculöse, ob eine interstitielle indurative? Weiter, ob er über Gilberts Autoserotherapie Erfahrung habe?

Serck: Unter Pneumonia chronica versteht er solche Fälle, wo es nicht zur Lösung kommt, sondern unter dem Bilde der katarrhalischen und später indurativen Pneumonie ein Fortschreiten der Entzündung bis zum Tode statthat. Bei der Section erweisen sich diese Fälle als tuberculöse in einem grossen Teile, aber nicht alle. Bis zur Tuberculinprobe konnten solche Fälle nicht als tuberculöse diagnosticiert werden. Von Gilberts Verfahren hat er in einem Falle keinen Erfolg gesehen.

Hörschelmann: Im Nicolai-Kinderhospital sind von Dr. Schmidt bei der Autoserotherapie günstige Erfolge gesehen worden. Hinsichtlich der Untersuchungsmethoden bei Pleuritis hat ihm das «Kratzsymptom» Dienste [illegible] bei Auscultation schwindet das durch Kratz[illegible] vorgebrachte Geräusch, beim Uebergang a[illegible] so gut wie völlig; jedenfalls ergeben sich deutliche graduelle Unterschiede, je nachdem das Kratzen über lufthaltigen oder luftleeren Partien geschieht.

Westphalen: Durch dieses Symptom können Pleuritis und Pneumonie nicht unterschieden werden.

Kernig: Bei Erwachsenen muss ich die möglichst frühe Punction auch bei serösem Exsudat dringend anempfehlen. Auszunehmen sind vielleicht die ganz kleinen nur streifenförmigen Exsudate. Die Erfolge dieses Verfahrens sind so glänzende, dass ich an die Serotherapie gar nicht gedacht, geschweige sie gebraucht habe. Ich kann mich höchstens fragen, ob ich nicht zu frühe punctiert habe. Die ganze Folge von Thoraxschrumpfung, die auch nach serösem Exsudat stattfindet, fällt durch die frühzeitige Punction in erheblichem Masse fort nach meinen persönlichen Erfahrungen. Sammelt sich das Exsudat nach der frühzeitigen Punction wieder an, so wird die Punction wiederholt. Ergibt die Probepunction Eiter, so muss operiert werden, umsomehr als nur eine Localanästhesie nötig ist.

Westphalen kann Vergleiche ziehen über die Resultate der Pleuritisbehandlung mit Salicylaten und Compressen einerseits und mit Frühpunction andererseits. Durch die Punction wird der Krankheitsverlauf reichlich um die Hälfte abgekürzt.

Serck ist mit Kernig völlig einverstanden, nur kommen ihm ganz frische Fälle im Hospital selten zu Gesicht. Er hat immer rasch punctiert, zuerst 10 cbcm. entleert, und falls die Resorption nicht in Gang kommt und weiter geht, total punctiert.

Tiling: Betreffs der Empyembehandlung muss er entschieden raten, bei massigem Empyem nicht gleich zu operieren, sondern zuerst ausgiebig zu punctieren, um die Gefahr der Herzabknickung nicht zu erleben. Diese ist ihm persönlich nicht passiert, doch hat auch er nur bei Erwachsenen Erfahrungen gesammelt. Die Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die Lungen kann zum kleinen Teil ausgeschlossen werden durch Anwendung des protectif silk auf die Drains.

Albanus: Nicht jede eitrige Pleuritis muss durchaus durch Rippenresection operiert werden. Bei Pyopneumothorax nach Tuberculose, wo selbst das Fieber fehlen kann, ist durch vielfache Punctionen immer Erleichterung geschafft worden durch mehrere Jahre hindurch, bis der Tod durch Tuberculose eintrat. Bei solchen Fällen würde eine grosse Operationshöhle nicht heilen.

Masing: Ich würde bei Tuberculose der Lungen einen Pyothorax nicht einmal punctieren, da es in hohem Grade wünschenswert ist, dass die Lunge ganz in Ruhe gelassen wird. Im Sanatorium Pitkijärwi erholte sich ein solcher Patient durch völlige Ruhe und monatelange Cur und starb schliesslich an der Erkrankung der anderen Lunge.

Serck: Die Schnelligkeit der Resorption des Exsudates kann nur bei sehr genauer Controlle verfolgt werden. Das «Kratzgeräusch» ist ihm bekannt aber nicht systematisch von ihm geübt worden. Die mit der raschen Entleerung des Exsudates verbundenen Gefahren empfehlen sie erst nach einiger Zeit vorzunehmen, wenn die Lunge sich mehr ausgedehnt hat. Dass der Ausdruck «Metallklang» für das Geräusch der aufeinandergeklopften Münzen irreführend ist, gibt er zu.

II. Ucke demonstriert neuere Instrumentarien zur Blutuntersuchung und mikroskopische Blutpräparate von Pemphiguspatienten, wo die eosinophilen Zellen vermehrt sind, sowie von Rattenembryonen und neugeborenen Ratten, wo Veränderungen der roten Blutkörperchen zu sehen sind, welche zu denen bei der perniciösen Anämie in Parallele sich stellen lassen.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

Feuilleton.

Pariser Brief.

Von
Dr. W. Schaack.

Die schönste Stadt Europas — la belle Ville de Paris — die einem auf dem Gebiete der schönen Künste in jeder Beziehung und auf jedem Schritt Grosses und Eigenartiges bietet, ist leider nicht imstande, wenigstens nicht bei kürzerem Aufenthalte, in gleichem Masse den medicinischen Besucher in seiner Kunst zu befriedigen.

Die Pariser Krankenhäuser mit ihren Einrichtungen und speciell ihren chirurgischen Abteilungen und Operationssälen halten den Vergleich mit gleichartigen Krankenanstalten Deutschlands und Englands nicht aus; dieses wird auch unumwunden von den akademischen Lehrern Frankreichs selbst zugegeben, und ich hatte Gelegenheit, dieselbe Meinung von

Professor Delbet im Hôpital Necker zu hören, als er diesem Thema seine interessante Antrittsvorlesung widmete. Er führte die Mängel der Einrichtungen und der äusseren Ausstattung der meistens alten Pariser Krankenhäuser, die auf dem Gebiete der Chirurgie besonders störend wirken, teilweise auf die beschränkten Mittel der städtischen Krankenanstalten zurück, die vom Staate nicht genügenden Credit bewilligt bekommen und die nicht in dem hohen Masse durch private Stiftungen unterstützt werden, wie das z. B. in England der Fall ist.

Eine gewisse Aehnlichkeit mit London besteht in Paris nur darin, dass auch hier der medicinische Unterricht an die grossen Krankenhäuser gebunden ist und es hier auch keine besonderen Universitätskliniken gibt; auf die Vorteile und Nachteile dieses Systems, die auch hier zu Tage treten, will ich nicht wieder zurückkommen, da ich in meinem Londoner Bericht *) diese Frage schon berührt habe.

Im allgemeinen sei über den medicinischen Unterricht hier noch bemerkt, dass er viel mehr einen theoretischen Charakter trägt, als das in Deutschland und England der Fall ist; in dieser Hinsicht erinnern die Vorlesungen etwas an den Unterricht bei uns an den russischen Kliniken, hier und dort werden dem Zuhörer mehr schöne begeisterte Vorträge geboten, und er bekommt weniger Praktisches zu sehen. Es wird auch weniger in Gegenwart der Studenten und Gäste operiert, daher bin ich nicht in der Lage, im Nachstehenden über viele grössere oder seltenere operative Eingriffe zu berichten.

Die jetzigen chirurgischen Universitätslehrer der Faculté de Médecine in Paris sind die Professoren: Reclus, Segond, Quénu und Delbet, deren Kliniken sich in den Krankenhäusern: «Hotel-Dieu» (Reclus), «Salpétrière» (Segond), «Cochin» (Quénu) und «Necker» (Delbet) befinden.

Während meines 6 wöchentl. Aufenthalts in Paris (26. X.—9. XII.) besuchte ich die Chirurgischen Abteilungen dieser Krankenhäuser und hörte die in der Zeit dort gehaltenen Vorlesungen.

Ueber den chirurgischen Betrieb in allen diesen Kliniken ist im allgemeinen zu bemerken, dass die Operationsräume nicht so ausgestattet sind, wie in Deutschland und England; oft macht sich auch ein Mangel in der Organisation bemerkbar, es ist z. B. recht wenig Hilfspersonal vorhanden, der erste Assistent instrumentiert oft selbst dem Operateur, Narkosen werden oft von Schwestern gemacht, etc. In den von mir besuchten Operationssälen wurde meistens ohne Handschuhe operiert.

Hotel-Dieu — das grosse, central gelegene Krankenhaus—ist ein stattlicher, sehr umfangreicher Steinbau mit [illegible]67 Betten, mit 2 getrennten chirurgischen Abteilungen (2 Services); Chef der einen ist Prof. Reclus, der anderen Dr. Guinard.

Die Abteilungen sind geräumig, doch einfach gehalten, ohne irgendwelchen Comfort. Gleich beim ersten Besuche konnte ich die ausgedehnte klinische Visite des Prof. Reclus mitmachen, die er mit zahlreichen Studenten und Aerzten vormittags macht. Ueber die interessanten und über die für Studenten besonders wichtigen Fälle lässt er sich genau vom Stationsarzt berichten, die Krankengeschichte wird vorgelesen und dann der Fall ausführlich auf Diagnose und Therapie hin besprochen. Diese klinischen Besprechungen, wie auch die Vorlesungen, auf die ich noch später zurückkomme, sind spannend und interessant, die Franzosen sind eben vorzügliche Redner und verstehen es, ihr Auditorium stets zu fesseln, auch wenn es sich um einfache, alltägliche Fälle und Fragen handelt.

Der Hörsaal im «Hotel-Dieu»—zugleich auch Operationssaal—ist alt und bietet wenig Bequemlichkeiten. Während der sehr lebhaften Vorlesungen Prof. Reclus', war es interessant und lehrreich zu beobachten, wie er oft in gewandter Weise seine Zuhörer, Studenten sowie Aerzte, mit in den Vortrag zog; das hatte zur Folge, dass alle Anwesenden mit verdoppelter Aufmerksamkeit dem Redner folgten, um nötigen Falls auf die unerwartete Bitte des Vortragenden hin, fortzufahren, oder das Wichtigste vom eben Gesagten zu recapitulieren; beides trifft auch oft die jungen Aerzte der Klinik, dabei genierte sich Prof. Reclus nicht im mindesten öffentlich strenge und manchmal auch heftige, doch nie böse gemeinte und die Zuhörer oft erheiternde Kritik an dem jungen, unerfahrenen Redner zu üben. Diese Art und Weise, die viel Leben in den klinischen Unterricht bringt, ist bestimmt eine gute Schule für den akademischen Nachwuchs, es war daher auch selbstverständlich, dass Reclus' Oberarzt Mr. Piquand sich als vorzüglicher Redner erwies, als er einmal während einer Vorlesung seinen Chef vertreten musste. Prof. Reclus, der bekanntlich Vieles und Bedeutendes auf dem Gebiete der Localanästhesie geleistet, widmete dieser Frage wöchentlich eine Vorlesung, zum Schluss derselben führte er die Eingriffe auch unter örtlicher Anästhesie aus. Er hob mit Recht die grosse Wichtigkeit des Beherrschens dieser Anästhesie, die einfach und gefahrlos ist, hervor; besonders zu empfehlen ist sie auch für den praktischen Arzt. Zur Zeit empfiehlt Reclus eine $^1/_2$% Novocain Lösung mit Adrenalinzusatz, dieselbe Lösung wird auch in der Lexer schen Klinik zu Königsberg benutzt. Das Novocain betrachtet Reclus als das beste locale Anästheticum, es ist 2 mal weniger giftig als Stovain und 4 mal wenigergiftig als Cocain, dabei ist seine schmerzbenehmende Wirkung eine sehr erhebliche. Ich sah mehrere operative Eingriffe mit Erfolg unter localer Anästhesie ausführen, darunter eine Exstirpation von ausgedehnten Varicen am Unterschenkel und eine Resection des 1-ten Metatarsophalangealgelenkes wegen Hallux valgus. Prof. Reclus operiert ohne Handschuhe, aber mit Kopfbedeckung.

Interessant waren auch einige klinische Vorlesungen, die der Unfallchirurgie gewidmet wurden: der Zusammenhang zwischen Trauma und Hernie wurde erörtert, Reclus verteidigte die richtige Ansicht, dass nur selten ein Bruch traumatischen Ursprungs ist, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich bekanntlich um eine angeborene Anlage.

In dem nächsten Krankenhause — der grossen, alten «Salpétrière» bei Prof. Segond hatte ich mehr Gelegenheit, grössere Chirurgie zu sehen. Dieses grosse Hospital, verbunden mit Altersasyl und anderen Anstalten, in vielen massiven Steinbauten untergebracht, nimmt mit den dazwischen liegenden Gartenanlagen eine enorme Fläche ein und hat über 3000 Betten, doch ist die chirurgische Abteilung verhältnismässig sehr klein und nimmt in wesentlichen nur 2 steinerne Baracken ein; in der neueren ist auch der Operationssaal mit Nebenräumen untergebracht.

Vieles trägt hier einen provisorischen Charakter, und grosse Neubauten sind schon im Gange, denn die jetzigen Räume und hauptsächlich der Operationssaal bieten, wie dem Operateur, so auch den Zuschauern wenig Bequemlichkeiten, auch ist die grelle nur durch Seitenlicht bewirkte Beleuchtung ungünstig. Wenn der Operationssaal unbefriedigend ist, so hat der Hörsaal erst recht einen primitiven Charakter; er besteht aus einem kleinen Raum mit mehreren Reihen Stühlen und einem Tisch auf einer kleinen Erhöhung für den Professor.

Ausgesöhnt wird man mit diesen Mängeln durch das, was einem dort geboten wird. Prof. Segond ist ein ausgezeichneter, sicherer, wenn auch etwas langsamer Operateur und hat einen glänzenden und anschaulichen Vortrag. Sein Unterricht gestaltete sich in der Weise, dass er zuerst vor den Studenten und Aerzten operierte, dann gingen Alle in das kleine improvisierte Auditorium hinüber, und dort wurden die operierten Fälle genau besprochen. Segond arbeitet viel auf dem Gebiete der operativen Gynäkologie, die bekanntlich in vielen Pariser Krankenhäusern von der Chirurgie nicht getrennt ist, daher waren auch mehrere von den grossen Operationen, die ich hier gesehen, gynäkologische Eingriffe, darunter eine mit viel Geschick und schnell ausgeführte vaginale Uterusexstirpation wegen Carcinom. Von anderen Operationen seien noch erwähnt, ein Fall von Cholecystectomie, wo die Auslösung der Gallenblase vieler Verwachsungen wegen erhebliche Schwierigkeiten bot, die mit Erfolg überwunden wurden, und eine Laparotomie mit Exstirpation von teilweise vereiterten Cysten des Unterleibes tuberculösen Charakters, von den Genitalien ausgehend. Bei dieser, auch recht complicierten Operation bei einem 19-jähr. jungen Mädchen war bemerkenswert, dass Segond nach der Entfernung der cystischen Gebilde am Stiel nicht peinliche, langdauernde Blutstillung vornahm, sondern, um den Eingriff abzukürzen und die Kräfte der sehr schwachen heruntergekommenen Patientin zu schonen, die langen Klemmen am Stiele dran liess, und sie aus der Wunde herausleitete.

Bei Appendectomien wird der Wurmfortsatz hier mit dem Thermokauter abgetragen. Operiert wird auch hier ohne Handschuhe und mit Kopfbedeckung. Ein Mangel an Hilfspersonal machte sich in diesem Operationssaale besonders fühlbar, hier instrumentierte, wie schon erwähnt, der 1. Assistent selbst. Genäht wurde hier, wie überhaupt viel in Frankreich, mit der gestielten Reverdinschen Nadel.

Das etwas entlegenere Hôpital Cochin mit 462 Betten, in welchem Prof. Quénu Chef der chirurg. Abteilung ist, hat neue steinerne chirurgische Baracken mit geräumigen hellen Abteilungen; während der interessanten, ausführlichen, klinischen Visite, die ich mitmachte, hielt sich Prof. Quénu besonders lange bei einem Patienten mit Tarsalgie, dem sog. Hackenschmerz auf; an der Hand des typischen Falles behandelte er diese auch praktisch wichtige Frage erschöpfend. Ich hatte leider aus Zeitmangel nicht die Möglichkeit, dieses Krankenhaus noch öfter zu besuchen, und so hatte ich auch nicht Gelegenheit, Quénu operieren zu sehen. Die Operationstage colidieren oft in den verschiedenen Kliniken, und die Operationsstunden am Morgen bleiben gewöhnlich dieselben, daher ist es nicht gut möglich, in kürzerer Zeit überall zurecht zu kommen.

*) Chirurgische Eindrücke in London. Dr. W. Schaack. Diese Wochenschrift, Nr. 48, 1909.

Häufiger konnte ich die Klinik des Prof. Delbet im Hôpital Necker (mit 475 Betten) besuchen.

Seine Vorlesungen mit vielen Krankendemonstrationen waren interessant und lehrreich. Die Eröffnungsvorlesung, in welcher Delbet einige Mängel der französischen Kliniken streifte, habe ich schon erwähnt. Aus den sonst von mir dort gesehenen Krankheitsbildern boten besonderes Interesse ein Fall von rechtsseitiger Hydronephrose, die einen Lebertumor vortäuschte. Die genaue Differentialdiagnose klärte den Fall. Diagnostische Schwierigkeiten bot auch noch ein Patient mit einem Abscess in der linken Fossa iliaca, er erwies sich als tuberculösen Ursprungs, von der Wirbelsäule ausgehend.

Hervorheben möchte ich hier noch die sehr genaue und vielseitige Untersuchungsart der französischen Kliniker. Erst nach Besprechung und Ausschliessung aller in Betracht kommenden Krankheitsbilder wird die exacte Diagnose gestellt. Diese Art und Weise, dazwischen allerdings etwas Zeit raubend, muss erzieherisch, hauptsächlich auf die Studenten, ausgezeichnet wirken, und ich muss es gestehen, einen in einer französischen Klinik vorgestellten Krankheitsfall vergisst man nicht. Zum Schluss will ich noch meinen Besuch im Institut Pasteur erwähnen. Wenn diese Anstalt auch kein specielles chirurgisches Interesse bietet, so wird immerhin schwerlich ein Mediciner, einerlei welcher Specialität angehörend, Paris verlassen, ohne die Laboratorien des berühmten Instituts besucht zu haben, welches den Namen des grossen Begründers der Bakteriologie trägt. Gerade die Chirurgie ist diesem grossen Franzosen vielleicht am meisten Dank schuldig, denn der Name Pasteur bedeutet einen Wendepunkt in der Geschichte der Medicin. Hier setzte der Gedankengang Listers ein und führte zu den gewaltigen Fortschritten der Chirurgie in den letzten Jahrzehnten.

Ich hörte im Institut einen erschöpfenden und fesselnden Vortrag von Prof. Roux über Milzbrand (Charbon), auf den ich hier nicht weiter eingehen kann.

Hiermit will ich meine leider nur zu lückenhaften Bemerkungen abschliessen.

Wenn ich am Anfange dieser Zeilen dem Gedanken Ausdruck gab, dass das künstlerische Paris einem mehr bieten kann als das medicinische, so muss ich zum Schluss es hervorheben und betonen, dass auch in der Medicin, bezw. Chirurgie, der überaus lebhafte, sprühende Geist der Franzosen, der in ihren glanzenden, bilderreichen Vorträgen besonders klar zu Tage tritt, imstande ist, den Fremden in hohem Masse hinzureissen und ihn für sein Fach zu interessieren.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Die Eröffnung des XI. Pirogowschen Aerztecongresses wird am 21. April in St. Petersburg im Saale der Adelsversammlung stattfinden. Der Congress wird bis zum 28. April tagen. Ueber die Versammlung der Collegen am Vorabend der Congresseröffnung, die Zeit und das Programm der Sitzungen wird noch eine besondere Mitteilung erfolgen. Alle Anmeldungen sind an das Organisations-Comitee in St. Petersburg — Weibliches Medicinisches Institut, Archijereiskaja 8 — zu richten. Der letzte Anmeldungstermin für Vorträge ist am 16. März (a. St.).

— Die Conferenz der Militärmedicinischen Akademie in St. Petersburg hat mit Genehmigung des Kriegsministers einen Wettbewerb zur Besetzung des nach Prof. G. Reins Rücktritt vacanten Lehrstuhls für Geburtshilfe und Gynäkologie eröffnet.

— Der Privatdocent der Universität zu Charkow, Dr. P. Schatilow ist zum Professor der Diagnostik und der Mag. pharm. Waljaschko zum Professor der Pharmacie an derselben Universität ernannt.

— Auf den vacanten Lehrstuhl der Ophthalmologie an der Universität zu Moskau ist von der medicinischen Facultät der Privatdocent Dr. A. Maklaków erwählt.

— Tomsk. Der neu ernannte Professor der chirurgischen Operationslehre und topographischen Anatomie, W. Ssawin hielt am 18. Januar seine Antrittsvorlesung «Ueber die Epithelkörperchen». Dr. med. A. Bogoras habilitierte sich als Privatdocent für Chirurgie.

— Verbreitung der Cholera. Niederländisch-Indien. In Batavia erkrankten vom 8 bis zum 28. November 1909 159 Personen an der Cholera; auf der Insel Java wurden im December in den Preanger Regentschaften 462 Erkrankungen constatiert, von denen 148 tötlich verliefen.

— Verbreitung der Pest. Britisch-Indien. Vom 19. bis zum 25. December erkrankten 7737 Personen und starben 6559. — Türkei. In Djedda wurde am 14. und 16. Januar je ein Pesttodesfall constatiert. — Aegypten. Vom 15. bis zum 21. Januar erkrankten 8 und starben 4 Personen.

— Poliomyelitis. In Preussen wurden vom 16. bis zum 22. Januar 11 Erkrankungen und 3 Todesfälle constatiert. — In Oesterreich wurden vom 19. bis zum 15. Januar 8 Erkrankungen constatiert.

— Die Pest in Russland. Am 23. Januar fanden in Naursali-Tschagyl (Kirgisensteppe, Gouv. Astrachan) wieder 2 Erkrankungen an der Pest statt, von denen eine tötlich verlief.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 10. bis zum 16. Januar 1910 555 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 64, Typh. exanth. 6, Febris recurrens 20, Pocken 41, Windpocken 22, Masern 143, Scharlach 107, Diphtherie 98, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 3, an anderen Infectionskrankheiten 56.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 13332. Darunter Typhus abdominalis 301, Typhus exanth. 28, Febris recurrens 45, Scharlach 328, Masern 101, Diphtherie 259, Pocken 223, Windpocken 4, Cholera 0, crupöse Pneumonie 85, Tuberculose 804, Influenza 101, Erysipel 17, Keuchhusten 0, Hautkrankheiten 70, Syphilis 557, venerische Krankheiten 333, acute Erkrankungen 2266, chronische Krankheiten 2092, chirurgische Krankheiten 1696, Geisteskrankheiten 3363, gynäkologische Krankheiten 265, Krankheiten des Wochenbetts 62, verschiedene andere Krankheiten 71.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 882 + 60 Totgeborene + 45 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 5, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 17, Masern 32, Scharlach 27, Diphtherie 23, Keuchhusten 15, crupöse Pneumonie 39, katarrhalische Pneumonie 99, Erysipelas 10, Influenza 5, Pyämie und Septicaemie 14, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 112, Tuberculose anderer Organe 34, Dysenterie 2, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 42, andere Magen- und Darmerkrankungen 30, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 57, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 287.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 11. Januar in Wologda Dr. P. Strelzow, geb. 1862, approbiert 1888; 2) in Sewastopol Dr. J. Tschekunow, geb. 1855, approbiert 1882; 3) in St. Petersburg Dr. S. Ssabinskij, geb. 1835, approbiert 1866, consultierender Arzt an den Erziehungsanstalten des Ressorts der Kaiserin Maria; 4) in Kischinew Dr. M. Frenkel, geb. 1859, approbiert 1884; 5) in Berditschew Dr. L. A. Baumholz, im Alter von 73 Jahren. Im Jahre 1869 approbiert, begann Dr. B. seinen Dienst als Dorfarzt und war darauf Chefarzt des Stadthospitals in Berditschew. Nachdem er diese Stellung aufgegeben, widmete er sich der Privatpraxis und war ausserdem im Laufe von 30 Jahren Arzt an den zum Unterrichtsministerium gehörenden Lehranstalten in Berditschew. Hauptsächlich hatte er aber seine Zeit und seine Kräfte der Wohltätigkeit gewidmet, der er mit ganzer Seele ergeben war. Als Arzt zeichnete er sich durch grosse Opferfreudigkeit aus und genoss mit Recht die Achtung und Liebe der Patienten und Collegen. Sit tibi terra levis; 6) am 2. Febr. in Berlin Prof. Dr. W. Krause, im Alter von 76 Jahren; 7) Dr. W. Frank Haehnlen, Professor der Geburtshilfe an dem Medico-Chirurgical College in Philadelphia; 8) Dr. Uzziel Ogden, Professor der Gynäkologie an der Universität in Toronto.

— Ich bin von jetzt ab in Redactionsangelegenheiten täglich von 6 bis 7 Uhr abends mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage zu sprechen.

F. Dörbeck.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. Febr. 1910.

Tagesordnung: 1) Hoerschelmann: Ueber die sogenannte Ichthyosis congenita.
2) Wichert: Ueber Prostatectomia suprapubica.

Geschäftliche Sitzung: Beratung über die Subventionierung der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» seitens des Vereins.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Febr. 1910.

Tagesordnung: A. Wladimiroff: Ueber Piroplasmosen.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 7 St. Petersburg, den 13. (26.) Februar 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Dr. Johannes Krannhals. †

Aus Riga ist telegraphisch die Trauernachricht eingetroffen, dass unser verehrter College Dr. med. Johannes Krannhals am 6 (19) Februar gestorben ist. Wir betrauern in dem Verstorbenen einen langjährigen Mitarbeiter unserer Wochenschrift, der sie im Laufe der letzten zwanzig Jahre als Redacteur in Riga vertreten hat.

D. R.

Ueber die Kehlkopftuberculose.

Referat, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress zu Dorpat am 23. August 1909.

Von

Dr. M. Kikuth-Riga.

M. H.! Mir ist der ehrenvolle Auftrag zu Teil geworden, hier auf dem I. balt. Aerztecongress Ihnen ein Referat über die „Tuberculosis laryngis" zu bringen. Wohl bin ich mir dessen bewusst, Ihnen nicht viel Neues mitteilen zu können, doch dürfte es Ihr Interesse erregen, an Ihrem geistigen Auge dasjenige, was wir über die Geschichte, Entstehung, Verhütung, Behandlung und Heilung der Kehlkopftuberculose wissen, vorüberziehen zu lassen.

Mit der Entfaltung neuer Probleme, mit den Fortschritten der Gesamtmedicin geht auch die Entwickelung der Lehre von der Kehlkopftuberculose Hand in Hand. Wenn auch oft auf stolze Hoffnungen manche Täuschungen folgten, so blieb doch neben den letzteren oft ein Fünkchen Wahrheit, auf dem man weiter bauen konnte, und dadurch sind die stolzen Hoffnungen nie vollständig zu Grabe getragen.

Mit der ältesten geschichtlichen Entwickelung der Lehre von der Kehlkopftuberculose will ich Sie, obwohl sie des Interessanten reichlich bietet, nicht lange aufhalten. Bei den ältesten Culturvölkern finden sich kaum Angaben über Kehlkopferkrankungen. Erst Hippokrates (460—370 v. Chr.), der erste Altmeister der Medicin, bereichert unsere Kenntnisse mit der Lungen- und Kehlkopfphthise bis zu einer Höhe, die erst nach 15 Jahrhunderten kaum wieder erreicht wird. Wahrhaft klassisch sind seine Schilderungen der beiden Krankheitsbilder; auch ihren Zusammenhang kennt er bereits, der erst am Ende des 18. Jahrhunderts durch Louis wieder erkannt wird, und gibt in genialster Weise Allgemeinvorschriften, die auch heute z. T. noch giltig sind, indem er Spaziergänge, reichlichen Genuss von Milch (spec. Eselsmilch) und Vermeiden von Excessen in Baccho et Venere empfiehlt. Auch dem zweiten Altmeister der Medicin, Galenos (131—201 n. Chr.), war die Kehlkopfphthise nichts Fremdes. Ebenso wie Hippokrates bringt er ulceröse Processe des Larynx mit denen der Lunge in Zusammenhang. Nach ihm wird die Lunge jedoch durch den aus dem Larynx herabfliessenden ätzenden Schleim inficiert. Milchcuren, astringierende Einträufelungen und Opiate in Form von Mohnköpfen sind seine therapeutischen Massnahmen. Merkwürdig ist es, dass Galenos der Kehlkopfphthise eine gute Prognose stellt. Die späteren griechischen Autoren haben den klassischen Schilderungen Hippokratis und Galenos nichts neues hinzuzufügen.

An die griechischen Autoren lehnt sich die Schule von Salerno an, die vom 11—14 Jahrhundert in höchster Blüte stand. Aus dieser Schule erwähne ich Michael Savanorola (1430), der tumorartige Schwellungen des Kehldeckels beschreibt, die er sich durch starkes Herabdrücken der Zunge sichtbar machte. In Savanorola finden wir also einen Vorläufer der Kirstein-schen directen Laryngoskopie.

Aus der arabischen Schule ist hauptsächlich Avicenna (1000 n. Chr.) zu erwähnen; nach ihm wird die Phthise als solche durch Geschwüre der Atmungswerkzeuge her-

vorgerufen; leichte Geschwüre hielt er für heilbar, solche mit Knorpelzerstörung für unheilbar. Die Therapie der Araber war eine symptomatische.

Die erste Monographie über Anatomie und Physiologie der Larynx veröffentlicht im 16. Jahrhunder Fabricius de Aquapendente. Dieses Jahrhundert ist besonders gekennzeichnet durch die Verquickung der Medicin mit der Chemie, Mathematik und Astronomie; das Sternbild des Stieres regierte Hals und Kehlkopf, und dem Mercurius war die Heilung seiner Krankheiten zugeteilt. Theodor Zwingers (1533—1588) Name dagegen bedeutet wieder einen Fortschritt, insofern er die Infection des Larynx von der Lunge aus, und zwar durch den Auswurf annimmt. Fracastori (1483—1553) ist der erste, der die Uebertragbarkeit der Krankheit durch Gespräch mit Phthisikern behauptet, und Ambrois Paré erwähnt als erster die Schluckbeschwerden als Symptom der Geschwüre der Luftröhre.

Von den Autoren des 17. und 18. Jahrhunderts ist in erster Linie Morgagni zu nennen als Begründer des patholog.-anatom. Studiums der Kehlkopfkrankheiten. Doch erst Lieutaud (1703—1780) gibt die erste einwandfreie pathol.-anatom. Schilderung einer Larynx-Tuberculose, ausserdem eine des Krankheitsbildes, die den Zusammenhang mit der Lungentuberculose andeutet und auch nach heutigen Anschauungen richtig ist.

Von Willis, Schneider und Morgagni wurde im 17. Jahrhundert die Lehre vom „Rheuma", nach der schädliche Säfte vom Gehirn in die oberen Luftwege und in die Lunge herabfliessen sollten, bekämpft und fiel damit diese Lehre, eines der festesten Dogmen des Mittelalters. Schneider (1614—1680) deutet die Sputuminfection an und würdigt die Schluckschmerzen der Larynxphthisiker. Henricus Petraeus (1615) ist der richtigen Ansicht, dass die letale Kräftecon-sumption durch das gleichzeitig bestehende Lungenleiden hervorgerufen sei, wenn auch die Larynxphthise das klinische Bild beherrsche. Baglivi und Morton (Ende der 17. Jahrhunderts) betonen zuerst, im Gegensatz zur Galenschen und Avicennaschen Schule die Ungünstigkeit der Prognose. In dieser Zeit werden therapeutisch „erweichende" und „reinigende" Mittel angewandt, während Sydenham (1624—1689) wieder den Genuss von Eselsmilch empfiehlt, und Fabricius Hildanus (1560—1634) als der erste mit besonderen Instrumenten Fremdkörper aus dem Schlund zieht und damit das erste laryngologische Instrumentarium begründet.

Das 18. Jahrhundert bringt, im Gegensatz zum vorangehenden, der gesamten Medicin so gut wie keine Fortschritte, so auch nicht der Lehre von der Kehlkopfphthise. Wohl gibt Borsieri de Kanilfeld (1725—1785) eine ausserordentlich klare und ausführliche Schilderung der Larynxphthise. Auch die grossen französischen Chirurgen Desault und Chopart kennen die Krankheit gut; ersterer macht sogar den Vorschlag, den Kehlkopf zu eröffnen und die erkrankte Stelle zu beseitigen, wenn er sich auch bei der schlechten Prognose keine grossen Erfolge verspricht.

Die Autoren um die Wende des 18. und 19. Jahrhunderts sprechen von einer „Phthisis laryngea", welcher Name infolge des Verfalls des Körpers, hervorgerufen durch die Erkrankung des Kehlkopfes, der Krankheit gegeben wurde. Das ätiologische Moment kommt bei diesen Autoren weniger in Betracht. Denn unter dem Begriff „Phthisis laryngea" wurde eine ganze Reihe verschiedener Erkrankungen zusammengefasst. Besonders wurde die Lues des Kehlkopfes auch als Larynxphthise bezeichnet, deren Prognose noch ungünstig war, weil erst später die systematische Behandlung der tertiären Lues mit Jodkali durch Riccord begonnen wurde.

Erst mit dem Auftreten des grossen französischen Klinikers Laennec (1823), der die Phthisis pulmonum als eine Tuberculosis auffasste, beginnt eine neue Epoche in der Lehre der Kehlkopftuberculose, indem sich an die Laennecsche Auffassung der Tuberculose der Lungen eine Discussion über die Aetiologie der Phthisis laryngea anschloss, welche fast bis zum Jahre 1880 währte.

Mit der verfeinerten Diagnostik, mit der Entdeckung des Kehlkopfspiegels durch Garcia (1855) und mit der Entdeckung des Tuberkelbacillus durch Koch (1882) wird die Lehre der Kehlkopftuberculose in neue, moderne Bahnen geleitet, denn nun war es auch möglich, die Krankheit auch in den Fällen zu erkennen, wo das für die alten Aerzte charakteristische Moment, die Zehrung des Körpers, fehlte.

Doch schon lange vor der Erfindung des Kehlkopfspiegels finden wir Versuche einer systematischen endolaryngealen Behandlung der Kehlkopftuberculose durch Pinselungen und Einspritzungen von Argent. nitr. Lösungen und Einblasungen von Pulvern, wie sie bereits von Trousseau und Belloc im Jahre 1827 ausgeübt wurden, die allerdings nur bei einfachen Laryngitiden Erfolge erzielte.

Ja auch die Tracheotomie, die soviel in den letzten Jahren bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose bei Schwangeren und Nichtschwangeren ausgeführt wurde, empfehlen diese Autoren sehr warm. Bemerken möchte ich hier, dass Paul von Aegina im 7. Jahrhundert n. Chr. die Tracheotomie schon gekannt hat, sie jedoch nur bei gesunden Lungen für erlaubt hält und Avenzoar (1113—1162) sie, nachdem er die Operation an Ziegen ausgeübt hat, bei schweren Erstickungserscheinungen empfiehlt.

Hasse und Rokitansky, die als Begründer der patholog. anatom. Lehre spec. der Kehlkopftuberculose angesehen zu werden pflegen, haben in zusammenhängender Weise die Tuberculoseerkrankung des Larynx beschrieben, und ihr die richtige Stelle im Gesamtbilde der Tuberculose zugewiesen. Die berühmte und klassische Schilderung der Kehlkopftuberculose von Rokitansky stammt aus dem Jahre 1842; dieser hat auch die moderne patholog.-anat. Forschung nur wenig hinzuzufügen.

Nach Erfindung des Kehlkopfspiegels durch Manuel Garcia (1854) und der Einführung desselben in die ärztliche Praxis durch Ludwig Türck und Johann Czermak beginnt die moderne Aera der Diagnose der Kehlkopfkrankheiten und ihrer localen Therapie, deren Früchte auch der Behandlung der Larynxtuberculose zu Gute kommen. Neben der Allgemeinbehandlung wendet Türck Einblasungen von Pulver-Alaun, Argent. nitr. und andere an. Er empfiehlt bei Oedemen die Scarification. Auch die Tracheotomie empfiehlt er bei Suffocationserscheinungen.

Die Inhalationstherapie wird etwa seit dem Jahre 1860 ausgeübt; seit dieser Zeit kommt die Behandlung der Kehlkopftuberculose in Curorten durch Trink- und Inhalationscuren immer mehr und mehr in Anwendung.

Seit Hermann Brehmer (1859), der mit apodiktischer Sicherheit die Heilbarkeit der Lungentuberculose aussprach, waren auch der Kehlkopftuberculose die Bahnen der hygien.-diät. Behandlungsweise vorgezeichnet.

Die galvanokaustische Behandlung ist von Voltolini im Jahre 1871 eingeführt worden.

Mit Moritz Schmidt begann am Anfang des 8. Jahrzehntes des 19. Jahrhunderts eine energische active Therapie der Kehlkopftuberculose. Im Jahre 1880 publicierte er die von ihm geübten Scarificationen und tiefen Einschnitte. Wie bereits mitgeteilt, hatte Türck diese schon ausgeübt, doch ist es das Verdienst Schmidts, die Technik vervollkommnet und vor allen Dingen der chirurg. Behandlung der Kehlkopftuberculose neue

Bahnen vorgezeichnet zu haben. Bald nach Veröffentlichung der von ihm geübten Scarificationen und tiefen Einschnitte nahm Schmidt die schon bereits von Trousseau und Belloc ausgeführte Tracheotomie wiederum in den Bereich der chirurg. Behandlung der Kehlkopftuberculose auf. Die Streitfragen über die Erfolge der Tracheotomie wogen bis heute hin und her. Viele wollen günstige Erfolge constatiert haben, andere, wie Morell Mackenzie, konnten nichts Günstiges über die Tracheotomie berichten.

Auf der 59. Naturforscher- und Aerzteversammlung legte Theodor Heryng den Specialcollegen seine Behandlungsweise der Kehlkopftuberculose vor, welche, wie bekannt, im Curretement besteht. Krause, der selbst in der Vervollkommnung der chirurg. Behandlung der Larynxtuberculose grosse Verdienste sich erworben hat, urteilt über die von Heryng geübte Methode folgendermassen: „Erst durch das von Heryng erprobte und empfohlene Verfahren, die geschwürig zerfallene und wuchernde Kehlkopfschleimhaut auszuschaben, die Infiltrate mit der Curette zu zerschneiden und zu entfernen und so einen gesunden Geschwürsgrund zu schaffen, der durch Milchsäure zur Vernarbung gebracht werden kann, ist meines Erachtens auf diesem Gebiete der grösste und weittragendste Fortschritt gemacht worden. Die Uebertragung dieses chirurg. Eingriffs auf den Kehlkopf ist einer der kühnsten und erfolgreichsten Schritte gewesen, welche in der endolaryngealen Therapie überhaupt gemacht worden sind".

Die Curretage des Larynx erfuhr nun eine weitere Ausgestaltung durch Verbesserung des Instrumentariums, welche sich an die Namen Krause, Landgraf, Heymann und andere knüpft. Krause gebührt das Verdienst, das wirksamste Mittel zur Behandlung des mit der Curette gereinigten ulcus, die Milchsäure in die Therapie der Kehlkopftuberculose eingeführt zu haben.

Der Vollständigkeit wegen will ich noch die äusseren chirurg. Eingriffe bei der Larynxtuberculose erwähnen. Neben der Tracheotomie kommen noch die Laryngofissur und die Exstirpation des Kehlkopfes als äussere Operationen in Betracht. Eine ganze Reihe Autoren haben die Laryngofissur bei der Kehlkopftuberculose geübt; ich nenne nur die Namen Grünwald, Kuttner, Küster, Schmiegelow und Goris. Doch auch die Exstirpation des ganzen Kehlkopfes ist zunächst mehrfach auf Grund einer Fehldiagnose, einer Verwechselung mit Carcinom gemacht worden. Doch auch nach Stellung einer richtigen Diagnose hat die Vervollkommnung dieser Operation durch Gluck manche Erfolge gezeitigt.

Nach diesem Excurs zur geschichtlichen Entwickelung der Larynxtuberculose sei es mir gestattet, weiter auf die Entstehung, Verhütung, Behandlung und Heilung der Kehlkopftuberculose einzugehen.

Die Infection des Kehlkopfes erfolgt durch den Tuberkelbacillus, welcher bei den primären Fällen, falls solche überhaupt vorkommen, nur durch die Einatmung in den Kehlkopf gelangen kann. Bei den secundären Fällen erfolgt die Infection, wie man bisher annahm, von dem bacillenhaltigen Sputum aus den Lungen her, wenn auch eine Infection durch den Blut- und Lymphstrom nicht in Abrede gestellt wurde. Sicher wird bei der miliaren Form der Kehlkopf auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn inficiert. Der häufige, in den letzten Jahren durch die Röntgenaufnahme constatierte, Befund frühzeitiger Erkrankung des Lungenhilus vor dem Befallensein der Lungenspitzen legt die Annahme einer Erkrankung der Lungenspitzen auf dem Lymphwege vom Hilus aus im Gegensatz zur primären Erkrankung des Bronchialbaumes nahe. Jedenfalls ist von vergleichenden Untersuchungen an der Hand von Röntgen- und Sectionsbefunden Aufklärung über die Infectionswege bei der Lungen- und Kehlkopftuberculose zu erwarten.

Was die Localisation der Tuberculose in den oberen Luftwegen anbetrifft, so nimmt die des Larynx durch ihre Häufigkeit den ersten Rang ein. Unter 24410 ambulanten Patienten der Wiener Klinik, welche an Hals- und Nasenkrankheiten litten, fand Chiari 635 mal Tuberculose des Kehlkopfes, also $2^1/_2\%$. Die Angaben über die Häufigkeit der Tuberculose des Kehlkopfes zu der der Lungen zeigen bei den Autoren grosse Unterschiede. Schech nimmt an, dass in etwa 30% der Fälle von Lungentuberculose Kehlkopftuberculose vorhanden sei; Chiari findet dieselben Zahlen; Turban gibt 18,3% an. Die Luftröhre erkrankt ohne Beteiligung des Larynx sehr selten. Häufig dagegen schliesst sich an die Tuberculose des Kehlkopfes die der Luftröhre an. Dass das weibliche Geschlecht im Allgemeinen weniger von der Lungen- und Kehlkopftuberculose befallen ist, ist bekannt. Im Kindesalter kommt die Kehlkopftuberculose selten vor; doch immerhin sind in der Literatur mehrere Fälle publiciert worden. Vor dem 3. Jahr wurde sie nur ausnahmsweise beobachtet. Das 3. und 4. Decennium ist hauptsächlich befallen, doch auch das spätere Alter bis zum Greisenalter ist nicht frei. — Die Frage der lateralen Correspondenz der tuberculösen Lunge und der Kehlkopferkrankung ist besonders von Krieg eingehend erörtert worden. Unter 700 Fällen von Kehlkopftuberculose fand Krieg 275 mal = 39,3% einseitige Erkrankung, von diesen 275 waren 252 = 91,6% correspondierend mit der befallenen Lungenseite erkrankt. Andere Autoren, wie Moritz Schmidt und Jurasz konnten die laterale Correspondenz nicht finden. Die neueste Arbeit in dieser Frage stammt von Laub-Budapest. Er hat das Material der Lungenheilstätte Wilhelmsheim zur Entscheidung herangezogen. Aus seinen Zahlen geht hervor, dass eine solche Correspondenz nicht als Regel betrachtet werden kann.

Nach meiner Erfahrung habe ich den Eindruck, dass bei einseitiger Erkrankung des Larynx eine laterale Correspondenz mit der der Lunge in den meisten Fällen zu constatieren ist. In den Fällen, in denen solches nicht möglich ist, möchte ich die Schuld unserer mangelhaften diagnostischen Fähigkeit zur Diagnosticierung der Lungentuberculose beimessen, denn gar oft sind beide Lungenspitzen bei einer initialen Tuberculose afficiert; bei einer mit einer Kehlkopftuberculose complicierten Lungentuberculose dürfte solches stets der Fall sein, wenn auch die Untersuchung uns nur eine Erkrankung der einen Seite erkennen lässt, aus welchem Grunde die laterale Correspondenz nicht immer gefunden werden könnte. Wie schon bemerkt, dürfte von vergleichenden Untersuchungen von Röntgen- und Sectionsbefunden eine Klärung dieser Frage zu erwarten sein.

Aus dieser Auseinandersetzung neige ich mich, wie Sie, m. H., ersehen, zu der Anschauung, dass die Erkrankung des Kehlkopfes, wenigstens bei nicht weit vorgeschrittener Lungentuberculose, auf dem Wege der Lymphbahnen stattfindet, wenn ich auch durchaus nicht in Abrede stellen will, dass eine Larynxtuberculose bei weiter vorgeschrittener Lungentuberculose durch Sputuminfection zustande kommt.

Die tracheobronchialen und bronchopulmonalen Lymphdrüsen sind in normaler Beschaffenheit im Röntgenbilde nicht zu sehen, wohl aber, wenn sie erheblich geschwollen sind. Ihr Nachweis dürfte zur Klärung der Frage der Entstehung der Kehlkopftuberculose von grosser diagnostischer Bedeutung sein.

Die klinischen Formen, unter welchen die Kehlkopftuberculose auftritt, sind gar mannigfaltig, doch lassen sie sich auf folgende vier einfache Formen zurückführen:

1. Die tuberculöse Infiltration.
2. Das tuberculöse Geschwür.
3. Der tuberculöse Tumor.
4. Die miliare Form der Tuberculose.

Diese vier Formen können getrennt oder in mannigfachen Verbindungen vorkommen. Die Infiltration kann ganz allein vorhanden sein; das Geschwür jedoch ist selten ohne, meist mit recht erheblicher Infiltration verbunden; der Tumor findet sich auch oft allein, dagegen das miliare Knötchen wohl nie ohne andere Zeichen tuberculöser Erkrankung in der Nachbarschaft.

Die Infiltration tritt als diffuse oder mehr circumscripte auf. Vorherrschend beginnt die Infiltration an der Epiglottis, setzt sich dann auf die lig. ary-epiglottica fort und geht dann auf die Arygegenden und auf die Regio interarytaenoidea über. Eine grosse Mannigfaltigkeit zeigen die Infiltrationen, die an der Plica arytaenoidea auftreten. Dieselben stellen sich uns dar als eine mehr oder weniger diffuse Schwellung, als Faltungen der Schleimhaut, als Zapfen, Kegel, welch' letztere so gross werden können, dass sie bis zu einer gefahrdrohenden Stenose das Lumen der Glottis verengern können.

Die Infiltration des Stimmbandes kann jeden einzelnen Teil, gewöhnlich die Gegend des proc. vocalis sowie auch das ganze Stimmband in seiner ganzen Ausdehnung befallen. Ist letzteres der Fall, so zeigt das Stimmband ein charakteristisches Aussehen; es ist walzenförmig geschwollen, gerötet und matt glänzend. Häufig ist jedoch auch nicht das ganze Stimmband in seiner ganzen Breite von einer Infiltration befallen, sondern nur der dem freien Rande gegenüberliegende Teil oder nur der freie Rand. Als charakteristischer Beginn einer Kehlkopftuberculose an den Stimmbändern wären noch die Zackungen am freien Rande zu erwähnen, welche häufig auf ein unter dem Stimmbande sitzendes tuberculöses Geschwür hinweisen. Die Infiltration des Taschenbandes tritt am häufigsten diffus auf; sie kann solche Dimensionen annehmen, dass das darunterliegende Stimmband vollständig verdeckt, ja eine Behinderung der Function desselben hervorgerufen wird.

Alle Formen der tuberculösen Infiltrate haben mit einander gemeinsam, dass sie verhältnismässig langsam verlaufen; manchmal können sie durch viele Jahre unverändert bestehen bleiben. Sie sind auch der chirurg. Behandlung am meisten zugänglich und geben eine verhältnismässig gute Prognose. Trotzdem ist die Prognose auch bei diesen Formen sehr zweifelhaft zu stellen, selbst wenn die Erscheinungen in den Lungen noch nicht weit vorgeschritten sind. Die Erfahrung hat nämlich gelehrt, dass auch diese Formen sehr gern in die ulcerierende übergehen. Veranlassung dazu bieten vor allem schlechte hygien. und diätetische Verhältnisse, dann Fortschreiten der Erkrankung in den Lungen und überhaupt alle Schädlichkeiten, welche die Widerstandskraft des Organismus vermindern. Histologisch besteht die Infiltration aus Tuberkeln, Riesenzellen, Leukocyten und spärlichem Bindegewebe.

Das tuberculöse Geschwür entsteht durch Zerfall der oberflächlichen, dicht nebeneinanderliegenden Knötchen. Es trägt die charakteristischen Zeichen des tuberculösen Geschwürs der Schleimhaut: ein schmutzig gelber oder grau belegter Geschwürsgrund mit unregelmässigen zackigen Rändern. Durch Zerfall tiefer liegender Infiltrate entstehen kraterförmige Geschwüre. Schreitet der Zerfall in dem lockeren submucösen Bindegewebe rascher fort als in der Schleimhaut, dann bekommen die Substanzverluste einen unterminierten Rand, in dessen Umgebung es oft zu heftigen entzündlichen Veränderungen kommt. Intensive Rötung und Schwellung, manchmal von Oedem begleitet, bedingen häufig eine schnell zunehmende Stenosierung des Larynx. Auch greift die Erkrankung nicht selten auf das Perichondrium über, welches dann durch Eiterbildung von den Knorpeln losgelöst wird, wobei Strepto- und Staphylococcen häufig mitwirken. Später kann es zur Nekrose und Abstossung einzelner Teile oder ganzer Knorpel kommen. Die heftigen Schmerzen beim Schlingen bedingen eine bedeutende Störung in der Ernährung. Dadurch wird wieder der Zerfall der Infiltrate sowie das Weitergreifen der Geschwüre begünstigt, so dass endlich in vielen Fällen ausgebreitete Zerstörungen des Larynx zustande kommen.

Das tuberculöse Geschwür des Stimmbandes zeigt gewöhnlich eine Längsrichtung. Auch Randgeschwüre am freien Rande kommen häufig vor; ebenso im hinteren Drittel, welche die Tendenz haben, auf die vordere Fläche der hinteren Larynxwand überzugehen.

Die tuberculösen Tumoren des Kehlkopfes stellen im Gegensatz zu den eben besprochenen Affectionen eine äusserst seltene Form der Tuberculose dar. Makroskopisch gleicht der tuberculöse Tumor einem Papillom oder Fibrom. Der histologische Bau erweist sich aus jungem oder älterem fibrösem Gewebe aufgebaut, in dem Tuberkel und Riesenzellen nicht, oder nur mit Mühe aufgefunden werden. Der häufigste Sitz des tuberculösen Tumors ist an den Taschenbändern, Stimmbändern und an der Hinterwand zu suchen.

Bei der miliaren Form der Kehlkopftuberculose entstehen unter heftigem Fieber und Allgemeinerscheinungen starke Schwellungen, welche sich über alle Teile des Larynx erstrecken. In diese Schwellungen sind zahlreiche weissliche oder gelbliche Knötchen eingelagert, welche oft binnen weniger Tage zu kleinen Geschwürchen zerfallen und sich auch mit einander zu oberflächlichen, aber weit ausgebreiteten Geschwüren vereinigen.

Auch der Lupus tritt im Kehlkopf auf, und zwar hauptsächlich bei gleichzeitigem Bestehen von Lupus der äusseren Haut, der Nase und des Rachens; doch auch primärer Lupus des Kehlkopfes ist sicher beobachtet worden.

Combiniert kann eine Larynxtuberculose mit Lues oder Carcinom sein. Erstere Krankheit ist wohl am häufigsten als Complication anzutreffen. Hier und da entwickelt sich in einem an Tuberculose erkrankten Larynx, namentlich bei den Infiltrationsformen, Carcinom. Es findet sich dann neben den tuberculösen Veränderungen ein tumorartiges Gebilde von meist höckeriger Oberfläche. Die Differentialdiagnose wird hier nur durch die histologische Untersuchung exstirpierter Partikel möglich sein.

Ueber die Gravidität als Complication der Kehlkopftuberculose ist in den letzten Jahren soviel geschrieben worden, dass ich der mangelnden Zeit wegen Sie nur auf die Literatur verweisen möchte. Kehlkopftuberculose und Gravidität würde den Rahmen eines Referates vollkommen füllen.

Da die Tuberculose in den Frühstadien oft heilt, ist die Prognose der Frühformen ziemlich günstig, aber wegen des möglichen Ueberganges in schwerere Formen immer zweifelhaft zu stellen. In den späteren Stadien dagegen ist die Prognose, je stärkere Affectionen vorhanden sind, je mehr die Geschwürsbildung überwiegt, desto ungünstiger.

Wichtig ist bei allen Formen der allgemeine Zustand und der Befund des Lungenleidens. Je schlechter diese sind, desto weniger ist zu erwarten. Entwickelt sich die Tuberculose des Larynx während der Schwangerschaft, so ist der Verlauf gewöhnlich ein rapider. Perichondritis und Stenosen sind sehr ungünstige Momente.

Heilung oberflächlicher kleiner Geschwüre erfolgt zuweilen spontan, dagegen ist dieser Ausgang bei tieferen und ausgebreiteteren Geschwüren sicherlich eine Ausnahme. Durch entsprechende locale Behandlung, durch chirurg. Eingriffe kann jedoch eine Heilung erzielt

werden. Solche Heilungen sind auch anatomisch nachgewiesen worden. Es finden sich dann feste Narben, aber in der Tiefe des Gewebes und unterhalb der Narben konnte man fast immer noch Tuberkelknoten nachweisen. Daher ist eine dauernde Heilung etwas mehr ausgebildeter Formen ausserordentlich selten.

Was die Verhütung der Kehlkopftuberculose anbetrifft, so fällt diese mit der Verhütung der Tuberculose im Allgemeinen zusammen. Hierher gehört der grosse Kampf gegen die Tuberculose, der in den letzten zwanzig Jahren in allen Culturländern mit Erfolg aufgenommen worden ist.

Die Behandlung der Larynxtuberculose dürfte in erster Linie wohl auch in einer hygien.-diät. bestehen, da diese sich natürlich hauptsächlich gegen das Lungenleiden richtet, doch muss diese mit der localen Behandlung unterstützt werden. Ruhe und Schonung des erkrankten Organs sind unablässige Erfordernisse. Die Anwendung pulverförmiger Mittel durch Insufflation dürfte die am wenigsten versprechende Methode der localen Behandlung sein. Weit wirksamer als die Pulver ist die Application von flüssigen Substanzen, und unter diesen nimmt die von Krause empfohlene Milchsäure unstreitig den ersten Platz ein. Doch damit sie zur Wirkung kommt, muss sie in den Geschwürgrund eingerieben werden. Geschwüre, die von callösen Rändern umkränzt sind, müssen erst curettiert werden. Die Wirkung der Milchsäure auf geschlossene Infiltrate ist kaum nennenswert.

Endlich erwähne ich noch, bevor ich auf die chirurgische Behandlung eingehe, die Anwendung des elektrischen Lichtes, das Freudenthal versuchte, und die der Sonnenbestrahlung, über die Sorgo als erster berichtet. Auch die Biersche Stauung ist in den letzten Jahren in den Bereich der Therapie bei der Kehlkopftuberculose gezogen worden.

Die chirurgische Behandlung. Das Instrumentarium, das zur chirurg. Behandlung der Larynxtuberculose in sinnreicher Weise ersonnen ist und dessen Construction sich an die Namen Heryng, Blumenfeld, Krause, Landgraf und andere knüpft, ist reichhaltig und genügt bei einiger Geschicklichkeit des Operateurs vollkommen. Die Technik der endolaryngealen Operationen sich anzueignen, erfordert jedoch viel Uebung. Unter den üblen Zufällen, die bei den endolaryngealen Operationen auftreten, steht die Blutung an erster Stelle. Schwerere Blutungen dürften jedoch selten eintreten und dürfte bei denselben der einzige Weg die Tracheotomie oder Thyreotomie sein.

Die Indication zu einem operativen Eingriff bei der Larynxtuberculose erfordert immerhin Erfahrung und ein kritisches Abwägen des Erreichten und Erreichbaren. Von der Erkrankung der Lungen dürfte es hauptsächlich abhängen, ob ein Kehlkopftuberculöser einem operativen Eingriff unterworfen werden soll oder nicht. Meiner Ueberzeugung nach hat es keinen Sinn, einen Schwerkranken, bei dem die Lungentuberculose einen bösartigen Verlauf nimmt, einer eingreifenden Operation zu unterziehen. Durch eine symptomatische Behandlung dürfte man hier denselben Erfolg erzielen. Hiermit will ich jedoch nicht gesagt haben, dass bei Schwerkranken jeglicher operative Eingriff vermieden werden soll; es gibt sehr viele Fälle, in denen wir durch einfache Eingriffe wie durch Incisionen perichondritischer Abscesse des Aryknorpels eine bestehende Dysphagie beseitigen oder erträglich machen können. Ebenso schmerzlindernd wirken zuweilen Incisionen bei diffuser Infiltration der Epiglottis, der Hinterwand und der aryepiglottischen Falten. Es dürfte sich jedenfalls empfehlen, in diesen Fällen mit Incisionen zu versuchen. Einen wirklichen Erfolg verspricht ein operativer Eingriff jedoch nur in den Fällen, in denen die Infiltration oder ein tuberculöses ulcus scharf begrenzt ist, denn eine Tendenz zur Heilung ist nur dann vorhanden, wenn alles Krankhafte entfernt ist. Schröder-Schömberg berichtete auf der V. Tuberculoseärzteversammlung am 15. und 16. Juni 1908 in München über insgesamt 384 Fälle von Kehlkopftuberculose. Er sah bei fieberloser, geschlossener Lungentuberculose 94 % gute Erfolge, bei offener Lungentuberculose ca. 50 % gute Resultate der Kehlkopfbehandlung und betont nach dieser Erfahrung die Abhängigkeit des Erfolges der Kehlkopfbehandlung von dem Grade der Lungenerkrankung. Oft ist eine energische Behandlung von bestem Erfolge. Nach Tuberculininjectionen sah Schröder geschlossene Infiltrate in ulcera übergehen, welche Beobachtung auch ich häufig gemacht habe. Der Tracheotomie, die bereits in den ersten zwanziger Jahren des vorigen Jahrhunderts von Trousseau, Belloc und anderen als curativer Eingriff bei der Larynxtuberculose warm empfohlen wurde, worauf sie dann wieder der Vergessenheit mehr oder weniger anheimfiel, legte im 8. Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts Moritz Schmidt einen gewissen Heilwert bei. Nach ihm besteht der Nutzen, den die Tracheotomie bei der Larynxtuberculose stiftet, in einer Vermehrung der Sauerstoffaufnahme und in einer Verminderung der Schluckschmerzen durch die Abnahme der Schwellung. Infolge dieser beiden Momente tritt eine Besserung der Ernährung ein. Direct soll der Nutzen der Tracheotomie für den Larynx in der Abhaltung schädlicher thermischer und chemischer Reize und in der erzwungenen Ruhe des Organes bestehen. Es entspann sich nach Moritz Schmidt eine Discussion für und wider die Tracheotomie. In letzterer Zeit scheint sie wieder mehr und mehr verlassen zu werden, denn die Vorteile, die Moritz Schmidt anführt, scheinen sich nach den neuesten Autoren nicht zu bestätigen. Blumenfeld z. B. sagt: „dass bei einem Larynxphthisiker durch die Eröffnung freier Respiration eine Besserung des Ernährungszustandes eintreten kann, soll nicht geleugnet werden, jedoch betrifft dieser Vorteil der Tracheotomie nicht diese allein, sondern jede anderweitige Eröffnung der stenosierten Stelle ebenfalls. Das Schluckweh habe ich in den Fällen meiner Beobachtung einige Mal etwas gebessert gesehen, in anderen wurde es keineswegs gebessert, ja die Beschwerden wurden durch die Canüle noch gesteigert, besonders dann, wenn der subglott. Teil des Larynx oder auch die Luftröhre tuberculös erkrankt war. Wie weit letzteres der Fall ist, kann man bei einigermassen stenosiertem Kehlkopf nicht vorher übersehen.

Wenn in einigen Fällen eine geringe Abschwellung beobachtet wird, so dürfte diese durch Abschwellen der Oedeme zu erklären sein. Es ist anzunehmen, dass die Tracheotomie-Wunde in ähnlicher Weise wirkt, wie die von den älteren Autoren, auch noch von Krieshober empfohlenen Sinapismen, Moxen etc. Was die Ruhigstellung des Kehlkopfes betrifft, so kann sie in Bezug auf die Sprache auch durch ein strenges Gebot hergestellt werden.

Dass der Kehlkopf beim Husten auch nach eröffneter Luftröhre einen Verschluss der Glottis oder einen dem, entsprechenden des Taschenbandes herzustellen sucht, kann jeder an tracheotomierten Individuen leicht nachweisen, auch ergibt es sich u. a. aus den Versuchen Valentins. Von dieser Seite ist also nichts Heilsames zu erwarten; im Gegenteil die Fortschaffung des Schleimes aus dem Kehlkopf wird erschwert, und man sieht sein Inneres fast ausnahmslos mit einer glasigen Schleimschicht bedeckt. Bei sehr ausgedehnter Erkrankung des Kehlkopfes und erheblicher Dysphagie sah ich verschiedentlich Speiseteile aus der Canüle herausgeschleudert werden, die den Larynx passiert hatten. Alle diese Momente aber verschwinden gegen die Nachteile, welche

für die Lunge aus der Eröffnung der Trachea entspringen, und diese lassen die vorübergehenden Besserungen im Befunde des Larynx, die keineswegs bestritten werden sollen, m. E. vollkommen in den Hintergrund treten. Abgesehen davon, dass die Ausschaltung der oberen Luftwege durch das Fehlen der Erwärmung der Respirationsluft, das ungehinderte Eindringen von Staub ungünstig wirkt, dass erstere einen Aufenthalt im Freien bei ungünstiger Witterung sehr beschränkt, ist der üble Einfluss der erschwerten Expectoration bei bestehendem Lungenleiden ein Umstand von ungünstigster Bedeutung". „Individuen mit gesunden Lungen können bekanntlich Decennien mit der Trachealcanüle leben, aber für die Lungentuberculose gilt das nicht; gerade wenn sie noch gering an Ausdehnung ist, besteht die Gefahr der Verschlechterung der Lunge, und wenn sie fortgeschritten ist, dann wird das Lebensende der Kranken zur unendlichen Qual". Ebenso urteilt auch Glöckner: „Der Glottisschluss, der auch bei tiefgreifender Zerstörung der Stimmlippen im Kehlkopf noch irgendwie zustande kommt, fehlt, und damit ist die Mechanik der Expectoration verloren gegangen, diese geht durch die Trachealcanüle unendlich schwer vor sich, zumal, wenn der Auswurf münzenförmig und geballt ist. Der schlechteste Kehlkopf ist für die Expectoration noch immer besser als die beste Canüle, und wer jemals einen solchen Kranken ad extremum beobachtet hat, wird kaum Neigung haben, die Tracheotomie auch dann zu machen, wenn sie nicht durch lebensbedrohende Suffocation indiciert ist".

Was die Tracheotomie bei tuberculösen Schwangeren anbetrifft, so ist sie m. E. auch nur bei drohender Stenose indiciert.

Heute neigt wohl der grösste Teil der Autoren dahin, dass die Tracheotomie bei der Kehlkopftuberculose keine heilende Operation ist. Drohende Stenosen, sind nach Möglichkeit endolaryngeal zu beseitigen, falls die anatomisch-pathologischen Verhältnisse solches überhaupt zulassen. Ist die vitale Indication der Tracheotomie angezeigt, so muss sie möglichst früh, d. h. sobald irgend welche stärkere Zeichen von Stenose eintreten, gemacht werden.

Die O'Dwyersche Intubation und die Dilatation nach Schrötter dürfte einen starken Reiz im Larynx hervorrufen, durch welchen der Zerfall des tuberculösen Infiltrates begünstigt wird, und diese Methode der Behandlung hat sich nicht einbürgern können.

Die Laryngofissur bei der Larynxtuberculose—ohne auf die Arbeiten der Autoren näher einzugehen—ist in den Fällen indiciert, in denen eine gründliche endolaryngeale Entfernung des Krankhaften aus irgend welchen Gründen nicht möglich ist. Je besser der Allgemeinzustand und der Zustand der Lunge ist, desto aussichtsvoller ist die Operation.

Eine Totalexstirpation des Kehlkopfes dürfte nur in den Fällen in Frage kommen, in denen der Kehlkopf diffus erkrankt ist und die Lungen bei sicherster Untersuchung vollkommen gesund befunden werden.

Ihnen, m. H., habe ich hiermit ein Bild unseres ärztlichen Könnens bei der Behandlung der Larynxtuberculose entrollt, bis hierher scheinen uns die momentanen Grenzen unseres Wissens und Könnens gezogen zu sein. Auf kaum einem Gebiete der Medicin wird in den letzten Jahren soviel gearbeitet wie auf dem der Tuberculose; eine gewaltige Literatur ist zu Tage gefördert worden; über vieles geht der Specialcollege mit einem mitleidigen Lächeln hinweg, vieles erregt mehr oder weniger seine Aufmerksamkeit; die Geschichte der Tuberculose resp. der Larynxtuberculose wird erst einst ihr objectives Urteil fällen.

Literatur:

1. Imhofer-Prag. Die Geschichte der Kehlkopftuberculose vor Erfindung des Kehlkopfspiegels. Marholds Verlagsbuchhandlung. Halle a. S. 2. Schröder und Blumenfeld. Handbuch der Therapie der chron. Lungenschwindsucht. Leipzig 1904. 3. Chiari. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Leipzig und Wien 1905. 4. Schmidt, Moritz. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1897. 5. Laennec. Die mittelbare Auscultation. Weimar 1823. 6. Trousseau und Belloc. Ueber Phthisis laryngea, Deutsch von Schnackenburg. Quedlinburg-Leipzig 1838. 7. Türck. Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien 1866. 8. Voltolini. Die Anwendung der Galvanokaustik im Innern des Kehlkopfes etc. Wien 1871. 9. Voltolini. Einiges über Phthisis laryngea und deren Operation. Allg. Wiener med. Zeitung 1884. 10. Heryng. Ein Beitrag zur chirurg. Behandlung der Kehlkopftuberculose. Deutsche med. Wochenschrift 1886. 11. Heryng. Die Heilbarkeit der Larynxphthise 1887. 12. Heryng. Fernere Beiträge zur chirurg. Behandlung der Larynxphthise. Klin. Zeit- und Streitfragen. Wien 1894. 13. Heryng. Fernere Beiträge zur vollständigen Resorptionsfähigkeit tuberc. Infiltrationen. Berl. klin. Wochenschrift 1893. 14. Schmidt, Moritz. Die Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung. Archiv f. klin. Medicin. Bd. 25. 1880. 15. Schmidt, Moritz. Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. Deutsche medic. Wochenschrift 1887. 16. Krause. Ueber Erfolge der neuesten Behandlungsmethode der Kehlkopftuberculose. Therapeut. Monatshefte 1899. 17. Gluck und Zeller. Ueber die prophylact. Resection der Trachea. Archiv f. klin. Chirurgie 1881. 18. Gluck. Verhandlungen süddeutscher Laryngologen 1. Juni 1903. 19. Schech. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Leipzig—Wien 1897. 20. Turban. Beiträge zur Kenntnis der Lungentuberculose. Wiesbaden. 1899. 21. Krieg. Eindringen der Tuberculose in den Kehlkopf. Fränkels Archiv. Bd. 8. Heft 3. 22. Laub. Klin. statist. Beitrag zur Frage der lateralen Correspondenz zwischen Kehlkopf- und Lungentuberculose und zur Frage, auf welchem Wege die Tuberculose in den Kehlkopf eindringt. Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. H. 1. 23. Jurasz. Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1891. 24. Sorgo. Behandlung der Kehlkopftuberculose mittelst Lichtstrahlung. Gesellschaft für innere Midicin. Wien 17. December 1903.

Die topographische Gleit- und Tiefenpalpation und ihre Ergebnisse *).

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress zu Dorpat, 1909.

Von

Theodor Hausmann-Tula.

Wenn wir uns die diagnostischen Lehrbücher vor 20 Jahren ansehen, z. B. den Vierordt, so finden wir sehr schöne ausführliche Capitel über die Auscultation und Percussion darin, doch über die Palpation finden wir nur einige kurze, allgemein gehaltene Sätze darüber, dass Tumoren und Exsudate getastet werden können. Ueber die Methodik des Tastens und über die Tastbarkeit von Intestinalteilen finden wir nichts.

In Eulenburgs Realencyclopädie jener Zeit fehlt überhaupt ein Artikel über Palpation. Die klinischen Lehrer unterwiesen in sorgfältiger, systematischer Weise ihre Schüler in den Untersuchungsmethoden der Brustorgane, wobei in wohldurchdachter Weise zuerst mit Uebungen an Gesunden begonnen wurde. Doch fand ein systematischer Unterricht in der Palpation nicht statt, und nur gelegentlich einmal bekam man eine Riesenleber, eine Wanderniere, ein grosses Magencarcinom etc. zu palpieren.

Die Klinik von heute hat in dieser Beziehung wenig Fortschritte gemacht. Wenn wir uns das neueste Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden ansehen, das von Brugsch und Schittenhelm, so finden wir

*) In erweiterter Form erscheint der Vortrag in Eulenburgs Encyclopädischen Jahrbüchern.

da über Abdominalpalpation nicht viel mehr wie bei Vierordt vor 20 Jahren. Die Palpation der Därme inclusive Tumoren und Exsudaten ist auf $^{1}/_{2}$ Seite abgehandelt, die Methodik der Palpation wird garnicht berührt, davon, dass normale Magen- und Darmteile getastet werden können, finden wir kein Wort. Dagegen sind in diesem Lehrbuch die modernen Untersuchungsmethoden, die Röntgenuntersuchung und die serologischen Methoden, die Stoffwechseluntersuchungen sehr eingehend besprochen. Die Palpation ist nach wie vor nur ein Stiefkind der Klinik geblieben. Auch in der neuesten Auflage von Eulenburgs Realencyclopädie fehlt ein Artikel über Palpation. In diesen 20 Jahren hat die medicinische Forschung eine zahllose Menge von Arbeiten und Schriften auf allen Gebieten der Diagnostik zu Tage gefördert. Alles Neue ruft eine Masse von Nachprüfungen hervor, doch nur ganz ausnahmsweise stösst man auf eine die Palpation betreffende Arbeit, und das Wenige, was auf diesem Gebiet geleistet worden ist, ist von der Klinik kaum gewürdigt worden und hat zu Nachprüfungen so gut wie garnicht angeregt. Ganz besonders gilt das von den durch Obraszow und Glenard in den 80. Jahren bekannt gemachten Methoden der Dickdarmtastung, ebenso auch von meinen die Palpation des Verdauungsschlauches betreffenden Studien.

Die Klinik, die begierig alles in sich aufnahm, was sich auf Bakteriologie, Röntgenologie und andere moderne Disciplinen bezog, war wenig aufnahmefähig für palpatorische Fortschritte, wohl aus dem Grunde, dass letztere weder eine so glanzvolle Tradition aufzuweisen hatten, wie die Auscultation und Percussion, noch auch den Vorzug der Modernität hatten.

Derjenige, der seinen Forschungsdrang auf diesem Gebiete betätigt, erlebt nicht viel Freude, sofern er fast erfolglos um Anerkennung ringen muss und weit entfert ist davon, so leicht Lorbeeren zu ernten wie es, z. B. Calmette mit der Ophthalmoreaction getan hat. Die Gedanken der Klinik sind erfüllt von den modernen Disciplinen und bringen der Palpation wenig Interesse entgegen. Es fällt auch der Umstand ins Gewicht, dass eine neue Palpationsmethode sorgfältig eingeübt werden muss, ehe man zur Nachprüfung schreiten kann. Andere Dinge wie die Calmettsche oder Widalsche Reaction erfordern keine besondere Fertigkeit, und lassen sich nach dem Buch und nach Vorschrift gleich nachmachen. So kommt es, dass wir in den neuesten Lehrbüchern nicht viel mehr über Palpation finden wie in den älteren Lehrbüchern.

Der Fortschritt gründet sich auf Glenards, Obraszows und meinen Studien. Das Resultat dieser Studien ist eine Methode, welche ich topographische Gleit- und Tiefenpalpation nenne.

Die Methode hat den Zweck, die Lage, den Verlauf und die Eigenschaften des Magendarmcanals palpatorisch festzustellen. Sie gestattet es, das Coecum, die Flexura sigmoidea und das Ileum ascendens in etwa 75% der untersuchten Fälle, das Colon transv. in etwa 60%, den Wurmfortsatz in etwa 15% zu tasten, während der Pylorus in 22%, und die grosse Curvatur in 30% der untersuchten Fälle mit Hilfe der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation zu tasten sind. Bei der Gleitpalpation bewegen sich die tastenden Finger, d. h. das Tastwerkzeug über den zu tastenden Magen- oder Darmstrang geradlinig in einer zur Achse des Magen- oder Darmstranges querer Richtung hinüber, und zwar mit der Haut, nicht auf der Haut. Diese gradlinigen Gleitbewegungen setzen sich in einen Gegensatz zu den sonst vielfach für die Palpation im Magen- und Darmgebiet empfohlenen und beliebten rotierenden, kreisenden, leicht bohrenden Bewegungen mit dem Endphalangen. Während durch letztere Art Bewegung das zu tastende Organ nicht nur nicht fixiert wird, sondern im Gegenteil leicht zum Abweichen gebracht werden kann, wird durch die Gleitbewegungen vermieden, dass der zu tastende Magen- oder Darmteil den Fingern entschlüpft. Durch die Gleitbewegungen werden diese Teile zur Fixation gebracht, u. z. aus folgenden Gründen: da die Magen- und Darmteile infolge ihres Anhaftungsmodus nur in einer zu ihrer Längsachse queren Richtung sich verschieben lassen, seitlich aber nicht, da ferner die Ligamente und Mesenterien eine solche Verschiebung nur bis zu einer gewissen Grenze gestatten, so findet die durch die gleitenden Finger bewirkte Verschiebung des Magen- und Darmteiles mehr oder weniger bald ein Ende, und wenn dann die Finger die Gleitbewegung fortsetzen, dann müssen sie über den Magen- oder Darmteil hinüber. Mit einem Wort, Magen- und Dickdarmteile können bei der quergerichteten Gleitbewegung in der Frontalebene nicht ausweichen und müssen unter die Finger kommen.

Es ist aber immerhin ein Ausweichen in die Tiefe möglich, zur hinteren Bauchwand zu, und wenn wir nur oberflächlich palpieren, so kann uns ein Magen- oder Dickdarmteil entgehen, trotzdem wir ihn bei der quergerichteten Gleitbewegung eigentlich unter die Finger bekommen und fixieren müssten. Um auch hierbei den tastenden Teil unter die Finger zu bekommen und zu fixieren, führen wir die gleich zu besprechende Tiefenpalpation aus, welche es bezweckt, mit den in die Tiefe versenkten Fingern das Organ auf der hinteren Bauchwand zu fixieren.

Doch bleiben wir zunächst noch bei der Betrachtung der Gleitpalpation. Es sei erwähnt, dass die Dünndarmschlingen durch die Gleitpalpation ebensowenig tastbar gemacht werden können wie durch irgend eine andere Palpationsweise. Die Dünndarmschlingen können, dank der Art ihrer Befestigung, nach allen Seiten ausweichen und werden daher durch die Finger nicht fixiert. Eine Ausnahme macht nur das Endstück des Ileum, die Pars coecalis ilei, welche den gleitenden Fingern nicht ausweichen kann. Bei den Gleitbewegungen erhalten die Finger eine ganz präcise, plastische Tastwahrnehmung von der Form, Weite, Consistenz des Organes und von den in ihm zu erzeugenden acustischen Phänomenen. Nach Obraszow und Glenard wird dabei die Achse der Hand, wie bereits ausgeführt, in einer zur Achse des Organes queren Richtung gehalten, so dass das Tastwerkzeug durch die Reihe der 4 Finger gebildet wird. Ich wende ausserdem noch Handstellungen an, bei welchen die Achse der Hand schräg zur Achse des Magen- und Darmteiles gehalten wird, wobei dann entweder die Reihe des 2. und 3. Fingers, oder die Reihe des 3., 4., 5. Fingers das Tastwerkzeug bilden. Ich nenne das Verfahren die schräge Zweifingerpalpation und die schräge Dreifingerpalpation. In anderen Fällen erweist es sich als vorteilhaft, mit dem parallel zum Intestinalteil gehaltenen Ulnar- oder Radialrand der Hand die Gleitbewegung auszuführen, welches Verfahren ich Randpalpation nenne. Es gibt keine Methode der Wahl, in dem einen Falle erwies sich das eine Verfahren als vorteilhaft, in dem anderen Falle aber ein anderes Verfahren. Es kommt nur darauf an, dass das Tastwerkzeug, ob es nun die Vierfingerreihe, die Dreifingerreihe, die Zweifingerreihe oder der Fingerrand ist, es kommt nur darauf an, dass eins dieser Tastwerkzeuge in querer Richtung über den Darm oder den Magen hinübergleitet.

Liegt nun das Organ oberflächlich genug unter den Bauchdecken und hebt es sich dabei durch derbere Consistenz von den Nachbarorganen ab, so reicht bei der Gleitpalpation die allgemein übliche flache Handstellung vollkommen aus. Liegt aber das Organ tiefer oder hebt

es sich infolge weicherer Consistenz nicht von der Umgebung ab, so genügt bei der Gleitbewegung die allgemein übliche flache Handstellung nicht. Es muss dann ein Verfahren angewandt werden, welches ich „Tiefenpalpation genannt habe. Dieselbe bezweckt es, die hintere Bauchwand zu erreichen oder das auf ihr liegende Organ. Macht man dann die Gleitbewegung in dieser Tiefe, so kann das Organ nach hinten nicht mehr ausweichen, es wird durch die Finger fixiert, und bei der queren Gleitbewegung müssen die Finger dann über die Oberfläche des Organes hinüber. Ausserdem hat das Ausführen von Gleitbewegungen auf der hinteren Bauchwand den Vorteil, dass auf der harten Unterlage nicht nur consistente und voluminöse Organe zur Wahrnehmung kommen, sondern auch ganz weiche und zarte Gebilde, wie die grosse Curvatur und der Wurmfortsatz.

Um die gehörige Tiefe zu erreichen, muss erstens mehr als es sonst geschieht, peinlichst Sorge dafür getragen werden, dass durch geeignete Lagerung und Haltung des Untersuchten, durch ein reguläres, richtiges Atmen die Bauchdecken zur Erschlaffung kommen; zweitens muss die untersuchende Hand eine Stellung einnehmen, die es den Fingern gestattet bis zu einer erforderlichen Tiefe zu dringen. Nur selten gelingt die Tiefenpalpation mit der flach aufliegenden, gestreckten Hand.

Meist müssen wir dazu die Finger mehr oder weniger krümmen, gelegentlich sogar mit einer Krallenhand palpieren; in manchen Fällen, wie z. B. bei schlaffem Fettbauch, dürfen wir nicht davor zurückschrecken; die Fingerspitzen der gestreckten Hand steil in die Tiefe zu versenken. Mit einem Wort, bei der Tiefenpalpation palpieren wir nicht mit den Endphalangen der ausgestreckten, den Bauchdecken flach aufliegenden Hand, sondern wir palpieren direct mit den Fingerspitzen, ungeachtet der in den Lehrbüchern, z. B. von Sahli ausgesprochenen Warnung vor der Fingerspitzenpalpation. Die Autoren meinen, durch die Fingerspitzen könnten unangenehme Sensationen hervorgerufen werden und die Bauchdecken zur Contraction gereizt werden. Systematische Untersuchungen an einigen 1000 Fällen haben mich eines anderen belehrt. Wenn man die Fingerspitzen zart, behutsam aufsetzt und sie vorsichtig, jede brüske Bewegung vermeidend, in die Tiefe drückt, so wird weder Schmerz noch Muskelcontraction erzeugt. Eine Muskelcontraction wird auch dadurch vermieden, dass der Druck in die Tiefe nur während des Exspiriums erfolgt und nie während des Inspiriums. Wird der Druck in die Tiefe während des Inspiriums ausgeführt, also entgegen der Bewegungsrichtung der sich anspannenden Bauchwandfläche, so werden die Bauchwandmuskeln freilich zur Contraction gereizt. Die wichtige Massregel, für die Manipulation nur das Exspirium zu benutzen, finde ich auffallenderweise in keinem der Lehrbücher angegeben. Durch das Nichtbeobachten dieser Massregel ist wohl die Fingerspitzenpalpation bei den Autoren in Misscredit gekommen. In richtiger Weise ausgeführt, ist die Fingerspitzenpalpation eine sehr zu empfehlende Methode, die es erlaubt, so tief zu dringen, wie es bei flacher Handstellung nicht möglich ist.

Doch Tiefenpalpation bedeutet keineswegs eine Palpation mit starkem Druck. Man kann sehr tief dringen, bis zur hinteren Bauchwand oder bis zu einem tiefliegenden Organtumor oder Exsudat, ohne dass der Druck stark zu sein braucht. Vielmehr kann trotz eines tiefen Eindringens der Finger ein tiefliegendes Gebilde ganz zart berührt werden ohne jeden Druck. Wir müssen nur unsere Fingermuskeln in der Gewalt haben und die Muskelarbeit fein zu dosieren verstehen. Dann brauchen wir nicht zu fürchten, dass wir bei der Tiefenpalpation durch starken Druck einen Schaden tun können.

Erlaubt es uns die Gleitpalpation und die Tiefenpalpation, Dinge tastbar zu machen, welche anders der Tastung vollständig entgehen, indem ein im an gegebenem Ort gelegenes Gebilde zwingen sich, vor die Finger zu legen, so hat die topographische Palpation die Aufgabe, die Gesamtheit der tastbaren Magendarmteile in ihrer Lage und ihrem Verlaufe ebenso palpatorisch zu bestimmen, wie wir es mit den parenchymatösen Organen, Leber, Milz, Niere tun. Ebenso wie es eine topographische Percussion gibt, so soll auch die Palpation eine topographische sein. Auf dem Wege der Palpation stellen wir die Lage und den Verlauf der Flexura sigmoidea, des Colon transversum, des Coecum, der Pars coecalis ilei, des Pylorus und der grossen Curvatur fest, soweit sie durch die Gleit- und Tiefenpalpation getastet werden können.

Nur in einem Teil der Fälle können wir schon an den Eigenschaften eines Teilstückes des Verdauungsschlauches feststellen, welchem Magen- oder Darmteil dieses Teilstück gehört. Meist können wir das erst nach Feststellung der topographischen Beziehungen zu den anderen palpierten Teilen des Magens und des Darmes. Wir dürfen beispielsweise nur dann einen in der Blinddarmgegend getasteten Darmcylinder als Coecum ansprechen, wenn nach aussen von ihm in dieser Gegend kein anderes Gebilde zu tasten ist, das als Coecum angesprochen werden kann, und nur dann können wir sicher ausschliessen, dass dieses Teilstück zum ptotischen Colon transversum gehört, wenn ausserdem das Colon transversum an einem anderen Orte palpatorisch bestimmt ist. Es muss hierbei betont werden, dass der Magen oder ein Dickdarmteil nicht immer an dem ihnen von den Anatomen angewiesenen Ort liegt. So liegt das Colon transversum nur in einem kleinen Teil der Fälle in der sogen. Colongegend, meistens liegt es tiefer, sehr oft unterhalb des Nabels, nicht selten direct über der Symphyse. An allen diesen Orten kann das Colon palpatorisch bestimmt werden, doch dazu muss der ganze Bauchraum durchpalpiert werden, wenn wir z. B. das Colon transv. an dem einen Orte nicht finden, so suchen wir es an einem anderen Orte, so lange bis wir ein Teilstück desselben gefunden haben. Haben wir erst ein Teilstück gefunden, so ist es nicht schwer, seinen Verlauf nach rechts und nach links zu verfolgen und festzustellen, dass es dem Colon transv. angehört. Die topographische Palpation beruht auf einem System von Gleitbewegungen, die sich an einander reihen, erstens in der Richtung von oben nach unten und zweitens in der Richtung von der einen Seite zur anderen Seite

So construieren wir uns aus den einzelnen getasteten Teilstücken durch Feststellung der topographischen Beziehung der einzelnen Teile zu einander und durch das Verfolgen ihres Verlaufes ein wahres Bild der Lagerung der Baucheingeweide. Erst wenn wir so den Situs festgestellt haben, schreiten wir an specielle diagnostische Aufgaben, wie z. B. an die Localisierung von Tumoren, von Exsudaten, Kotanhäufungen, Druckschmerzen, Percussionsbefunden, Plätschergeräuschen und ähnlichen Erscheinungen. Leider erlaubt es mir die Zeit nicht, auf die specielle Tastung der einzelnen Teile des Verdauungstractus, wie grosse Curvatur, Pylorus, Colon transversum, Coecum, Appendix näher einzugehen, und ich muss auf meine Schriften, insbesondere auf meine Monographie „Ueber das Tasten normaler Magenteile" und mein soeben erschienenes Buch „Die methodische Intestinalpalpation" verweisen. Wer aber meinem Vortrag gefolgt ist, wird eine mehr oder weniger richtige Vorstellung erhalten haben von der Methodik des von mir behandelten Palpationsverfahrens, von ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer klinischen Bedeutung.

Referate.

Prof. A. Eber: Die Umwandlung vom Menschen stammender Tuberkelbacillen des Typus humanus in solche des Typus bovinus. Münchener med. W. 1910. Nr. 3.

Durch die im Leipziger Veterinärinstitut angestellten Versuche konnte Verfasser dartun, dass es bei geeigneter Versuchsanordnung möglich ist, mit vom Menschen stammendem tuberculösem Material, aus dem Tuberkelbacillen des Typus humanus zu züchten sind, durch Uebertragung auf Rinder Veränderungen hervorzurufen, aus denen Tuberkelbacillen isoliert werden können, die sich für Rinder hochgradig virulent erweisen und auch im Cultur- und Kaninchenversuche wie Bacillen des Typus bovinus verhalten. Als die zweckmässigste Form der Ueberimpfung für die Typenverwandlung erwies sich die Einimpfung in die Bauchhöhle. Das Haften der vom Menschen stammenden Tuberkelbacillen in der Bauchhöhle wurde durch Verwendung von Organteilen tuberculöser Meerschweinchen (insbesondere der mit Bouillon verriebenen Milz) wesentlich erleichtert. In der Versuchsreihe des Verfassers ist es gelungen, in 3 von 7 wahllos zur Verfügung gestellten Fällen von Lungentuberculose des Menschen (Sectionsmaterial) eine Umwandlung des Bacillen-Typus durchzuführen. Der Ausgang dieser Versuche ist ein weiterer Beweis für die nahe Verwandtschaft der beim Menschen und beim Rinde vorkommenden Tuberculoseformen.

Weyert.

W. Stoeckel: Ueber sacrale Anästhesie. Centralbl. für Gynäkologie 1909. Nr. 1.

M. Tobiaszek: Ueber den Wert der epiduralen Injectionen bei den Gebärenden. Centralblatt für Gynäkologie 1909. Nr. 49.

Der Versuch durch, Rückenmarksanästhesie die Geburtsschmerzen zu lindern, ist an verschiedenen Kliniken gemacht worden. Die gewonnenen Resultate sind durchaus nicht übereinstimmend: die Einen wenden diese Methode ausgiebig an und sind entzückt von den Erfolgen, die Anderen verwerfen dieselbe aus verschiedenen Gründen (Gefahr der Vergiftungserscheinungen, Nachblutungen, Gefahr fürs Leben des Kindes, längere Dauer der Austreibungsperiode etc). Stoeckel und Tobiaszek stehen auf dem entgegengesetzten Standpunkt. Tobiaszek hat 13 Mehrgebärenden und 17 Erstgebärenden folgende Lösung nach dem Recept von Stoeckel injiciert: Novocaini 1,5, Suprarenini 0,00325, Natr. chlorat 2,5, Aq. dest. steril. 300,0. In 16 Fällen hörten die Kreuzschmerzen auf ½—2 Stunden auf, in 9 Fällen trat eine Abschwächung derselben ein. Was die Leibschmerzen anbelangt, so blieben dieselben in 24 Fällen unverändert, in 6 erlitten sie eine Abschwächung auf ¼—½ Stunde. Bei 18 Gebärenden wurde eine Abschwächung der Geburtstätigkeit, bei 5 eine vollkommene Einstellung auf 1—2 Stunden beobachtet, in 10 Fällen verlängerte sich die II. Geburtsperiode um 3—5, in einem Fall um 8 Stunden. T. hat nur in einem Fall Blutung wegen Uterusatonie beobachtet und schreibt diesen Umstand nur der Beigabe von Suprarenin zu. Drei Geburten wurden mit der Zange beendet, die Operation war in allen Fällen schmerzhaft. Bei 10 war das Wochenbett wegen schlechter Involution des Uterus bedeutend verlängert. Drei Kinder wurden leicht, eines schwer asphyctisch geboren. T. kann die Injectionen nicht empfehlen.

Anders Stoeckel. Sein Material umfasst 141 Fälle, in 72 Fällen wurde eine Erleichterung der Kreuzschmerzen, in 39 Fällen der Kreuz- und Leibschmerzen constatiert, der Durchtritt des Kopfes durch die Vulva war in 9 Fällen völlig schmerzlos, in 16 Fällen sehr wenig schmerzhaft. In drei Fällen wurde das Kind mit der Zange extrahiert, «ohne dass die Betreffenden etwas fühlten». In 23 Fällen wurden die Wehen schwächer und seltener. In der Nachgeburtsperiode wurden «einige» Atonien beobachtet, später wurde daher Suprarenin hinzugefügt, worauf keine Atonien, sondern im Gegenteil viel geringerer Blutverlust beobachtet wurde. Schädliche Einwirkungen auf das Herz waren nicht nachweisbar, wogegen andere Autoren wohl derartige Beobachtungen zu verzeichnen haben. S. ist der Ansicht, dass die «Sacralanästhesie eine absolut ungefährliche Methode und ohne jede unangenehme Neben- oder Nachwirkung war». In einem Fall aber erlebte S. ein unangenehmes Nachspiel: eine Frau bekam eine Phlegmone im Gebiet der Glutäalmuskulatur, die eine ausgiebige Incision nötig machte. Die bakteriologische Untersuchung der Novocain-Adrenalinlösung ergab die Anwesenheit von Stäbchen und Coccen, dasselbe Keimgemisch konnte auch aus dem Wundsecret gezüchtet werden. Näheres über Technik etc. muss im Original nachgelesen werden.

Lingen.

Bücherbesprechungen.

Georg Hirsch. Register für Augenärzte (nach Diagnosen geordnet). Mit einem Vorwort von Prof. A. Bielschowsky. Leipzig. Wilhelm Engelmann. 1909. Preis M. 7.

Die Herausgabe eines Registers von der Art des vorliegenden entsprang ganz entschieden einem Bedürfnisse. Seine Bedeutung liegt in zwei Richtungen. Einerseits wird es den wissenschaftlich forschenden Augenarzt in den Stand setzen, seine Einzelbeobachtungen ziemlich mühelos und doch sehr übersichtlich zu ordnen, andererseits den Praktiker zur wissenschaftlichen Mitarbeit anspornen. Man wird den Wert eines so handlichen und inhaltsreichen Registers ganz besonders schätzen, wenn man — wie der Referent — den Versuch gemacht hat, ein solches für den eignen Bedarf fertig zu stellen. Hinsichtlich des Textes und der Raumverteilung wird man es natürlich Allen nicht in gleichem Masse recht machen können. Die Art und Zusammensetzung der Praxis, die geographische Verbreitung der Augenkrankheiten und die wissenschaftliche Liebhaberei des Einzelnen wird eine verschieden starke Inanspruchnahme einzelner Rubriken stets bewirken. Da der Herausgeber selbst Vorschläge erwartet, gestattet sich der Referent hier einige zu machen. Bei der Rubrik «Trachom» ist der selteneren, acuten Form ein verhältnismässig grosser Raum zugestanden, nämlich 276 Zeilen, während dem chronischen Trachom, also auch allen Narbenformen, nur 360 Zeilen zu Gebote stehen. — Bei dem Glaucoma primitivum findet sich die Einteilung in drei gleichwertige Gruppen: 1) Glaucoma simplex, 2) G. inflammatorium, 3) G. chronicum. Dem Referenten scheint es richtiger, nur die beiden ersten als Hauptgruppen beizubehalten und dafür bei dem Glaucoma inflammatorium drei Unterabteilungen, nämlich acutum, chronicum und absolutum zu machen; wenn überhaupt so weit eingeteilt werden soll. Vielleicht würde es sich auch empfehlen, den Band zum Auswechseln oder Ergänzen der einzelnen Abteilungen einzurichten, damit der persönliche Geschmack mancher Benutzer mehr zur Geltung kommen könnte.—Doch das sind alles Kleinigkeiten gegenüber den grossen Vorzügen des Registers, und der Referent freut sich aufrichtig, das neue Jahr damit beginnen zu können.

Ischreyt.

Dr. Jossilewsky. Deutsch-Russischer und Russisch-Deutscher Sprachführer für die ärztliche und pharmaceutische Praxis. Bearbeitet nach Sudthausen. Unter Mitwirkung von Dr. Eigensohn. VI + 272 Seiten. Leipzig, Verlag von G. Thieme, St. Petersburg, Verlag von K. L. Ricker. 1909.

Es ist gewiss ein dankenswertes Unternehmen, einen Sprachführer herauszugeben, der den Zweck hat, den Verkehr zwischen 2 Nationen zu erleichtern, und die Herausgabe eines solchen in russischer und deutscher Sprache speciell für Mediciner wäre zu jetziger Zeit um so mehr zu begrüssen, als der Verkehr zwischen den beiden Nachbarvölkern ein immer regerer wird und die Zahl der Russen, die die deutschen medicinischen Facultäten und sonstigen medicinischen Bildungsanstalten sowie die Bäder und Curorte aufsuchen, immer grössere Dimensionen annimmt. Es müsste nur vorausgesetzt werden, dass der Verfasser eines derartigen Buches über die nötige Sach- und Sprachkenntnisse verfügt. Studiert man das obengenannte Büchlein, so kommt man zum Schluss, dass in diesem Fall diese Voraussetzung nicht erfüllt ist. Die Uebersetzung der deutschen Ausdrücke ist im russischen vielfach ungenau und sogar falsch, die russische Orthographie weist zahlreiche Fehler auf, und die Betonung ist mehrfach auch falsch angegeben. Zum Beweise dieser Behauptung werden unten einige Beispiele angeführt, vorher muss aber vorausgeschickt werden, dass Verf. sich zur Wiedergabe der russischen Wörter in lateinischen Lettern einer eigentümlichen Schreibart bedient hat, die die russischen Laute höchst mangelhaft und oft falsch wiedergibt, wobei er es noch unterlassen hat, im Vorwort oder in einer speciellen Einleitung anzugeben, wie die oft complicierte Zusammenstellung von mehreren Buchstaben auszusprechen ist, resp. welchem Laut in der russischen Sprache sie entspricht. Alle falsch übersetzten oder falsch geschriebenen Wörter und Redewendungen anzuführen, gebricht es an Raum. Ich beschränke mich auf einige mehr in die Augen fallende. Einspritzung = вспрыскиваніе (wspriskiwanie) statt впрыскиваніе, (wpryskiwanie). Pestbeule — бубонная чума, (bubónaja tschumá). Bubonnaja tschumá heisst Beulenpest, und Pestbeule heisstschumnyi naryw oder bubón, ausserdem wird bubonnyi mit 2 n geschrieben. Obductionsetui (?) wird mit наборъ для вскрытія übersetzt (nabór dlja wskritija), dagegen Präpariert

besteck mit препаровочный ящикъ (preparowotschuij jaschtschik). Besteck heisst aber nabór und Etui oder Kasten — jaschtschik. Das Kreuz heisst im Sprachführer) престéцъ (prestéz) statt крестéцъ (krestéz). das Zungenwürzchen heisst сосáчекъ языка (sosátschek) statt сосóчекъ (ssóssótschek), das Zwerchfell = грюдобрюшная преграда statt грудобрюшная, der Bandwurm — ленточный глистъ statt ленточная глиста u. s. w. Derartige Fehler liessen sich noch in Menge aufführen. Falsche Betonung findet sich z. B. in folgenden Worten: пахóвыя железы (pachówija zscheljesi statt паховыя = Leistendrüsen, nicht Leistendrüse, wie es im Buch heisst, ferner икрá (ikrá) statt икра (ikra) = Wade (ikrá heisst Caviar), плеврá (pljewrá) statt плéвра (pléwra) u. s. w. Häufig wird ein Wort im Deutschen im Singular gesetzt und in der russischen Uebersetzung steht ganz unmotiviert der Plural und umgekehrt. Oben habe ich als Beispiel dafür «Leistendrüse» angeführt, ebenso wird die Tränendrüse mit слезныя желéзы (slesnija zschelési) übersetzt (S. 10) statt слезная железá (slësnaja shelesá), wobei noch die Betonung falsch gesetzt ist, es muss im Plural heissen: жéлезы (shélesy); medicinische Weine = медицинское вино (medizinskoje wino) statt медицинскія вина (medicinskija wina) u. s. w.

Mit den Verben nimmt es der Verf. des Sprachführers auch nicht genau. Steht im Deutschen das T. Praeteritum, so wird im Russischen das Praesens gesetzt, zuweilen auch umgekehrt: z. B. «Er wurde vom Krampf befallen» = съ нимъ случаются судороги» (Hier ist ausserdem im Russischen der Plural (Krämpfe) gesetzt), «er klagte über Kopfweh» = онъ жалуется на головную боль» u. s. w. Der Infinitiv der Verba wird im Russischen bald in der vollendeten bald in der unvollendeten, bald wieder in der iterativen Form wiedergegeben, wo es doch gerade für den das Russische erlernenden Deutschen darauf ankommt, von Anfang an zwischen diesen Formen, die eine charakteristische Eigentümlichkeit der russischen Sprache bilden, scharf zu unterscheiden. Endlich noch einige Worte über die Orthographie. Ich übergehe hierbei die groben orthographischen Fehler wie z. B. голѣнь, прободанie, грюдобрюшная u. a. und will nur auf die vom Verf. erfundene und nicht leicht verständliche Schreibweise der russischen Laute mit lateinischen Lettern hinweisen. Vor allen Dingen hätte dem Wörterbuch eine Tabelle vorausgeschickt werden müssen, in welcher die Aussprache der vom Verf. angewandten complicierten Combination von Lettern angegeben und der Unterschied in der Aussprache scheinbar gleicher Laute im Deutschen und Russischen, wie z. B. der Laute e, o, g, h, ch, s u. a. erklärt wäre. Für einige russische Laute, für die es im Deutschen keine entsprechenden Zeichen gibt, ist man seit langem übereingekommen, zusammensetzte Lautzeichen anzuwenden (was auch, wenn ich nicht irre, von der Akademie der Wissenschaften in St. Petersburg acceptiert ist). So wird das russische ж durch sh, щ durch schtsch, ы durch y, з durch s, c durch ss wiedergegeben. Verf. nimmt für ж unnötigerweise eine so complicierte Combination wie zsch, das russische щ wird fast durchweg falsch mit stsch und nur ausnahmsweise richtig mit schtsch wiedergegeben, der Laut ы wird überall mit i wiedergegeben, was ganz falsch ist; für das e wird meist ganz unnützerweise je gesetzt, die Diphtonge ой, ый werden durch oj, ij wiedergegeben, statt einfach oi, yi zu setzen, das з mit z übersetzt (z. B. glaz = Auge statt glas), was ganz falsch ist, es sei denn das vorher gesagt wäre, dass das z in französischer Weise auszusprechen sei; ebenso wird das harte russische c fälschlicherweise durch s wiedergegeben statt durch ss oder sz. Zum Schluss seien noch ein paar Curiosa erwähnt, die oben bei der Angabe der falschen Uebersetzungen übergangen waren: der Fusstritt heisst bei dem Verf. походка (S. 16), der Naturarzt = врачъ-натуралистъ (S. 37) und verschimmeln heisst умирать, umiratj (S. 97). Es ist lebhaft zu bedauern, dass 2 so rühmlich bekannte Verlagsfirmen, wie die von G. Thieme in Leipzig und die von K. L. Ricker in St. Petersburg ein solches Machwerk in ihrem Verlage haben erscheinen lassen. Alle diejenigen, die die russische Sprache erlernen wollen, seien vor dem Gebrauch dieses «Sprachführers» dringend gewarnt.

Fr. Dörbeck.

Mitteilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1501. Sitzung vom 2. December 1909.

Anwesend 56 Mitglieder und 7 Gäste.

Vorsitzender: Dr. P. Klemm. Schriftführer: Dr. C. Brutzer.

P. I. Dr. A. v. Bergmann: Ueber Herzverletzungen. Der Patient, der am 28. Juli a. c. mit einer Schussverletzung ins Krankenhaus gebracht wurde und am 16. November a. c. geheilt entlassen wurde, kann nicht vorgestellt werden, da er in undankbarer Weise sich weigerte zu erscheinen. Er ist 13 Jahre alt.

Das Herz liegt zwischen der 3. und 6. Rippe zu beiden Seiten des Sternums dem Brustkorb unmittelbar an, ohne von den Pleuren bedeckt zu sein, und kann in dieser Ausdehnung von penetrierenden Verletzungen selbst mit kurzer Waffe getroffen werden. Die nach der Verletzung in den Herzbeutel ausströmende Blutmenge sammelt sich in den hinteren und unteren Teilen an und hebt das Herz dadurch nach vorn.

Seit Ambroise Paré weiss man, dass Herzwunden heilen. Jedoch erst 1897 stellte Rehn einen geheilten Fall von Herznaht vor. Nur eine sehr grosse Verletzung des Herzens ist direct durch die abundante Blutung tötlich, meist erfolgt der Tod durch Compression des Herzens durch das in den Herzbeutel ergossene Blut. (Herzdruck nach Rehn). 150—200 cbcm. Blut im Herzbeutel werden ohne Schaden ertragen, bei 250 cbcm. hat man schon einen tötlichen Ausgang gesehen. Der Herzbeutel kann andererseits bis zu 1 und 2 Liter Exsudat aufnehmen; warum so verhältnismässig geringe Mengen Blut bereits totbringenden Herzdruck erzeugen, das bedarf noch einer Erklärung. Das Blut sammelt sich über dem Diaphragma und hinter dem Herzen an.

Die Symptome einer Herzverletzung sind Schmerz, Blässe, hochgradiges Angstgefühl, oberflächliche Atmung, kleiner, frequenter Puls etc. oft auch eine starke Spannung der Bauchmuskulatur, die schon Laparotomien veranlasst hat. Die Symptome können aber auch alle fehlen. Kocher findet daher die Indication zur Operation, wenn die Verletzung im 3—5 Intercostalraum, nahe am Sternum sich befindet und Blässe und Pulsschwäche vorliegen.

Am 28. Juli um 2 Uhr mittags hatte sich Patient aus einem kleinen Revolver mit kurzem Lauf und mangelhafter Construction eine Schussverletzung zugezogen. Die Einschussöffnung war klein, auf der 6. Rippe. Cyanose und schwacher frequenter Puls des Patienten fielen auf. Am Herzen war nichts Anormales zu finden, die Herztöne waren rein. Redner beschloss abzuwarten. Am Abend desselben Tages war der Puls besser und auch das Aussehen. Die Röntgenuntersuchung zeigte das Geschoss im Herzen, es machte die Herzbewegungen mit. Weiteres Warten liess das Befinden noch besser erscheinen, der Puls war am nächsten Tage voller, 120, aber am Abend trat Erbrechen auf. Am 30 Juli abends war die Temperatur 39,7, der Puls fadenförmig, Cyanose. Es wurde zur Operation geschritten. Der Schnitt nach Kocher reichte vom 6. Rippenknorpel bis zum Sternum und von da nach oben bis zur 3. Rippe, der so gebildete Lappen wurde nach aussen zurückgeschlagen und gab bequemen Zugang. Das gewaltig arbeitende Herz wurde mit Gummihandschuhen hervorgeholt und die Blutcoagula wurden hinten aus dem Herzbeutel ausgeräumt. Im rechten Ventrikel war die Schussöffnung sichtbar und Redner ging mit einer Kornzange hinein um nach dem Geschoss zu suchen, es schien ihm auch, als ob er den Fremdkörper finde. doch eine colossale Blutung verhinderte jeden weiteren Versuch, seiner habhaft zu werden. Die Wunde wurde durch Seidenknopfnähte geschlossen.

Die Pleura hatte sich gut abschieben lassen und war während der Operation nicht eröffnet worden, dennoch schloss sich eine eitrige Pleuritis an, die mit Rippenresection und Drainage behandelt wurde. Patient hatte ein langes schweres Krankenlager zu leiden. Am 16. November konnte er aber doch völlig geheilt entlassen werden. Der Status bei der Entlassung war: Herzdämpfung kaum verbreitert. Spitzenstoss im 4. Intercostalraum. Lunge normal.

Anknüpfend an die heftige Blutung beim Extractionsversuch des Geschosses führt Redner aus, dass auch Waffen, die im Herzen stecken geblieben sind, nicht entfernt werden dürfen, vordem das Herz freigelegt ist, weil sonst die nachfolgende starke Blutung nicht gestillt werden kann (Rehn). Weiter haben Tierversuche gezeigt, dass Tiere mit breiter Pericardwunde länger leben und ihre Herzverletzung besser vertragen als solche mit kleiner Pericardwunde, die dem Blut keinen Abfluss geben; es bewirkt die Compression des Herzens in diesen Fällen das schnelle Ende.

In Riga hat Dr. Vogel im Jahre 1904 eine Stichverletzung des Herzens vorgestellt, die von ihm geheilt wurde. Das Krankenlager währte vom November bis zum März; es hatte sich auch in diesem Fall ein Empyem gebildet. Dr. Bergmann hat Patienten 1907 nachuntersucht und ihn vollständig gesund gefunden, er ist als Fabrikarbeiter tätig.

Dr. Brehm hat während seiner Assistentenzeit am Stadtkrankenhause 2 Herzverletzungen operiert. Der erste Patient starb 24 Stunden nach der Operation wohl im Shock. 1904. Der zweite Fall ging an Pericarditis zu Grunde.

Ferner führt Redner mehrere Fälle an, bei denen eine Herzverletzung angenommen wurde, ohne dass ein vollkommener Beweis dafür gegeben werden kann. Es kommen ja auch traumatische Herzverletzungen vor ohne äussere Wunde, meist handelt es sich um Ruptur der Vorhöfe. Der erste dieser Patienten wurde spontan geheilt. Er wurde am 1. Mai 1906 mit einer Schusswunde ins Krankenhaus gebracht und war so betrunken, dass er nicht angeben konnte, wie er zu der Verletzung kam. Es fand sich eine verbreiterte Herzdämpfung, Pulsschwäche und Collaps. Die Wunde befand sich auf der 5. Rippe. Die Röntgenuntersuchung zeigte einen breiten Schatten auf der linken Thoraxseite; dort konnte Blut aspiriert werden. Nach 1 Monat wurde Patient geheilt entlassen. Der andere Fall betraf einen von seinem Fuhrmann verletzten Fahrgast. Ohnmachtsanfälle liessen hier auf eine Herzverletzung schliessen. Auch hier kam es zu spontaner Heilung.

Diese Fälle sind fraglich, da sie ebenso wenig erwiesen sind, wie die Fälle von Herzverletzung, die Zoege aufführt, und die von Rehn angestritten werden. Von den 4 sicheren operierten Herzverletzungen sind also 2 geheilt. (50 pCt.).

Es ist ein Irrtum, wenn angenommen wird, der Tod trete nach einer Herzverletzung stets so schnell ein, dass Rettung zu spät kommt. Es bleibt oft Zeit genug zum Handeln. Der Patient, der auf einem Maskenball vor wenig Jahren in Riga einen Dolchstich ins Herz bekam, starb erst am nächsten Tage und hätte noch operiert werden können. Ebenso war es bei einem anderen Falle, der vor der Zeit der Herzoperationen in 24 Stunden seiner Verletzung im Krankenhause erlag.

Dr. von Engelhardt: Die Herzdämpfung scheint nach den Beobachtungen im Krankenhause nicht in jedem Fall von Herzverletzung und Blutaustritt in das Pericard verbreitert zu sein, was bei ruptura cordis und Durchbruch eines Empyems in den Herzbeutel wohl der Fall ist. Das mag damit zusammenhängen, dass die Coagula wandständig sind, oder sich über dem Diaphragma im tiefsten Punkt sammeln oder hinter dem Herzen. In den von mir beobachteten Fällen von Herzruptur und acuter Pyopericarditis war der Ictus supramamillär im 3. Intercostalraum zu fühlen. Ausser der Pulsbeschaffenheit könnte dieser Befund eventuell das einzige Symptom einer Herzverletzung sein.

Dr. von Bergmann: Es ist noch eine offene Frage, wie gross die Blutmenge im Herzbeutel sein kann, ohne eine verbreiterte Dämpfung zu ergeben. Bei intacter Pleura maskiert auch der Lungenschall den Blutinhalt. Für den Eingriff ist der Unterschied, ob sich Blut oder Exsudat im Herzbeutel befindet, sehr wesentlich. Um das Herz freizulegen, muss der kürzeste Weg gewählt werden, vom Sternum aus, bei der Punction gilt das nicht; Kocher punctiert in der Mamillarlinie.

Dr. Hampeln: Bei traumatischer Herzverletzung oder Ruptur ist das Allgemeinbefinden so schwer geschädigt, dass eine genaue Untersuchung nicht angängig ist. Bei Herzruptur hat Redner auch keine verbreiterte Dämpfung gefunden, sie konnte aber doch bestehen. Ob das Blut geronnen ist, oder nicht, das kann dabei keinen Unterschied machen. Die Erscheinungen werden denen der Pericarditis im Anfangsstadium gleich sein. Bei einem Inhalt von 200 cbcm. Exsudat erscheint zuerst eine Dämpfungsfigur am rechten Sternalrande. Ausser Fettauflagerung gibt es keine andere Veranlassung zu einer solchen Dämpfungsfigur — in kurzer Bogenlinie zieht sie nach aussen von der rechten Sternallinie. Sie ist lange nicht beachtet, weil sie selten zur Beobachtung kommt.

Die Ansicht, dass das Exsudat sich vorn ansammelt, ist von Saposhnikow zurückgewiesen worden. Redner hat auch schon vor langer Zeit stets am äusserten Rande der Herzdämpfung links punctiert, um mit der Herzspitze nicht in Berührung zu kommen. Das Durchstechen des Pleuraraumes hier sei von ihm absichtlich nicht vermieden worden. Die Symptome, Schwäche des Pulses und Collaps, finden sich wie bei Stichverletzung auch bei Pericarditis und Ruptur. Sehr stürmisches Erbrechen und epigastrischer Schmerz lassen dabei oft irrtümlich an Peritonitis denken. Im Alter, wo das Pericard dehnbarer ist, sind die Erscheinungen leichter als bei jugendlichen Patienten.

Dr. von Sengbusch. Der Patient Dr. Bergmanns wurde am ersten Abend mit der Angabe Bauchschuss ins Röntgencabinet gebracht, und das Abdomen war vergeblich abgesucht worden, als auf dem Trochoskop das Geschoss im Herzen sichtbar wurde. Eine Verbreiterung des Herzschattens war damals, 5 Stunden nach der Verletzung, nicht zu constatieren. Die Kugel machte deutlich die Herzbewegungen mit.

Dr. Bornhaupt: Da die Herzverletzungen oft mit Infection verlaufen, gehen die Ansichten der Autoren inbetreff der Therapie auseinander. Die einen wollen tamponieren oder dränieren, die anderen nach Ausräumen der Coagula vernähen. Redner hat ein vereitertes Hämatom im Herzbeutel behandelt. Der Patient ging trotz Dränage des Herzbeutels und der Pleura zu Grunde.

Dr. von Bergmann spricht sich für Tamponbehandlung aus. Dr. Vogels Fall wurde nachträglich dräniert. Dr. Bergmanns Fall wurde gleich dräniert, weil er fieberte.

Dr. Brehms 1. Fall bekam nur einen Tampon auf den genähten Herzbeutel; der 2. Fall wurde tamponiert.

P. 2. Dr. Hirschberg hält einen Vortrag über Radium mit Demonstration von Radiumpräparaten.

1502 Sitzung. 16. December 1909.

Anwesend das Ehrenmitglied Prof. Dr. L. Stieda aus Königsberg, die correspondierenden Mitglieder Dr. Vogel aus Nurmis und Dr. Behr aus Stackeln, 97 ordentliche Mitglieder und 4 Gäste.

Vorsitzender Dr. Klemm. Schriftführer Dr. Brutzer.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Eliasberg eine Patientin mit selten beobachtetem, weit verbreitetem Hautsyphilid.

Dr. M. Schönfeldt stellt einen 10 Jahre alten Patienten vor mit einem durch das Stethoskop deutlich hörbaren pulsatorischen Geräusch im Kopf. Im Juli dieses Jahres sah Schönfeldt den Knaben zum ersten Mal. Damals klagte er über Kopfschmerzen und Schwäche. Der Augenhintergrund war normal, auch boten sich sonst keine Symptome von Tumor. Mit diätetischen Vorschriften wurde Patient nach Hause geschickt. Gestern stellte er sich dem Referenten wieder vor mit einer Neuritis optica beider Augen und dem Geräusch im Kopf. Der Sitz der Geschwulst lässt sich nicht genauer constatieren, ebensowenig kann Referent sich bisher eine Aeusserung über den Charakter der Geschwulst erlauben. Die DDr. von Krüdener und von Mühlen nehmen an, dass ein Aneurysma der Arteria Carotis vorliegt. Referent kann sich dem nicht anschliessen, weil ein Aneurysma sich nicht in der kurzen Zeit von 4 Monaten ausbilden könne. Auch gefässreiche Tumoren im Schädel geben Geräusche namentlich im Kindesalter.

(Die Discussion hierzu findet in der nächsten Sitzung statt).

Dr. A. Bertels demonstriert ein Aortenaneurysma. (Eigenbericht).

Sowohl die Aorta ascendens, als auch der Arcus und die Aorta thoracica descendens zeigen eine Anzahl dicht neben einander liegender sackförmiger und spindelförmiger Ausbuchtungen, so dass bei der Betrachtung von aussen fast der Eindruck einer diffusen Erweiterung hervorgebracht wurde, während nach innen die Leisten zwischen den einzelnen Ausbuchtungen deutlich hervortraten. Die Ausbuchtungen sind mit wandständigen bis zu 3 cm. dicken Thromben ausgefüllt, so dass in der Mitte ein annähernd normales oder leicht erweitertes Lumen übrig bleibt. Fast die gesamte Länge der Aorta thoracica descendens wird von einem einzigen spindelförmigen Aneurysma eingenommen, welches in der Mitte einen äusseren Umfang von 23 cm. hat; oberhalb der Aortenklappen sackförmiges Aneurysma von ebenfalls 23 cm. Umfang. Die Ausbuchtung am Arcus ist annähernd eben so stark. Auf der Grenze zur Aorta abdominalis hin setzt die Erweiterung scharf ab und in der Aorta abdominalis finden sich nur die gewöhnlichen atheromatösen Veränderungen. Desgleichen in der Anonyma, der Carotis und Subclavia. Das Herz ist von normaler Grösse, zeigt weder Dilatation noch Hypertrophie. Das Präparat stammt von einer 80-jährigen, an Amyloidose der Nieren, Milz und Leber gestorbenen Frau. Anzeichen von Lues liessen sich nicht auffinden.

P. 1. Dr. Hampeln: «Mitteilungen über perniciöse Anämie». (Eigenbericht).

Gegenüber der häufigen Aeusserung, die perniciöse Anämie habe nur eine symptomatische Bedeutung, glaube er, an ihr als Krankheit sui generis festhalten zu müssen. Dafür spreche der eigenartige klinische und pathologisch-anatomische Befund. Möglich, dass die Aetiologie keine einheitliche ist. Das spreche aber nicht gegen seine Auffassung und werde auch bei anderen wichtigen, als Krankheiten unangestritten dastehenden Vorgängen beobachtet, so bei der Septicopyämie, ferner bei den Entzündungen der Schleimhäute und serösen Häute, u. a. m. mit gleichem klinisch-anatomischem Verhalten und dennoch sehr mannigfachen Ursachen. Krankheit sei überhaupt als Reaction gegen eigenartige äussere und innere

Reize aufzufassen. Diese Reaction kann, wie jede andere, specifisch und nicht specifisch ausfallen, bleibt aber immer das wesentliche Krankheitsmerkmal. Die bekannten acuten alten Infectionskrankheiten seien Repräsentanten einer specifischen Reaction gegen specifische Reize. Es kommen aber auch, wie gesagt, viele gleichartige specifische Reactionen trotz verschiedener Reize vor. Zu den Krankheiten dieser Art scheine die pern. An. zu gehören. Während aber bei den meisten acuten und subacuten Krankheiten die active Componente der Reaction, die sogenannte entzündliche Reaction durchaus vorzuherrschen pflegt, verhält es sich damit bei der pernic. An. umgekehrt. Es wiegt hier die zweite passive Hauptcomponente eines krankhaften Vorganges, die Degeneration, der primäre Zerfall vor, sowohl im klinischen Bilde als im anatomischen Befunde. In dieser wichtigen Beziehung könne er die perniciöse Anämie nur mit einer einzigen, gleichfalls seltenen und eigenartigen Krankheit vergleichen, der acuten gelben Leberatrophie, mit der die pernic. An. viele wichtige Züge gemein habe, vor allem das vorherrschende Merkmal des Zerfalls der roten Blutkörperchen bei der pern. An., der Leberparenchymzellen bei der acuten Leberatrophie; während die eigentliche reactive Componente, obschon vorhanden, dort und hier in den Hintergrund tritt. Beide Erkrankungen teilen auch miteinander die teils anzunehmende, teils erwiesene Vielheit der Ursachen. Man könne darum die pern. An. auch als acute, toxische Atrophie des Blutgewebes definieren.

Das wesentliche klinische Merkmal der pern. An. bildet ausser den allgemeinen Erscheinungen, einer hochgradigen Anämie NB. ohne Blutverlust: Fieber, Verminderung besonders der roten aber auch der weissen Blutkörperchen, und der erhaltene, ja sogar erhöhte Färbeindex. Gerade durch letztere Eigentümlichkeit scheine sich die pernic. An. von allen anderen schweren, meist secundären Anämien charakteristisch zu unterscheiden, während Poikilocyten, Megalocyten, ja Megaloblasten, wie es scheint, in allen Fällen auch anderer Art angetroffen werden.

Als Hauptgrund der Entstehung einer pernic. Anämie werde zur Zeit ein chemisches, allerdings hypothetisches, jedoch aus klinischen und physiologisch-experimentellen Gründen wahrscheinlich hämolytisches Gift angenommen, das teils unbekannter Weise im Darm zu entstehen scheint, teils in Darmparasiten und bösartigen Neoplasmen, vor allem des Magens oder Darms gebildet zu werden scheint: Cryptogenetische Anämie. (An. Addisson-Biermer), Helminthen und Tumoren-Anämie. Auch die viscerale Syphilis wurde als eine Ursache pernic. Anämie schon vor Jahren hingestellt, doch scheint es sich in solchen Fällen um schwere secundäre und nicht eigentlich um perniciöse Anämie zu handeln. Vortragender geht nun zur kurzen Mitteilung der Hauptfälle seiner eigenen Beobachtung über.

1. Bothriocephale Anämie.

Diese von Reyer und Runeberg zuerst beschriebene Form werde, wie es scheint, in auffallender Häufigkeit mehr an den Seeküsten, seltener dagegen im Innern des Landes beobachtet. So habe er, obschon ihm Fälle von Bothriocephalus alljährlich recht häufig begegnen, dennoch im Krankenhause in 20 Jahren keinen einzigen Fall hierauf zurückzuführender pern. An. und in seiner Privatpraxis im ganzen nur 3 Fälle solcher Art beobachtet. Im ersten dieser Fälle mit anscheinend typischem Blutbilde und Allgemeinerscheinungen der perniciösen An. eines Mannes aus Tukkum von ca. 40 Jahren ergab die Stuhluntersuchung reichlich Bothriocephaluseier. Patient genas nach Darreichung der gewöhnlichen Anthelminthica, doch ohne constatierte Abtreibung des Wurmes, ein Tatbestand, auf den schon Dehio hingewiesen hat. Die Stuhluntersuchung ergab einige Wochen nach der Cur das Fehlen von Eiern. In den 2 anderen Fällen trat bald nach der Abtreibungscur der tötliche Ausgang ein. Eine Section wurde in keinem Fall gestattet, so dass es dahingestellt bleiben musste, ob nicht in einem Fall Endocarditis septica (Netzhautblutungen verdächtiger Art), im anderen ein occultes Magencarcinom vorgelegen haben mochten.

Mitteilenswert erscheint ihm aus dieser Gruppe noch folgender ein 5-jähriges Kind betreffender Fall mit den allgemeinen Erscheinungen und dem Blutbefunde (natives Blutpräparat) der pern. An. Das Kind litt an Durchfällen. Im Stuhl waren Eier von Ascaris lumb. und Trichocephalus dispar bereits auswärts constatiert worden. Dr. O. Klemm, dem die kleine Kranke zur Behandlung überwiesen wurde, fand aber ausserdem im noch warmen frisch untersuchten Stuhl massenhaft bewegliche Infusorien von Form und Grösse der Cercomonas intestinalis, doch ohne Geisseln. Eine entsprechende Behandlung mit Darmeingiessungen hatte Genesung der Kranken zur Folge.

2. Tumorenanämie perniciösen Charakters.

Schon 1882 hat Vortragender im Anschluss an Eichhorst darauf hingewiesen, dass Tumoren und, zwar in seiner Beobachtung das Carcinoma ventriculi, unter 2 Formen der Anämie verlaufen, einer einfachen marantischen und einer perniciös-anämischen. In letzteren Fällen beherrsche diese Anämie das ganze Krankheitsbild, während die Erscheinungen des mitunter occulten Carcinoms ganz in den Hintergrund treten. Ihm sei zunächst die dunkle Blutfarbe bei der Stichprobe in den Fällen der ersten Form und die hellbräunliche Farbe des Blutes in Fällen der zweiten Form aufgefallen. Zu einer Untersuchung des Blutverhaltens in diesen Fällen habe er dann Dr. Helling [1]) veranlasst. Hierauf behandelte Dr. Neubert [2]) nochmals, und zwar besonders eingehend dieselbe Frage. Die Untersuchung beider ergab eine verhältnismässig geringe Veränderung und Verminderung der Erythrocyten bei der marantischen Form, ihre auffallende Verminderung neben Formveränderung in der II. Gruppe der Anämiefälle. Doch fand Neubert bei beiden Formen keine Verminderung der Leukocyten, hingegen Abnahme des Färbeindex, so dass nach seinen, freilich spärlichen Untersuchungsfällen wichtige Kennzeichen des pernic. anämischen Blutes auch in der II. Form fehlten. In der Literatur, auch der neuesten Zeit, werde aber mit Bestimmtheit auf ein völlig charakteristisches Verhalten des Blutes auch in solchen Neubildungsfällen hingewiesen, so von Lazarus. Daraus erwüchsen, wenn auch selten, so doch tatsächlich grosse diagnostische Schwierigkeiten. In 3 solchen Fällen seiner Hospitalpraxis war er in der Lage gewesen, trotz fehlender Magenerscheinungen und vorherrschender anämischer Erscheinungen an der Diagnose eins occulten durch die Section bestätigten Magencarcinoms festzuhalten, weil die Blutuntersuchung anscheinend Vermehrung der Leukocyten, im nativen Präparat und normale Blutkörperchenform und Grösse ergeben hatte. Hier in einem principiell beachtenswerten Fall stellte er auf Grund des Blutbefundes (natives und Triacidpräparat) die Diagnose perniciöse Anämie, die seines Erachtens auch tatsächlich vorgelegen hatte, aber in Abhängigkeit von einem Neoplasma des Magens, und zwar eines Spindelzellensarkoms. Von Fleiner sei gleichfalls perniciöse Anaemie in einem Fall von Magensarkom (Rundzellensarkom) beobachtet worden.

3. Gruppe. Cryptogenetische Anämie.

(An. Addisson-Biermer) während Fälle dieser Art hier bis zum Jahr 1909 zu den grössten Raritäten zählten, seien sie in seiner Praxis von da an relativ häufiger aufgetreten, besonders in den letzten Jahren. Er möchte hier zwischen reinen, einfachen mit negativem anatomischen Befund bis auf die Anämie und complicierten Fälle unterscheiden, wobei natürlich nur die Fälle mit Sectionsbefund, 3 im ganzen, Berücksichtigung finden sollen. In 2 complicierten Fällen, 1 Fall Krankenhauspraxis und 1 Fall der Privatpraxis lagen die klinischen und anatomischen Merkmale der perniciösen Anämie vor. Beide Male war die Diagnose d. pern. An. gestellt worden, einmal ohne Reserve, im zweiten Falle mit der anamnestisch begründeten Erwägung, dass ein occultes Magencarcinom vorliegen könnte. Die Section ergab im ersten Falle ausser den gewöhnlichen Zeichen der pern. Anäm. an der hinteren Magenwand, einige cm. vom Pylorus entfernt, einen höckerigen, polypartigen, 2—3 cm. langen Tumor, der von Dr. Schabert als polypös hypoplastischer Tumor agnosticiert wurde. Zeichen verborgener Blutungen lagen hier ebenso wenig wie im zweiten Fall vor. Im zweiten Fall ergab die eingehende Untersuchung der Magenwand durch Dr. Schabert eine interstitielle Gastritis der Mucosa mit Zerstörung der Drüsenzellen. Im Fundus des Magens befand sich ausserdem ein ca. mandelgrosser polypöser Tumor.

Der letzte Fall endlich einer wenigstens anatomisch reinen, uncomplicierten perniciösen Anämie, in letzter Zeit beobachtet, verdiene wegen seines sehr eigenartigen Verlaufes eingehendere Berücksichtigung. Der 56-jährige Patient erkrankte Anfang August a. c. unter Fiebererscheinungen, die bald einen septischen Charakter annahmen, Schüttelfröste und Schweisse, Temperaturen im Anfall bis 39,8. Nach einem Monat, Anfang September, zum Pat. hingerufen, schloss sich auch Hampeln der Auffassung, dass eine cryptogenetische Sepsis, vielleicht auch Appendicitis, in erster Reihe in Frage käme, an. 2-malige Blutuntersuchungen im Laboratorium hatten morphologisch normalen Befund ergeben. Eine dritte Blutuntersuchung nach der ersten Consultation mit ihm bestätigte den normalen Blutbefund: Erythroc. 5 M., Leukoc. 8000 im Cub. Mm., auch sonst normale Beschaffenheit. Wegen fehlender Leukocytose lenkte sich nun der Verdacht nach einer Consultation mit Dr. Bergmann auf eine verborgene Tuberculose, Organtuberculose oder generalisierte Miliartuberculose bei normalem klinischem Organbefunde. Keinerlei Skelettschmerzen. Im Magensaft keine freie Salzsäure, keine Milchsäure, an der Sonde frisches Blut. Stuhlbefund normal,

---

[1]) Al. Helling. Ein Beitrag zur Blutkörperchenzählung. Dorpat. 1884. Dissertation.

[2]) G. Neubert. Ein Beitrag zur Blutuntersuchung, Dorpat. 1889. Dissertation.

keine Blutung, keine Helminthen. Ein occultes Magencarcinom schien erst zuletzt in Frage zu kommen. Auf der letzten Consultation Anfang October wurde vom Vortragenden eine nochmalige, und zwar bakteriologische Blutuntersuchung angeregt. Von da an bis kurz vor dem am 16. November erfolgten Tode des Kranken habe er selber den Patienten nicht mehr gesehen, wurde aber davon benachrichtigt, dass die am 19. October ausgeführte Blutuntersuchung starke Verminderung der Erythrocyten, Verminderung der Leukocyten (4000) und auch sonst ein für pernic. An. sprechendes Bild ergeben hatte. Der Culturversuch fiel negativ aus. Eine Untersuchung der Augen ergab Netzhauthämorrhagien beiderseits nach Art der bei pernic. An. beobachteten. Schlussdiagnose cryptogenetische schwere Anämie mit ungewöhnlichem, fieberhaftem Beginn.

Die Section ergab reichliches Fettpolster, den gewöhnlichen Befund einer pernic. Anämie, eingeschlossen die Veränderung des Tibienmarkes, normales Endocard, im Dickdarm ein paar kleine, flache Substanzverluste der Schleimhäute, im übrigen keinerlei besondere Organveränderungen, kein Neoplasma, normalen Lungenbefund.

Es war mithin durch die Section eigentlich im Widerspruch zum früheren Krankheitsverlauf und Blutbefunde ausschliesslich der Befund einer pernic. Anämie festgestellt worden. Beim Fehlen aller klinischen auf das Centralnervensystem hinweisenden Krankheitserscheinungen und der Abwesenheit eines jeglichen für eine Knochenerkrankung sprechenden Zeichens wurde von einer Eröffnung der Schädelhöhle und ausgedehnterer Section der Knochen abgesehen. Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus.

Dr. Krannhals hält es für durchaus nötig, dass jeder, der die Diagnose p. A. stellt, erklärt, was er darunter versteht, weil die Ansichten darüber so auseinander gehen. In der Literatur sind 2 Richtungen zu unterscheiden: die eine verlangt nach Biermer, dass klinischer Verlauf und Blutbefund einander entsprechen müssen. Die andere Richtung fasst den Begriff viel weiter. Sie zählen Fälle zur p. A., wo der Blutbefund dem entspricht, der klinische Verlauf nicht, und umgekehrt.

Krannhals hat demgegenüber noch keinen festen Standpunkt eingenommen und findet keine scharfen Grenzen für die Erkrankung. Er würde am liebsten den Ausdruck perniciöse Anämie ganz fallen lassen. Es handelt sich bei diesen Erkrankungen wohl um eine Intoxication. Wenn die toxische Noxe zu Verminderung der roten und Verminderung der weissen Blutkörperchen geführt hat und das Knochenmark durch sie zu einer Reaction in embryonaler Weise angeregt wird, dann könnte man von perniciöser Anämie als Krankheit doch nur dann sprechen, wenn die bekannten Krankheiten, die toxische Stoffe für diese Bilder liefern, fehlen.

So könnte man den Fall, der Hampeln zu einem Vortrag anregte, eine Sepsis mit Blutbefund, ähnlich dem der p. A. nennen. Die Blut-Präparate dieses Falles hat Krannhals auch gesehen, aber keine Megaloblasten in ihnen gefunden.

Dr. Büttner: Dr. Hampeln erwähnte, dass bei malignen Neoplasmen einmal eine Kachexie ohne sehr auffallende Anämie vorliege, das andere Mal aber gerade eine schwere Anämie ins Auge falle. Was nun diese bei occulten oder manifesten malignen Neoplasmen vorkommende Anämia gravis anlangt, so können wir — wie ich glaube — bezüglich der Pathogenese derselben 2 Gruppen unterscheiden. Die eine Gruppe fasst selten vorkommende Fälle mit klarerer Pathogenese in sich: das sind solche Fälle, in denen das Neoplasma selbst oder namentlich dessen Metastasen blutbildende Organe befallen haben. Wenn z. B. in einem Falle das Knochenmark mehrerer Knochen zahlreiche Metastasen aufweist, so glauben wir das Zustandekommen der schweren Anämie in diesem Falle zu verstehen. Unklarer erscheint nur die Pathogenese der II. Gruppe von Fällen, wo bei Vorhandensein einer bösartigen Geschwulst ein Befallensein der blutbildenden Organe nicht nachgewiesen werden kann und trotzdem eine Anämia gravis vorliegt. Diese Gruppe begreift die folgenschweren Fälle in sich. Es wäre indessen nicht unmöglich, dass auch in diesen Fällen die blutbildenden Organe durch vom malignen Neoplasma gelieferte Giftstoffe geschädigt würden, ähnlich wie sie in der ersten Gruppe der Fälle durch die Metastase geschädigt wurden.

Dr. Schabert berichtet über die Fälle von p. A., die nach Abschluss der Tätigkeit Dr. Krannhals' im Prosectorium des Stadtkrankenhauses von ihm festgestellt sind. In der Zeit von 1902—1908 wurden 2420 Sectionen ausgeführt. Darunter waren 8 Fälle, wo der Befund p. A., und zwar keine secundäre p. A. ergeben hat. Der Standpunkt, dass es keine p. A. gibt, ist daher wohl zu verlassen. Dass es sich nur um Hämolyse in diesen Fällen handelt, ist festgestellt worden. Warum die Hämolyse zustande kommt, wissen wir allerdings weder bei der primären noch bei der secundären Form der Erkrankung. Was die einzelnen Fälle betrifft, so fand sich einmal Taenia soleum statt Bothriocephalus. Dehios Ansicht, dass der Schmarotzer im Darm zu Grunde geht, wurde einmal bestätigt. Noch einmal fand sich ein gestielter Magenpolyp (ein Fibrom), 2 Mal ergaben sich Darmulcera im Dünn- und Dickdarm.

Weiter wendet sich Redner gegen die Ansicht derer, die eine idiopathische p. A. nicht gelten lassen wollen, und in Darmulcerationen den Grund der Erkrankung sehen. Häufig handelt es sich dabei um so minime Defecte, dass man sie kaum ulcera nennen kann, solche Erscheinungen können einen so schweren Verlauf nicht bedingen. Redner schildert das Bild der Hämolyse im Knochenmark.

Dr. Hampeln betont im Schlusswort, dass man zunächst darauf angewiesen sei, die klinischen Erscheinungen und den anatomischen Befund zusammen für die Diagnose perniciöse Anämie zu verwerten, und spricht sich dafür aus, den alten Ausdruck weiter festzuhalten.

P. 2. Dr. Idelsohn stellt eine Patientin vor, die an hysterischer Abasie litt, und hält einen Vortrag an der Hand der Krankengeschichte. (Eigenbericht und Discussion s. im nächsten Sitzungsbericht).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Dem Unterrichtsminister ist soeben ein Gesuch der Landschaft von Olonez um die Gründung einer medicinischen Facultät an der Petersburger Universität zugegangen. In diesem Gesuch wird zunächst auf den Mangel an Aerzten im Norden und Nordosten des Reichs hingewiesen, wobei hervorgehoben wird, dass die Militär-Medicinische Akademie vornehmlich den Bedürfnissen der Armee dient. Wie die «Retsch» erfährt, hat sich das Unterrichtsministerium gegen die Bewilligung des Gesuches ausgesprochen und dieses dem Ministerrat mit folgender Erklärung überwiesen: der Bedarf an Aerzten des Nordens und Nordostens des Reichs kann von den Universitäten Dorpat, Moskau und Ssaratow gedeckt werden. Weiter wird auf den Mangel an Mitteln hingewiesen und hervorgehoben, dass es nicht wünschenswert sei, die Zahl der Studenten an der Petersburger Universität zu vergrössern.

— Das Curatorium zur Fürsorge für Geisteskranke eröffnet in Schuwalowo ein Asyl für in der Genesung begriffene Geisteskranke. Mit der Realisierung dieses Planes erfüllt das 1901 gegründete Curatorium einen langgehegten Wunsch und geht dabei bahnbrechend vor, da es weder in Russland noch in Westeuropa eine derartige Anstalt gibt. Das Asyl ist vornehmlich für solche in der Reconvalescenz begriffene Geisteskranke bestimmt, die einer speciellen ärztlichen Beaufsichtigung nicht mehr bedürfen. Für das Asyl ist eine Villa an der Grenze zwischen dem Ersten Pargola und Schuwalowo an der Sofijskaja Nr. 18 käuflich erworben worden. Die Villa befindet sich in einer landschaftlich reizenden Umgebung, ist hoch und trocken gelegen und von Wald umgeben. Vorläufig stehen zwei Pavillons mit 15 bis 20 Betten bereit. Wenn die in Angriff genommene Einrichtung des dritten Pavillons beendet sein wird, wird das Asyl mehr als fünfzig Personen aufnehmen können. Die Eröffnung des Asyls findet Montag, den 14. Februar, 2½ Uhr tags statt. Personen, die in das Asyl zu treten wünschen, haben sich zu melden: beim Präsidenten des Curatoriums Dr. Nishegorodzew (Spasskaja 6, Dienstags von 3½ bis 4 Uhr tags), bei dem Vicepräsidenten Dr. O. A. Czeczott (Furschtadtskaja 25, Freitags von 10 bis 11 Uhr vormittags) und bei dem Asylarzt Dr. P. S. Pirogowski-Morissowski in Udelnaja im Hospital Kaiser Alexander III. Die monatliche Zahlung schwankt zwischen 35 und 50 Rbl.

— Die St. Petersburger Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose veranstaltet am 17. Februar im Saal der Adelsversammlung ein grosses Concert, dessen Reinertrag für den Fond zur Errichtung von Sanatorien für lungenkranke Kinder verwendet werden soll.

— Geheimrat Prof. Dr. Schidlowskij, Mitglied des Medicinalrats, ist zum Wirklichen Geheimrat befördert unter Verabschiedung vom Dienst aus dem Militär-Medicinalressort, laut Gesuch, mit Uniform und Pension.

— Der Medicinalinspector des Gouvernements St. Petersburg, Dr. Fechner ist zum Medicinalinspector des Civilressorts im Kaukasus ernannt.

— Zum Vorsitzenden der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in St. Petersburg ist Prof. Dr. D. O. Ott erwählt, zum 2. Vorsitzenden Prof. Dr. G. E. Rein.

— Dr. S. N. Winogradskij, Mitglied des Instituts für Experimentelle Medicin, hat dem Institut 40000 Rbl. gespendet zur Errichtung eines Gebäudes für die Bibliothek.

— Moskau. Die Gesellschaft der Kinderärzte hat einen Preis im Betrage von 200 Rbl. auf den Namen des Prof.

N. Filatow gestiftet, der für die beste Arbeit auf dem Gebiete der Kinderheilkunde vergeben werden soll. Die Wahl des Themas steht den Bewerbern frei. Der Termin der Zuerkennung des Preises ist der 1. October 1912.

— Die Berliner Universität feiert im October dieses Jahres das Jubiläum ihres 100-jährigen Bestehens.

— St. Petersburg. An der Militär-Medicinischen Akademie hat sich Dr. P. S. Ikonnikow als Privatdocent für Chirurgie habilitiert.

— Tomsk. Der a. o. Professor der Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität, Dr. med. Lindström ist zum ordentlichen Professor ernannt.

— Breslau, Prof. Dr. v. Pirquet in Baltimore hat den Ruf als o. Professor der Kinderheilkunde, als Nachfolger von Prof. A. Czerny, angenommen.

— Die 13. Versammlung russischer Naturforscher und Aerzte soll im Jahre 1911 in Tiflis stattfinden.

— Der 8. internationale Physiologencongress findet in diesem Jahre in Wien am 27.—30. September statt unter dem Vorsitz von Prof. S. Exner. Vorträge sind bei Prof. O. v. Fürth, Demonstrationen bei Prof. A. Kreidl (Physiologisches Institut, Wien IX, Währingerstrasse 13) bis zum 1. Juli anzumelden.

— Der Kaukasischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose ist die Erlaubnis erteilt worden, im ganzen Kaukasischen Gebiet Spenden zu sammeln zur Errichtung eines allgemein zugänglichen Sanatoriums für 100 Lungenkranke in Abas-Tuman.

— Verbreitung der Cholera. Britisch-Indien. In Kalkutta starben vom 19. December 1909 bis zum 1. Januar 1910 33 Personen an der Cholera. — Niederländisch-Indien. In Batavia erkrankten vom 29. November bis zum 5. December 1909 55 Personen (darunter 8 Europäer).

— Verbreitung der Pest. Britisch-Indien. Vom 26. December bis zum 1. Januar erkrankten in ganz Indien 8875 Personen an der Pest und starben 7725. — Türkei. In Djedda wurde am 19. Januar ein Fall von Pesterkrankung constatiert. — Aegypten. Vom 22. bis zum 28. Januar erkrankten 7 Personen und starben 3.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 23. bis zum 29. Januar fanden 11 Erkrankungen und 2 Todesfälle statt. — Oesterreich. Vom 16. bis zum 22. Januar fanden 6 Erkrankungen in Steiermark, 3 in Oberoesterreich, je 2 in Böhmen und Kärnten und je 1 in Mähren und Niederösterreich statt.

— Die Pest in Russland. In der Ortschaft Bodai in der Kirgisensteppe, Gouv. Astrachan, wurden Anfang Februar 5 Erkrankungen an der Pest constatiert, die tötlich verliefen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 17. bis zum 23. Januar 1910 706 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 71, Typh. exanth. 14, Febris recurrens 6, Pocken 44, Windpocken 40, Masern 190, Scharlach 126, Diphtherie 108, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 4, an anderen Infectionskrankheiten 103.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 13676. Darunter Typhus abdominalis 331, Typhus exanth. 30, Febris recurrens 44, Scharlach 333, Masern 109, Diphtherie 274, Pocken 218, Windpocken 4, Cholera 0, crupöse Pneumonie 97, Tuberculose 816, Influenza 230, Erysipel 99, Keuchhusten 17, Hautkrankheiten 67, Syphilis 582, venerische Krankheiten 333, acute Erkrankungen 2384, chronische Krankheiten 2139, chirurgische Krankheiten 1725, Geisteskrankheiten 3408, gynäkologische Krankheiten 276, Krankheiten des Wochenbetts 51, verschiedene andere Krankheiten 115.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 852 + 52 Totgeborene + 43 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 9, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 1, Pocken 15, Masern 52, Scharlach 23, Diphtherie 12, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 42, katarrhalische Pneumonie 95, Erysipelas 6, Influenza 9, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 119, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 51, andere Magen- und Darmerkrankungen 48, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 47, Marasmus senilis 20, andere Todesursachen 251.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 24. bis zum 30. Jan. 1910 615 Personen. Darunter an Typh. abdom. 96, Typh. exanth. 9, Febris recurrens 10, Pocken 55, Windpocken 17, Masern 192, Scharlach 91, Diphtherie 104, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 3, an anderen Infectionskrankheiten 38.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 13960. Darunter Typhus abdominalis 391, Typhus exanth. 29, Febris recurrens 46, Scharlach 322, Masern 109, Diphtherie 263, Pocken 246, Windpocken 6, Cholera 0, crupöse Pneumonie 94, Tuberculose 812, Influenza 232, Erysipel 105, Keuchhusten 13, Hautkrankheiten 75, Lepra 0, Syphilis 579, venerische Krankheiten 334, acute Erkrankungen 2489, chronische Krankheiten 2198, chirurgische Krankheiten 1697, Geisteskrankheiten 3474, gynäkologische Krankheiten 280, Krankheiten des Wochenbetts 54, verschiedene andere Krankheiten 71.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 865 + 63 Totgeborene + 48 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 15, Typhus exanth. 3, Febris recurr. 2, Pocken 18, Masern 48, Scharlach 18, Diphtherie 17, Keuchhusten 18, crupöse Pneumonie 37, katarrhalische Pneumonie 115, Erysipelas 8, Influenza 14, Pyämie und Septicaemie 13, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 103, Tuberculose anderer Organe 23, Dysenterie 0, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 52, andere Magen- und Darmerkrankungen 27, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 68, Marasmus senilis 21, andere Todesursachen 240.

Nekrolog: 1) In St. Petersburg starb am 29. Januar an Apoplexie der Professor der inneren Klinik an der Militär-medicinischen Akademie, Dr. S. S. Botkin, geb. 1859, approbiert 1886, ein Sohn des bekannten russischen Klinikers Prof. Sergei Botkin. Nach Absolvierung des Cursus an der Akademie war er an derselben zur weiteren Ausbildung belassen worden; 1893 habilitierte er sich als Privatdocent für innere Klinik, 1895 wurde er a. o. Professor und 1898 ordentlicher. 2) In Berdjansk (Gouv. Taurien) starb am 2. Februar Dr. med. Nikolai Kumberg. Er hatte sich in den letzten Jahren sehr viel mit Geschichte der Medicin in Russland beschäftigt und mehrere Arbeiten schon veröffentlicht, aber leider war es ihm nicht vergönnt, sein grösstes Werk, ein biographisches Lexikon aller Aerzte Russlands zu vollenden. Hoffentlich geht das von K. gesammelte Material nicht verloren und es findet sich ein College, der in Pietät das Werk des Verstorbenen herausgibt. 3) In Riga starb am 6. Februar der Mitredacteur der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift, Dr. med. Joh. Krannhals im Alter von 56 Jahren, am Flecktyphus, als ein Opfer seines Berufes. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir in einer der nächsten Nummern. 4) In Charkow starb Dr. A. J. Krawzow. 5) In Riga starb Dr. K. F. Wirkau. 6) In Nishnij-Lomow starb der Landarzt Dr. M. N. Jagodinskij. 7) In Leipzig starb der a. o. Professor für Nervenheilkunde, Dr. F. Windscheid, im Alter von 48 Jahren. 8) In Prag starb der Professor der Ohrenheilkunde, Dr. E. Zaufal im Alter von 73 Jahren. 9) In Toronto starb Dr. James Richardson, Professor der Anatomie an der dortigen Universität.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 23. Febr. 1910.

Tagesordnung: 1) Bormann: Ueber den praktischen Wert der Wassermannschen Reaction.

2) Petersen: Ueber die Untersuchung von Mikroorganismen nach dem Tuschverfahren von Prof. Burri.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Febr. 1910.

Tagesordnung: A. Wladimiroff: Ueber Piroplasmosen.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

№ 8 St. Petersburg, den 20. Februar (5. März) 1910. **XXXV.** JAHRGANG.

Die Frühbehandlung der Syphilis.

Vortrag, gehalten zum I. Baltischen Aerztecongress 1909 in Dorpat.

Von

Dr. Emil Kroeger.

Specialarzt für Haut- und Harnleiden in Riga.

M. H.! So lange die Syphilisforschung besteht, so lange hat es auch den Kampf der Meinungen gegeben, die um die Frage des Zeitpunktes stritten: wann hat die Allgemeinbehandlung des Inficierten einzusetzen? Soll bis zum Eintritt der secundären Erscheinungen gewartet werden, oder ist es möglich, durch eine frühzeitige Behandlung der Ueberschwemmung des Organismus mit dem syphilitischen Virus vorzubeugen oder sie wenigstens abzuschwächen?

Die letzten Jahre, die für die Syphilisforschung besonders fruchtbringend gewesen sind, haben auch diese wichtige therapeutische Frage wieder in den Vordergrund gedrängt.

Die Entdeckung der Spirochaeta pallida hat uns die Möglichkeit gegeben, ohne auf das Auftreten der sehr viel später erscheinenden klinischen Symptome zu warten, die exacte und nicht mehr zu bezweifelnde Diagnose auf Syphilis zu stellen.

Das Tierexperiment hat uns gezeigt, dass die Allgemeinerkrankung schon 24 Stunden nach der Infection nicht mehr verhindert werden kann, und die Wassermannsche Reaction ist dazu berufen, uns darüber aufzuklären, ob eine Allgemeininfection eingetreten ist, besteht oder abgelaufen ist.

Der Termin der in Frage kommenden Frühbehandlung kann sich also heute dem Infectionstage viel mehr nähern als früher, wo zum Stellen der unsicheren Diagnose zum Mindesten eine Induration des Ulcus oder gar der Inguinaldrüsen nötig war.

Die auch früher schon durch Quecksilbermittel gehandhabte prophylactische Behandlung ist jetzt durch zwei Experimente am Menschen und vielen an Affen von Metschnikoff und Roux [1]) auf ihre Berechtigung geprüft worden. Sie benutzten eine Calomel-Lanolinsalbe und hatten vollen Heilerfolg, wenn die Salbe, die nicht unter 25 % gewählt werden darf, eine Stunde nach der Impfung angewandt wurde. 20 Stunden später hatte diese Abortivbehandlung keinen Erfolg mehr.

Diese Methode verdient weiteste Verbreitung unter dem Laienbuplicum, da sie leicht ausführbar und sicher imstande ist, Erkrankungen zu verhindern.

Ist eine Infection erfolgt und das ulcus entstanden, so müssen wir, selbst wenn nach der Anamnese und unseren klinischen Erfahrungen keine syphilitische Infection vorzuliegen scheint, die mikroskopische Untersuchung des Secrets vornehmen. Die Untersuchung ist etwas mühsam, bietet aber sonst keine Schwierigkeiten, gibt uns in unbehandelten Fällen ganz sichere Resultate und befreit uns von der früher so lästigen langen Ungewissheit in der Diagnose.

Findet sich die Spirochaeta pallida, so stehen wir vor der Frage, ob jetzt noch durch Exision oder Cautherisation mit dem Paquelin oder dem Holländerschen Heissluftbrenner eine Abortivbehandlung Aussicht auf Erfolg hat.

Nach den meisten früheren klinischen Erfahrungen ist diese chirurgische Behandlung, selbst mit gleichzeitiger Exstirpation der benachbarten Drüsen nicht imstande, die Allgemeinerkrankung zu verhindern. Nur wenige Autoren, wie Witte [2]) und Holländer [3]), berichten von glücklichen Erfolgen, die aber erst nach einer Controlle durch die Wassermannsche Serumreaction einwandfrei dastehen würden.

Experimentell ist von Neisser [4]) nachgewiesen worden, dass die an geimpften Affen gemachten Excisionen nur dann Erfolg hatten, wenn sie bis zu 6 Stunden nach der Infection vorgenommen wurden.

Trotzdem die Excision also keinen, oder nur in den allerseltensten Fällen einen Wert als Abortivbehandlung hat, so ist sie doch in allen praktisch nur mög-

[1]) Annales de l'institut Pasteur. October 1907.

[2]) Wirksamkeit der Excision. Arch. f. Dermatol. Syph. Festschrift 1907. p. 271.

[3]) Verein f. innere Med. Berlin. Sitzung 10. VI. 07. Münchn. med. Woch. 1907. Nr. 25.

[4]) Die experimentelle Syphilisforschung. Berlin. 1906.

lichen Fällen vorzunehmen, da sie eine schnellere Heilung als die nur langsam der Behandlung weichende Sclerose gewährleistet und einer Menge Spirochäten den Uebergang in den Organismus verwehrt.

Die Erfahrungen einiger Autoren, wie Holländer [5]) und Pick [6]), die nach Excisionen und Cautherisationen, und Hallopeau [7]), Railjet [8]) und Thalmann [9]), die nach Localinjectionen von Quecksilber oder Atoxyl, also auch durch eine Zerstörung des Spirochätenherdes eine Verlängerung der Incubationszeit, eine Spärlichkeit der Manifestationen und einen milden Verlauf der Krankheit beobachtet haben, machen es uns zur Pflicht, die Basis des Krankheitserregers so schnell und so gründlich als möglich zu zerstören.

Haben wir nun die Ueberzeugung gewonnen, dass trotz unserer Eingriffe ein Verhüten der constitutionellen Syphilis nicht möglich ist, so müssen wir auch zugeben, dass sie schon jetzt, wenn auch symptomlos besteht und eine Einwanderung der Spirochäten in den Organismns stattgefunden hat.

Die Wassermannsche Serumreaction tritt unter Umständen schon sehr früh, bereits 8 Tage nach der Infection auf (Prof Lesser [10]), doch ist sie im Allgemeinen in den ersten Wochen negativ. Erst nach der sechsten Woche ist ein rapides Ansteigen des positiven Reactionsfalles zu sehen (W. Fischer [11]) F. Lesser [12])).

Hat nun in dieser sogenannten II. Incubationsperiode die Allgemeinbehandlung einzusetzen, oder haben wir auch jetzt noch dem von vielen Seiten vertretenen Standpunkt des Abwartens der Secundärerscheinungen treu zn bleiben?

Von Vertretern der möglichsten Frühbehandlung nenne ich von älteren Autoren Bäumler, Edlefsen, Laube, Hutchinson, Schwimmer, Schuster, Deutsch und Ludwig Jullien [13]), von denen Letzterer meint, dass man sich einer Unterlassung schuldig macht, wenn man die Behandlung während der Entwickelung des Schankers verschmäht und abwartet, bis das Gift sich vermehrt und den ganzen Organismus durchsetzt hat. Die Syphilis könne von Anfang an in ihrer Entwickelung gehemmt werden, so dass später nur unbedeutende Erscheinungen auf der Haut und Schleimhaut auftreten. Deutsch berichtet in seiner Arbeit über den Einfluss der frühzeitigen antiluetischen Behandlung auf das Nervensystem [14]), dass bei allen frühbehandelten Kranken sich keine Veränderungen des Nervensystems nachweisen liessen, während bei den exspectativ behandelten zur Zeit des Ausbruchs des Exanthems eine Steigerung der Haut- und Sehnenreflexerregbarkeit beobachtet wurde, die später unter die Norm herabsank, um dann langsam zur normalen Höhe anzusteigen. Bei 50 dieser Patienten hielt die gesteigerte Erregbarkeit 3—6 Monate an, was auf eine stabilisierte Hyperämie des Nervensystems schliessen lässt.

[5]) Präventivbehandlung d. syph. Primaraff. Ber. kl. Wochenschr. 1903. 46.

[6]) Prophylaxis d. Syph. Penzold u. Stinzing. Handbuch d. Therapie. 1903. VII.

[7]) Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syph. XIX. 9. p. 90. 1908.

[8]) Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syph. XIX. 2. p. 52 1908.

[9]) D. Syph. u. ihre Behandlung. Dresden. 1906.

[10]) Deutsche Med. Wochenschr. 1909. Nr. 9.

[11]) Bewertung d. Wasserm. R. für d. Frühdiagnose u. Therap. d. Syph. Med. Klinik. V. 5.

[12]) Verein f. innere Medicin zu Berlin. Sitzung. v. 14./XII. 1908.

[13]) Monatshefte f. prakt. Dermatol. u. Syph. XVIII. 9. p. 411. 1894.

[14]) Archiv f. Dermat. u. Syph. XXVIII. 2. p. 223. 94.

Auch Prof. E. Schwimmer [15]) betont, dass das Nervensystem in der Incubationszeit schweren Schädigungen ausgesetzt ist. Ausserdem nimmt der Hämoglobingehalt des Blutes zu einer Zeit, zu der noch keine syphilitischen Erscheinungen auftreten, ab. Beide Schädigungen können durch die Frühbehandlung verhindert werden.

Die Gegner der Frühbehandlung, unter ihnen Kaposi, Siegmund, Neumann, v. Zeissl, Doutrelepont, v. Düring u. a., führen ausser der heute nicht mehr in Frage kommenden Verschleierung der Diagnose als Grund das doch nicht zu verhindernde Auftreten der Secundärerscheinungen an, den atypischen Verlauf, die frühzeitigen Recidive, das frühzeitige Auftreten von schweren Mund-, Rachen- und Periost-Affectionen und die Abschwächung der Quecksilberwirkung.

Prof. M. v. Zeissl [16]) will den Beginn der Behandlung bis auf den Zeitpunkt hinausschieben, an dem die Allgemeinerscheinungen schon eine Spontaninvolution zeigen. An derselben Stelle aber rät er doch, falls sich während der Entwickelung der Roseola heftige Kopfschmerzen einstellen sollten, diese mit einigen Einreibungen oder Injectionen zu behandeln, weil diese im Gegensatz zu allen anderen Mitteln den Kopfschmerz wie mit einem Zauberschlage beseitigen.

Die neueren Gegner der Frühbehandlung, wie Blaschko [17]), Spiegler [18]), Curioni [19]), sprechen dem Quecksilber eine spirochätentötende Wirkung ab und fürchten eine Hemmung in der Entwickelung der Antikörper. Klotz [20]) hofft, dass die Spirochätenforschung eine Erklärung für die Richtigkeit der Behandlung nach Ausbruch des Exanthems nachliefern wird, ähnlich wie die Biologie des Plasmodiums uns die übliche Malariatherapie verstehen lehrte.

Diesen treten als neueste Verfechter der Frühbehandlung Neisser, Lesser, Jadasson, Ed. Lang und Thalmann entgegen.

Neisser [21]) vertritt die Anschauung, dass das Quecksilber die Spirochäten direct tötet. Je früher es angewandt wird, um so weniger Spirochätenherde können sich im Körper festsetzen, und um so aussichtsvoller ist die Verhinderung späterer Symptome. Eine Störung in der Bildung der Antikörper findet nicht statt.

Lesser [22]) will gleich nach der Excision des Primäraffects mit der allgemeinen Quecksilberbehandlung beginnen und sie chronisch-intermittierend fortsetzen.

Thalmann [23]) erklärt die bei der Frühbehandlung dazwischen schnell auftretenden Recidive dadurch, dass die Immunität im Körper keinen hohen Grad erreicht hat, das heisst, es sind wenig Antikörper gebildet worden, weil verhältnismässig wenig Zerfallproducte von Spirochäten vorhanden waren. Die Recidive treten bei Frühbehandlung meist an einem, selten an mehreren Herden auf, was auf eine geringe Verbreitung der Spirochäten schliessen lässt. Das Quecksilber wirkt tötend auf die Spirochäten, daher ist es auch in jedem Stadium der Krankheit wirksam. Von Thalmanns Frühbehandelten haben 30 % mehr als 6 Monate nach der Infection keine Allgemeinerscheinungen gezeigt.

[15]) Wiener med. Presse. XXXVIII. 44. 97.

[16]) Diagnose und Behandlung d. vener. Erkrankungen. Wien. 1905.

[17]) Verein f. innere Med. Berlin. Discussion zur Sitzung 10./VI. 07.

[18]) Wiener kl. Rundschau. XXII. 4. 5. 1908.

[19]) Brit. med. Journ. 20. I. 1909.

[20]) Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 3.

[21]) XXV. Congress f. innere Med. Wien. 1908. Therap. Monatshefte. Mai. 1908.

[22]) Verein f. innere Medicin. Berlin. Sitzung 10. VI. 07.

[23]) Münchener med. Wochenschr. 26. III. 07.

Prof. Ed. Lang [24]) berichtet, dass er die besten Resultate dann erreichte, wenn der Primäraffect erst 10 bis 12 Tage bestand und die Quecksilberbehandlung mit kleinen Dosen bis 6 Monate lang fortgeführt wurde.

Ullmann [25]) berichtet über gänzliches Ausbleiben der Secundärerscheinungen nach dem sogenannten Abortivverfahren Duhots [26]). Duhot wählt nur solche Patienten, deren Ulcera nicht länger als 14 Tage bestehen und deren Inguinaldrüsen noch keine deutliche Induration zeigen. Er gibt wöchentlich eine Injection von circa 14 cg. Oleum cinereum 3—4 Monate lang und hat unter 142 Patienten nur in 2 Fällen geringe Secundärerscheinungen im ersten Jahre beobachtet, bei 140 aber hat er, bei einer Beobachtungsdauer von 12 Jahren, vollkommene Heilung erzielt, das heisst, die Patienten blieben bis jetzt nicht nur von secundären und tertiären Erscheinungen, sondern auch von Tabes und Paralyse frei. Angaben über die Serumreaction dieser Patienten fehlen.

Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich Ihnen, M. H., nur über ein ganz kleines Material berichten. Ich schalte diejenigen Patienten aus, bei denen der Infectionstermin weiter zurücklag, bei denen schon deutliche Verhärtung der Inguinaldrüsen bestand und die somit kurz vor Ausbruch des Exanthems standen, und erwähne nur die, an denen sich noch keine Drüsenschwellung constatieren liess und deren Infection sicher nicht weiter als 3 Wochen, bevor die erste Quecksilberinjection gemacht wurde, zurücklag. Die Ulcera bestanden 2—20 Tage. Excidiert habe ich davon nur eins; zwei waren Ulcera urethrae, und bei den übrigen verbot sich die Excision durch weit ausgebreitete Mischinfection. Die Quecksilbercuren (alles Injectionscuren) setzte ich bis zwei Wochen nach Schwinden der Primärerscheinungen fort. Sie dauerten 5—8 Wochen. Meiner Beobachtung hat sich ein Patient entzogen, der 6½ Monate nach Schluss der Cur noch kein Recidiv hatte. Die übrigen 5 habe ich bis jetzt in einem Zeitraum von 1—2 Jahren beobachten können. Sie zeigten alle Recidive, und zwar 5—8 Wochen nach Schluss der Cur. Die Recidive waren zweimal maculöse Exantheme, einmal Iritis, sonst Schleimhautplaques. Alle schwanden wieder schnell auf erneute Quecksilbermedication und sind später immer seltener und schwächer und einmal garnicht wieder aufgetreten.

Sie sehen, es ist mir nicht gelungen, meine Patienten vor Recidiven zu schützen oder gar abortiv zu heilen, und doch glaube ich, ist die Frühbehandlung den Patienten von grossem Nutzen gewesen.

Drüsenschwellungen haben sich bei keinem entwickelt, bei keinem hat sich die sonst so häufige Anämie gezeigt und auch bei keinem haben sich Kopfschmerzen oder sonstige Erscheinungen von Seiten des Nervensystems gezeigt. Weder habe ich die früher bei der Frühbehandlung so gefürchteten schweren Recidive noch das bei diesen drohende Versagen des Quecksilbers gesehen. Besonders betonen möchte ich das Freibleiben der Patienten von jechlichen Erscheinungen, die auf eine Reizung oder Erkrankung des Nervensystems schliessen liessen. Vielleicht lässt sich hieran die Hoffnung knüpfen, dass solche Patienten auch späterhin verschont bleiben werden von den sogenannten parasyphilitischen degenerativen Nervenerkrankungen. Nur eine grosse Reihe langdauernder Beobachtungen könnte erst diese Hoffnung bestätigen.

Durch das volle Wohlbefinden meiner Patienten, durch das schnelle Schwinden aller Symptome und durch die Abwesenheit der Drüsenschwellung an eine eventuelle Heilung glaubend, habe ich mich damals veranlasst gesehen, die ersten Curen zu früh abzubrechen, und habe so den im Körper wahrscheinlich nur vereinzelt lebenden Keimen Zeit zur Vermehrung gegeben.

Durch eine verlängerte Behandlungsmethode, die ich weiter besprechen will, glaube ich auch noch die letzten Keime unschädlich machen zu können und damit auch vielleicht das Auftreten von Recidiven verhindern zu können. Sollte auch dieses Ziel nur in den seltensten Fällen erreicht werden können — zur möglichsten Frühbehandlung glaube ich aber in jedem Falle dringend raten zu müssen.

Wir wissen doch, dass in der Frühperiode der Syphilis schon vor der Zeit der Erkrankung der äusseren Integumente verschiedene innere Organe erkranken können. Ich erwähnte schon die Veränderung der Blutbeschaffenheit, die erhöhte Reflexerregbarkeit, es treten aber auch Periost-Muskel-Sehnenaffectionen auf, Fiebererscheinungen, Icterus, neuralgische Schmerzen, die häufig mit Veränderungen des Augenhintergrundes zusammenfallen. Nach Loizel [27]) ist eine Pleuritis specifica in diesem Stadium eine häufige Erscheinung. Lang, Massenauer und Fournier berichten von Früherkrankungen des ganzen Circulationssystems und beobachteten Verbreiterung der Herzdämpfung und Herzgeräusche, während Wacher eine specifische exsudative Pericarditis beobachtete [28]). Alle diese Erscheinungen, die meist anfangs geringe Beschwerden machen, schwer zu diagnosticieren und zu deuten sind, weichen schnell einer specifischen Behandlung und beweisen, dass die Syphilis, schon lange ehe wir sie nach unseren alten Methoden zu diagnosticieren vermochten, schwere Veränderungen im ganzen Organismus hervorruft. Wenn diese Veränderungen auch einer späteren Therapie weichen, so wissen wir nie, ob nicht doch Spuren davon nachbleiben, die zum Ausgangspunct späterer schwerer Erkrankungen werden können, wie Arteriosclerose, Aneurysmen, Herzgummen, Lebererkrankungen, Nervenerkrankungen u. s. w.

Angesichts dieser Tatsachen scheint es mir unabweislich, zu jedem Zeitpunkt und in jedem Falle, sobald erst die Diagnose Syphilis feststeht, sofort die Allgemeinbehandlung einzuleiten. Sie ist sicher, wie alle Beobachtungen lehren, imstande, das Auftreten aller dieser Früherkrankungen zu verhindern.

Die Allgemeinbehandlung soll, diese Forderung wird zur Erlangung günstiger Resultate von allen, die viel die Frühbehandlung geübt haben, gestellt, möglichst lange ausgedehnt werden.

Der Gesichtspunkt, dass das Quecksilber direct auf die Spirochäten tötend wirkt und dass der Organismus infolge der geringen Bildung von Immunstoffen nicht imstande ist, die einzelne überlebenden Keime zu vernichten, macht es verständlich, warum bei jeder Frühbehandlung eine recht lange fortgesetzte erste Cur durchgeführt werden muss. Nur langdauernder Gebrauch des Quecksilbers ist imstande, auch die letzten Keime, die vielleicht in einigen dem Blutstrom schwer zugänglichen Schlupfwinkeln versteckt liegen, bei ihrem Wiedererscheinen abzutöten.

Nach Durchführung einer bis 8 Wochen dauernden allgemeinen Quecksilbercur, bei der auch besonders die Umgebung des Primäraffets mit Quecksilber behandelt werden soll, lasse man die Pausen zwischen den Injectionen oder Einreibungen immer grösser werden, um schliesslich zu gering dosierten Quecksilberpillen überzugehen, die bis 6 Monate nach der Infection weitergebraucht werden sollen. Dieser Vorschlag zur Pillenbehandlung überzugehen, stammt von Prof. Lang [29]), und

[24]) Wiener kl. Wochenschr, 1908. Nr. 49.
[25]) Physical. Therap. d. Geschlechtskrankheit. Stuttgart. 1908.
[26]) Physical. Therap. d. Geschlechtskrankh. Stuttgart. 1908.

[27]) Citiert bei Ullmann cf. 24.
[28]) Citiert bei 27.
[29]) Wiener kl. Wochenschr. Nr. 3. 1909.

ich halte ihn für sehr beachtenswert, da er vielfach erprobt und praktisch am leichtesten durchführbar ist. Duhot und Jullien werden schwerlich so geduldige Patienten finden, die bei vollstem Wohlbefinden sich einer bis 6 Monate lang fortgeführten Injectionscur unterwerfen werden.

Im Verlaufe einer so lange fortgesetzten Behandlung werden sich keine Recidive zeigen und später werden sie, wie viele Beobachtungen lehren, selten und dann nur in der leichtesten Form auftreten. Treten sie nicht weiter auf, so können wir hoffen, alle Keime abgetötet zu haben. Da wir dieses aber nicht sicher wissen können, so möchte ich doch solche Patienten weiterhin als sogenannte „leichte Fälle", die, wie die Erfahrung lehrt, „prädestinierte Spätsyphilitiker (Touton[30]) sind, auffassen und sie der chronisch intermittierenden Behandlung unterwerfen, die sie nie schädigen, wohl aber vor heimtückischen Erkrankungen bewahren wird.

Erst wenn die Serumforschung uns eine Methode der Frühbehandlung, die eine sichere Abortivheilung bietet, kennen lehrt, können wir die chronisch intermittierende Behandlung verlassen.

Wer die sichere und schnelle Wirkung des Quecksilbers auch auf die ersten Erscheinungen der Syphilis beobachtet hat, wird sich nicht mehr von der Frühbehandlung lossagen und den Organismus den Spirochäten wehrlos überlassen können; er wird aber zugeben, das unsere bisherigen Behandlungsmethoden, als zur Frühbehandlung ungenügend, einer Revision unterzogen werden müssen.

Erst eine grosse Reihe langjähriger Beobachtungen wird über den Wert anderer Methoden, von denen ich Ihnen, M. H., eine zur Prüfung vorgelegt habe, entscheiden.

[30]) Deutsche Klinik. X. 1.

Zur Frühbehandlung der Syphilis.

Von

Dr. S. Prissmann-Libau.

Vortrag (Correferat), gehalten auf dem I. Baltischen Aerztetag in Dorpat.

M. H! Indem ich der ehrenden Einladung unseres Sections-Vorstandes, ein Correferat zu einem der vom Organisations-Comitee aufgestellten Themata zu übernehmen, unter erschwerenden Nebenumständen, die es mir nicht ermöglichen tiefer in die Materie einzudringen, Folge leiste, beabsichtige ich mit meinen kurzen Ausführungen mehr die praktische Seite dieser Frage zu beleuchten, an der Hand der Literatur und gestützt auf eine 20-jährige specialärztliche Tätigkeit. Dabei bin auch ich mir gleich Schwimmer wohl bewusst, keine neuen Anhaltspunkte zur Begründung der allbekannten alten Auffassungen vorbringen zu können, umsoweniger als gerade dieses Thema im Laufe der letzten Jahrzehnte vielfach in der medicinischen Journalistik, sowie auf verschiedenen Congressen behandelt wurde. Bevor ich jedoch zu dieser Frage Stellung nehme, will ich einige namhafte Anhänger und Gegner der Frühbehandlung in möglichst objectiver Weise hier zu Worte kommen lassen, woraus allein schon der schroffe Gegensatz, der auf diesem Gebiete herrscht, zur Genüge charakterisiert werden wird.

So soll nach Schwimmer die Syphilis präventiv behandelt werden, sobald nur der Primäraffect erkannt und richtig diagnosticiert wird. Alle Einwände gegen die Präventivbehandlung lässt Schwimmer nicht gelten; ja man beuge damit der Anaemisierung der Luetiker vor.

Auch Duhot befürwortete auf dem internationalen medicinischen Congress zu Lissabon auf Grundlage seiner 10-jährigen Erfahrungen bei 134 Fällen die abortive Frühbehandlung der Syphilis durch eine rasche und energische Allgemeinbehandlung. Der bekannte, vor kurzem verstorbene Dermatologe Glück-Sarajewo kommt gleichfalls auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen zu dem Ergebnis, dass die mercurielle Frühbehandlung wohl mehrere praktisch bedeutsame Vorteile, aber keinerlei wesentliche Nachteile habe, weshalb er ihre Anwendung nicht nur für zweckmässig, sondern geradezu für empfehlenswert hält.

Professor Lang ferner ist der Ansicht, dass eine zweckmässig und rechtzeitig eingeleitete, milde und genügend lange fortgesetzte präventive Mercurbehandlung tatsächlich ziemlich oft den allergünstigsten Einfluss auf die Syphilis ausübe und zu unseren heilsamsten Methoden zähle. Insbesondere repräsentiere eine wirksame Präventivbehandlung die mächtigste prophylactische Massnahme gegen Tabes und Paralyse.

Von den zahlreichen Gegnern der Frühbehandlung will ich hier nur Caspary, von Watraszewski, von Zeissl, Kaposi und Max Joseph anführen. Der alte Praktiker Caspary rät auf Grund seiner reichen Erfahrungen von der Frühbehandlung ab, falls nicht besondere Umstände dieselbe erfordern. Die sonst eintretende Unsicherheit der Diagnose könne manches Unheil anrichten. Auch von Watraszewski hält es für einen Fehler, vor Ausbruch des Exanthems mit der Allgemeinbehandlung zu beginnen, zumal das Quecksilber auf den latenten Zustand der Krankheit nicht wirke, was er aus der Beobachtung einer grösseren Zahl maligner Luesfälle schliesse. Es lasse sich auch die Behandlung bei bestehendem Exanthem der Krankheit viel leichter anpassen, und der Erfolg der Cur veranlasse den Kranken, bei neuen Symptomen alsbald wieder in Behandlung zu treten, während bei der Präventivbehandlung das Auftreten von Erscheinungen einerseits den Patienten häufig deprimiere, andererseits sehr oft den Arzt veranlasse, viel zu schnell zum Hydrargyrum zu greifen. Schliesslich würde auch hierdurch die Sicherheit der Diagnose häufig gefährdet. Und von Zeissl gar ist strictester Gegner einer jeden Frühbehandlung. Er weist auf die vielfachen Beobachtungen hin, in denen durch die Präventivallgemeinbehandlung der Ausbruch der Secundärsymptome nur wenig hinausgeschoben, dagegen das ganze Bild gestört werde, sehr bald gruppierte, vielfach auch schwerere und tertiäre Erscheinungen auftreten. Häufig zeigten sich während der Behandlung neue Symptome, woraus hervorgehe, dass man durch Einverleibung von Quecksilber den Ausbruch derselben nicht verhüten könne, während man den Patienten vielleicht gegen das Medicament unempfindlich mache. Gegen den Wert der Präventivallgemeinbehandlung spreche auch die Beobachtung, dass, obwohl bei der früher geltenden Dualanschauung alle Primäraffecte präventiv behandelt wurden, der Verlauf der Lues damals kein günstigerer war als jetzt. Auch Altmeister Kaposi spricht sich entschieden gegen eine Frühbehandlung aus. So oft er durch theoretische Denkfolge oder die äusseren Umstände verleitet wurde, die Allgemeinbehandlung vor Ausbruch des Exanthems machen zu lassen, in der Absicht, damit demselben vorzubeugen, ebenso oft habe er dies bereut. Um zum Schluss einen modernen Lehrer der Dermatologie zu nennen, will ich noch Max Joseph erwähnen, der sich gleichfalls mit aller Bestimmtheit dafür ausspricht, dass mit der Allgemeinbehandlung erst begonnen werden soll, wenn Roseola aufgetreten und dadurch die Diagnose über jeden Zweifel erhaben sei.

Wenn Sie nun, meine Herren, fragen, welchen Stand-

punkt ich persönlich zu dieser Frage einnehme, so kann ich nicht umhin, mich im Princip als Gegner der Frühbehandlung zu erklären, wobei ich jedoch gewisse Ausnahmen gelten lasse, unter denen eine Präventivallgemeinbehandlung meiner Ueberzeugung nach indiciert sein kann. Im ersten Jahrzehnt meiner Praxis stand ich strict auf der mir von der Schule her eingeimpften Lehre, dass bei der Allgemeinbehandlung einer jeden Lues erst Secundärerscheinungen abzuwarten seien, — doch wurde ich später u. A. durch einen Ausspruch des grossen Syphilidologen Tarnowskij stutzig, der da behauptete, dass er es bereue während seiner 40-jährigen ärztlichen Tätigkeit von der Präventivalgemeinbehandlung keinen Gebrauch gemacht zu haben, und er hoffe jetzt bei Anwendung der Frühbehandlung bessere Resultate zu erzielen. Nachdem auch ich daraufhin längere Zeit in einer stattlichen Zahl von Fällen die Allgemeinbehandlung vor Ausbruch des Exanthems in Anwendung gebracht hatte, bin ich jetzt wieder zum Gegner dieser Behandlungsmethode geworden — trotz Tarnowskij, der auch sicherlich, wenn er nur so solange gelebt hätte, anderer Meinung geworden wäre. Wenigstens bin ich bei einiger Erfahrung zur Ueberzeugung gekommen, dass oft genug, wie schon von anderer Seite vielfach behauptet, Symptome mitten in der Cur oder kurz nach Beendigung derselben auftreten, dass bei der dann erforderlichen Verstärkung der Dosis oder bei sofort wiederholter Cur zweifellos eine Quecksilber-Intoxication oder wenigstens eine Gewöhnung an das Mittel eintritt, welches im Bedarfsfalle dann weniger zuverlässig zu wirken scheint. Die Unregelmässigkeit des Verlaufes des Leidens, sowie last not least der Mangel in der Sicherheit der Diagnose sind weitere allgemein anerkannte Nachteile der Frühbehandlung. Es scheint in der Tat, wie paradox es auch klingen mag, als ob erst nach einer Allgemeindurchseuchung des Organismus mit dem Syphilisvirus eine intensive und kräftige Wirkung des Heilmittels eintrete. In dieser meiner Ueberzeugung bin ich auch durch die neuesten Syphilisforschungen nicht schwankend geworden, umsoweniger, als ich die Wassermannsche Syphilisreaction für die Praxis wenigstens schon wegen der grossen technischen Schwierigkeiten für unverwertbar halte, wobei ich die Frage offen lasse, ob sie überhaupt als eine wirklich specifische Reaction aufzufassen sei; — und wenn auch der Spirochätenbefund im Primärulcus die Diagnose allem Anscheine nach sichert, so ist damit noch lange nicht eine voreilige Präventivallgemeinbehandlung indiciert. Man soll jahrzehnte- ja jahrhunderte alte Erfahrungssätze nicht leichter Hand bei noch so wertvollen wissenschaftlichen Entdeckungen über den Haufen werfen.

Ich sprach früher von Ausnahmen, die ich mitunter in der Praxis bei der Behandlung der Frühlues zu machen mich veranlasst sehe. Als solche möchte ich nach berühmten Mustern bezeichnen: typisches Ulcus, resp. typische Sclerose bei indolenter regionärer Drüsenschwellung und gleichzeitigem Bestehen sehr lästiger und nachteiliger Functionsstörungen, drohende Gefahr für die Umgebung, extragenitaler Sitz der Sclerose und alle Schanker der Harnröhrenmündung und der angrenzenden Harnröhrenschleimhaut, deren Heilung sonst lange Zeit in Anspruch nimmt, die dabei sehr schmerzhaft, einer örtlichen Behandlung kaum zugänglich sind und öfters Stricturbildung zur Folge haben. Auch hochgradige Induration, Phimosis und umfangreiches, indurratives Oedem des Präputium, sowie ferner zwingende äussere Verhältnisse könnten mitunter gleichfalls, wie Neumann richtig ausführt, die initiale Mercurialbehandlung indicieren.

In jedem Falle von frühzeitig eingeleiteter Allgemeinbehandlung wäre jedoch zu empfehlen, von Seiten des behandelnden Arztes dem Patienten eine Bescheinigung darüber einzuhändigen, auf Grund wessen die Diagnose gesichert und wodurch veranlassst die Frühbehandlung eingeleitet wurde. Dieser Vorschlag dürfte im ersten Augenblick gewiss befremdend wirken, doch könnte nach meiner Erfahrung durch Verwirklichung dieser Idee sowohl dem zuerst behandelnden Arzte, als auch dem Patienten durch ein derartiges Document manche Unannehmlichkeit erspart bleiben. Zur Begründung dieser meiner Forderung will ich aus der Zahl der nicht wenigen einschlägigen Fälle nur einen typischen aus meiner Praxis herausgreifen, der sich bei der Frühbehandlung der Lues täglich ereignen und viel, sehr viel sociales Unheil heraufbeschwören kann.

Der Fall betrifft einen intelligenten Mann von 30 Jahren, der vor etwa 3 Jahren wegen einer Sclerose der Harnröhrenmündung in meiner Behandlung stand; ich leitete in diesem Falle aus verschiedenen wichtigen Gründen bald eine Frühbehandlung ein, wobei der örtliche Erfolg nicht ausblieb. Nach einigen wenigen Injectionen hielt Patient sich für geheilt und brach die Cur eigenmächtig ab. Nach etwa 14 Tagen suchte der Kranke mich wieder auf und gab mir zu verstehen, ich hätte mich gewiss getäuscht, da er laut Aussage des Dr. N. N. in Riga überhaupt keine Lues habe und nur unnütz mit Hydrargyrum gequält wurde. Ich hätte wohl jetzt ebensowenig, wie Dr. N. N., gegen seine baldige Vermählung (Patient war seit Monaten Bräutigam) etwas einzuwenden. Als ich auf meiner Diagnose bestand und vor Heirat dringend warnte, versprach mir Patient, noch 3 Monate warten zu wollen, wenn bis dahin keine Erscheinungen auftreten sollten, werde er bestimmt heiraten. Schon wenige Wochen nach unserem Compromiss stellte sich der junge Mann mit einem schweren maculo-papulösen Syphilid und weitvorgeschrittenen Rachenerscheinungen ein.

Was im vorliegenden Falle bei dieser recenten Lues aus der jungen Ehe geworden wäre, brauche ich wohl in diesem Kreise von erfahrenen Fachgenossen nicht näher zu schildern. Hätte ich jedoch dem Patienten rechtzeitig eine nähere schriftliche Begründung der Diagnose und der frühzeitig eingeleiteten Therapie eingehändigt, so kann ich doch wohl kaum annehmen, dass der betreffende College leichter Hand meine Diagnose umgeworfen und zu einer Ehe seine Zustimmung gegeben hätte. Bei dieser Gelegenheit kann ich nicht umhin, zu bemerken, dass bei der Beurteilung eines Luesfalles bald nach einer erfolgreich durchgeführten Cur die Herren Collegen mit ihrem Urteil über Diagnose und Prognose des betreffenden Falles etwas zurückhaltender sein müssten, als es leider für gewöhnlich der Fall ist. Es wäre das im Interesse des Patienten, seiner Umgebung und nicht zum mindesten im Interesse der Collegialität und des Ansehens der Aerzte sehr wünschenswert.

Zum Schluss, meine Herren, will auch ich der Hoffnung Ausdruck verleihen, dass durch weitere erfolgreiche Forschungen, die Diagnose der Syhbilis rechtzeitig und einwandfrei gelingen werde, wodurch auch die Behandlungsmethode auf eine höhere wissenschaftliche Basis gehoben werden würde. In der Uebergangszeit, die wir jetzt durchleben, dürfen wir jedoch bewährte Erfahrungssätze nicht unterschätzen, und ich sehe mich daher veranlasst, auf Grund der oben andeutungsweise erwähnten mehr praktischen als theoretischen Erwägungen auszusprechen, dass die Allgemeinbehandlung der Syphilis trotz der zweifellos wertvollen Entdeckungen Schaudins und Wassermanns nach wie vor, wie Neumann treffend bemerkt, „in der Regel" nur dann beginnen darf, wenn deutliche Allgemeinerscheinungen aufgetreten sind.

Referate.

Körter, G. Klinischer und experimentellpathologischer Beitrag zur Atoxylvergiftung. Fortschritte der Medicin. Nr. 31. 1909.

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: nur unter ständiger augenärztlicher Controlle sollte das Atoxyl angewendet werden. Bei den ersten subjectiven Beschwerden muss man es aussetzen, da sich unter Umständen beginnende Sehstörungen zurückbilden können. Wo schon Opticusatrophie besteht, darf Atoxyl nicht verwendet werden. Auch bei Potatoren scheint Vorsicht in der Anwendung dieses Mittels geboten. Ob Atoxyl bei der Behandlung von Lues wirklich so unentbehrlich ist, wie es nach manchen Publicationen scheinen möchte, ist recht fraglich. Bei der Therapie der Schlafkrankheit mag es unentbehrlich sein, Verf. hält es aber für direct fehlerhaft, bei beliebigen harmlosen Hautaffectionen eine Atoxylcur anzuwenden, da wir nie wissen können, ob nicht eine besondere Empfindlichkeit des Sehnerven gegenüber diesem Mittel vorliegt.

Seitz. Bacillenträger als Infectionsquelle. Klinisches Jahrbuch. Bd. 22. H. 2. 1909.

Casuisticher Beitrag für die grosse Bedeutung der Bacillenträger und Dauerausscheider in der Verbreitung des Typhus. In 2 Nachbarhäusern erkrankten im Laufe von 3 Jahren ca. 20 Personen an Typhus. Als Infectionsquelle wurden zwei Frauen eruiert, von denen eine sich nicht erinnerte, krank gewesen zu sein, und die andere einen leichten Typhus durchgemacht hatte. Beide erwiesen sich als Dauerausscheiderinnen, und zwar hatte die Ausscheidung bei der einen wenigstens 2 Jahre gedauert.

Hilgermann. Zur Therapie der Bacillenträger beim Typhus. Klinisches Jahrbuch. Bd. 22. H. 2. 1909.

Auf Grund zahlreicher Tierversuche hält der Verf. die Hoffnung für berechtigt, dass uns in dem Natrium salicylicum ein Mittel zur Verfügung steht, bereits im Beginn der Erkrankung die Typhusbacillen abzutöten.

Stepp. Ein Beitrag zur Behandlung der Tuberculose der Lungen. Fortschritte der Medicin. Nr. 35. 1909.

Anwendung des Menthols in Form einer Salbe 12,5 Menthol: 25,0 Eucerin. Einreibung 10 Minuten lang abwechselnd in verschiedene Stellen der Hautfläche: 1. und 2. Rückenhälfte, 3. Brust, 4. rechter, 5. linker Oberschenkel, dann Wiederholung 4—5 Monate lang. In 18 Fällen gutes Resultat, 3 davon werden kurz mitgeteilt. Lungentuberculose bei Diabetes, äussere Drüsentuberculose und Knochentuberculose sind von dieser Behandlung ausgeschlossen.

Kirchner. Desinfection bei Tuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Wohnungsdesinfection. Klinisches Jahrbuch. Bd. 22. H. 1. 1909.

K. hält es für festgestellt, vor allem nach den Arbeiten des K. Gesundheitsamtes, dass Rindertuberkelbacillen für den Menschen und umgekehrt der menschliche Tuberkelbacillus für das Rind so gut wie ungefährlich ist. Die Infection geht so gut wie ausschliesslich vom Menschen aus. In Preussen sterben noch alljährlich 60.000 Menschen an Tuberculose. Daher ist die Desinfection von Wohnungen, nicht nur nach einem Todesfalle an Tuberculose, sondern bei jedem Wohnungswechsel überhaupt notwendig. Ausserdem ist eine fortlaufende Desinfection am Krankenbett eines Tuberculösen durchzuführen, und alle Gegenstände, die besonders geeignet sind, Tuberkelbacillen aufzunehmen, Taschentücher, Wäschestücke, Kleidungsstücke, Gebrauchsgegenstände, Tassen, Messer, Löffel etc. sollten fortwährend desinficiert werden. Und zwar muss das alles ausgekocht werden (!) denn nach des Verf. Meinung ist «allerdings mit chemischen Desinfectionsmitteln bei der Tuberculose eine fortlaufende Desinfection nicht durchführbar».

Dacke, O. (†). Die Tuberculose in den Volksschulen Düsseldorfs. Klinisches Jahrbuch. Bd. 22. H. 1. 1909.

Die Erhebungen betreffen ein Material von 33260 Schulkindern. Zu einer genaueren Untersuchung kamen davon 298 Kinder. Von letzteren erwiesen sich als tuberculös d. h. gaben positive Cutanreaction (Pirquet) 46,6 pCt. (43,3 pCt. Knaben und 45,4 pCt. Mädchen). Speciell Lungentuberculose, d. h. klinische Erscheinungen an den Lungen wurden in 33,0 pCt. der Fälle constatiert. Tuberkelbacillen im Auswurf wurden nur bei 1 Kinde gefunden. Verf. stellt daher fest, dass die Tuberculose in der Schule von Kind zu Kind nur äusserst selten übertragen wird. Von den untersuchten Kindern waren 65,9 pCt. mehr oder weniger lange an der Mutterbrust genährt worden und nur 41 pCt. der Kinder waren 9 Monate lang gestillt, also weniger als die Hälfte der Kinder hatte eine natürliche Säuglingsernährung auf den Lebensweg mitbekommen. In 25,2 pCt. fanden sich Zeichen von Rhachitis, in 56,3 pCt. Verkrümmungen der Wirbelsäule und in 60,0 pCt. schlechte Ausbildung des Brustkorbes. Von vorgeschlagenen Massregeln sind hervorzuheben: Einfügung der Gesundheitslehre als selbständigen wichtigen Bestandteil des Gesamtlehrplanes, für Mädchen Haushaltungsunterricht als wichtige erzieherische Aufgabe, die für das volkswirtschaftliche und gesundheitliche Leben von weitragender Bedeutung ist, ferner systematische Ausgestaltung des Turnunterrichts und des Schulbadewesens. Ersteres besonders zur Ausbildung des Brustkorbes und der Atemmuskulatur.

Prigge. Studien über Typhusbacillenträger. Klinisches Jahrbuch. Bd. 22. H. 2. 1909.

Statistische Untersuchungen an einem Material von 10841 Personen. Verf. kommt zum Schluss, dass zu den Dauerbacillenträgern, die über 1 Jahr lang Typhusbacillen ausgeschieden haben, das weibliche Geschlecht das weitaus grösste Contingent stellt. Mit der Dauerausscheidung steht die Menstruationsperiode direct oder indirect in ursächlichem Zusammenhang und die Wahrscheinlichkeit, dass eine Typhuskranke Dauerträgerin wird, ist am grössten in der Altersperiode vom 25—45 Lebensjahr. Frauen, die innerhalb dieser Altersgrenzen an Typhus erkranken, sind vor der Entlassung aus der Beobachtung bakteriologisch besonders eingehend zu untersuchen. Spontanheilungen bei Dauerträgerinnen sind selten.

Holzinger.

Bücherbesprechungen.

Dr. von Ammon: Sehprobentafeln zur Bestimmung der Sehschärfe für die Ferne. 2-te vermehrte Aufl. München 1909. J. F. Lehmanns Verlag. Preis M. 4.

Der Verfasser hat bei dem Entwerfen der Tafeln das Bestreben geleitet, den ärztlichen Gutachter in seinem Kampfe mit Aggraventen und Simulanten zu unterstützen. Die Auswahl, Zeichnung und Anordnung der Tastobjecte soll den subjectiven Angaben der Untersuchten einen möglichst grossen objectiven Wert verleihen. Die 8 Tafeln enthalten Buchstaben des lateinischen Druckalphabeths, Hakenfiguren und Zahlen. Buchstaben und Haken stellen Modificationen Snellenscher Vorbilder dar, die Zahlen wurden empirisch durch Vergleich mit jenen festgestellt. — Da die Frage nach dem Wert der verschiedenen Prüfungsobjecte für die Feststellung der Sehschärfe noch keineswegs endgültig gelöst ist, wie grade in letzter Zeit verschiedene Arbeiten zeigen (C. Hess: Internationale Sehproben 1909. Gebb und Löhlein: Zur Frage der Sehschärfenbestimmung. Arch. f. Augenh. 65. 1909), kann man auch den v. Ammonschen Tafeln nur einen relativen Wert beimessen. Im Allgemeinen sind sie eben nicht schlechter aber auch nicht besser als manche andere. In mehreren Einzelheiten zeichnen sie sich aber vorteilhaft aus. Zunächst enthält die Sammlung einige Tafeln für die Pelzersche Spiegelmethode, die bekanntlich bei der Entlarvung von Simulanten grosse Dienste leistet. Dann finden sich dort 2 Tafeln, deren Buchstaben und Zahlen nach Anordnung und Form vollständig mit den Objecten von 2 entsprechenden anderen Tafeln übereinstimmen, aber in einem etwas kleineren Masstab gehalten sind. Sie sollen dann benutzt werden, wenn der Untersuchte nur eine bestimmte Anzahl von Reihen zu lesen vorgibt. Hat er z. B. an der Normaltafel die 5. Reihe aus einer Entfernung von 6 Metern gelesen und tat dasselbe an der Verwechselungstafel, ist er seiner Simulation überführt, denn im ersten Falle betrüge seine Sehschärfe $^{6}/_{15}$, im zweiten aber $^{6}/_{12}$. Die 8. Tafel ist ebenfalls sehr zweckentsprechend: sie enthält Haken, die auf grossen Papierquadraten gezeichnet und dazu bestimmt sind, einzeln auf Kartons geklebt zu werden. Man wird diese Einrichtung um so lieber entgegennehmen, als auf den sonst gebräuchlichen Tafeln die kleineren Objecte so nahe nebeneinander stehen, dass sie nicht gut auseinandergeschnitten und einzeln verwandt werden können. — Die hier aufgezählten Vorzüge dürften den v. Ammonschen Tafeln wohl einen grösseren Wirkungskreis sichern.

Ischreyt.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 26. Januar 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär: Fuhrmann.

1) Bary demonstriert eine Patientin mit Aneurysma der Carotis interna.

2) Stuckey demonstriert einen Fall von Beckenosteomyelitis, den Kranken und das bei der Operation gewonnene anatomische Präparat.

3. E. Hesse. Demonstration eines wegen Ulcus duodeni perforativum operierten Patienten.

Die Peritonitis perforativa, die ihre Ursache in einem perforierten Magen- oder Duodenalgeschwür hat, zeigt eine ausserordentlich schlechte Prognose. Brunner berechnet für das Magenulcus 70 pCt. und für das Duodenalgeschwür 80 pCt. Mortalität. Auch das Obuchowhospital zeigt auf 40—50 operierte Fälle eine gleich hohe Mortalitätsziffer.

Hesse hat in der letzten Zeit 2 Fälle operiert, von welchen einer genesen ist. In beiden Fällen wurde die Operation 4 Stunden nach stattgehabter Perforation ausgeführt. Bei der Operation fand sich im ersten Fall ein perforiertes Duodenalulcus, — im zweiten Fall ein perforiertes Magengeschwür beim Uebergange des Pylorus in das Duodenum. In beiden Fällen wurde die Perforationsöffnung durch die Naht geschlossen und das Netz über die genähte Stelle ausgebreitet und mit einigen Nähten am Darm fixiert. Darauf wurde in beiden Fällen die Gastroenterostomia retrocolica posterior mit Hilfe des Murphyknopfes angeschlossen. Dauer des chirurgischen Eingriffes 1 Std. 10 Min. resp. 1 Std. Von diesen beiden Fällen ist der zuerst Operierte genesen (Vorstellung des Patienten), der zweite Fall kam am 5. Tage nach der Operation ad exitum. Die Autopsie ergab eine Herzmuskeldegeneration, hypostatische beiderseitige Pneumonie und eine beginnende fibrinöse Peritonitis. Die Nähte hatten gut gehalten. Allgemeine Schlüsse einer späteren Bearbeitung überlassend, macht der Vortr. auf den Wert der Frühdiagnose und die von derselben abhängende Frühoperation aufmerksam, wobei der Netzplastik und der primären Gastroenterostomie ein gewisser Wert zukommt.

(Autoreferat).

Hartoch. Technik und Theorie der Wassermannschen Reaction.

Discussion:

Prof. Petersen. Die übersichtliche Schilderung des Verfahrens und die Beleuchtung der überaus interessanten Frage ist mit grossem Dank aufzunehmen. Die Reaction bedeutet wissenschaftlich einen grossen Schritt vorwärts, es lässt sich aber nicht alles in dieser Frage von der Theorie auf die Praxis übertragen. So ist z. B. der Standpunkt — die Behandlung müsse so lange fortgesetzt werden, bis der Wassermann negativ wird — zu rigoros, denn folgt man dieser Forderung, so wird oft eine Quecksilbervergiftung auftreten. Wir wissen auch, dass oft alle klinischen Symptome bereits geschwunden sind, die W. R. aber positiv bleibt. Auch die Forderung, jede Amme auf die W. R. zu untersuchen, dürfte zu weit gehen. — Es ist interessant, dass über die Hälfte der Leprösen positiv reagieren. Wichtige Dienste aber kann die W. R. bei der Syphilophobie leisten.

Bormann wendet sich auch gegen die Forderung, mit der specifischen Behandlung so lange fortzufahren, bis die W. R. negativ wird, und fragt, wie denn solches z. B. bei Tabes und progressiver Paralyse mit positiver W. R. gehandhabt werden soll, wo bekanntlich die Hydrargyrumbehandlung zu Verschlimmerungen führt.

Wladimirow. Die W. R. war zeitweilig in Misscredit geraten, nicht nur weil sie als «nicht specifisch» hingestellt wurde, sondern auch weil sie von Unberufenen ausgeführt zu widersprechenden Daten führte. Die spirochaeta pallida gibt nicht ein Antigen ab, sondern sie ruft Veränderungen in den Geweben hervor, deren Resorption das Antigen abgibt. Aehnliche Veränderungen finden wohl auch statt bei den Leprösen, wo die tieferliegenden Organe befallen werden, daher geben auch 50 pCt. derselben eine positive W. R. Aehnliches Antigen scheint auch bei gewissen Trypanosomosen vorzukommen, z. B. bei der Schlafkrankheit. Klinisch ist die W. R. sehr zu brauchen, obgleich sie hin und wieder einmal negativ sein kann, weil es wohl vorkommen kann, dass sämtliche Amboceptoren im Organismus auf Bindung verbraucht werden und der für die Reaction erforderliche Ueberschuss nicht vorhanden ist. Daher sollte man sich niemals mit einer negativen Reaction zufrieden geben.

Prof. Petersen schliesst sich Wladimirow an, dass die W. R. leider zu sehr als Allgemeingut behandelt und aufgefasst werde. Nur in den Händen Berufener gebe sie brauchbare Resultate. In einem Falle seiner Praxis bestand bei einem Manne mit bedeutendem Aneurysma der art. femoralis, der 2 Jahre vorher an Lues erkrankt war, eine stark positive Reaction. Eine Behandlung in einem Schwefelbad führte zur Verminderung bis auf ein Drittel des Aneurysma.

Schiele: Wenn der College Hartoch verlangt, dass die specifische Behandlung der Lues so lange fortgesetzt werden soll, bis der Wassermann negativ wird, so muss man ihm hierin beistimmen, jedoch mit einer Einschränkung. Schon vor Bekanntwerden der Wassermannschen Probe waren hervorragende Syphilidologen wie Fournier und Neisser etc. der Ansicht, dass die Syphilis auch in den Latenzperioden, in den Zwischenpausen zwischen den durch Hauteruptionen gekennzeichneten Recidiven, nicht erloschen, sondern nur abgeschwächt sei. Fournier empfahl deshalb seine, unabhängig von manifesten Hauterscheinungen, durchzuführende Therapie, die in der Application von Quecksilber in Intervallen besteht; die Intervalle zwischen der Cur sollen mit der Zeit länger und länger werden. Neisser und seine Schule haben diese Anwendungsart des Quecksilbers mit kleinen Modificationen acceptiert. Mit Hilfe des Wassermann hat sich feststellen lassen, dass die genannten Autoren auf dem richtigen Wege waren. Man muss aber unterscheiden zwischen den direct durch die Syphilis hervorgerufenen Krankheitserscheinungen und den indirect durch sie bedingten, den sog. parasyphylitischen Erkrankungen, der Tabes und der progressiven Paralyse. Auch bei letzteren ist der Wassermann positiv! Wenn man die Hartochsche Forderung, solange die specifische Behandlung fortzusetzen, bis der Wassermann negativ wird, consequent durchführen wollte, müsste man auch bei Tabes und progressiver Paralyse Hg fortgesetzt anwenden. Doch hat die praktische Erfahrung gelehrt, dass hier das Hg selten von Nutzen, meist sogar schädlich ist. Vielleicht wird sich mit der Zeit bei genauerer Bekanntschaft mit der Wassermannschen Probe auch aus ihrem Ausfall bestimmen lassen, wann noch eine specifische Behandlung erforderlich ist und wann, trotz positivem Ausfall, Hg nicht mehr am Platze ist».

(Autoreferat).

Hartoch bemerkt, dass in der These er ausdrücklich darauf hinweist, dass die positive Reaction nur dann als eine Indication zu einer specifischen Behandlung aufzufassen sei, wenn sie von Seiten der Klinik nicht contraindiciert ist.

Die Beobachtungen über positive Reaction bei Lepra sind anscheinend darauf zurückzuführen, dass als Antigen zur Anstellung der Reaction die unspecifischen alcoholischen Auszüge benutzt wurden. Masslokowez und Liebermann untersuchten 21 Leprapatienten mit Hilfe der W. R. und zwar mit verschiedenen Antigenen. Während mit dem alcoholischen, nicht specifischen Antigen ein grosser Procentsatz der Leprasera positiv reagierten, reagierte mit dem wässrigen Extract aus der luetischen Leber nur ein Serum und dabei von einem Patienten, bei dem Lues anamnestisch nicht ausgeschlossen werden konnte.

(Autoreferat).

5. Hesse. Ueber den chirurgischen Wert der Antifermentbehandlung eitriger Processe. (Erscheint in Langenbecks Archiv für klin. Chir).

(Discussion verschoben auf die nächste Sitzung).

6. Dr. Kemen — Kreuznach, als Gast, spricht über die Behandlung mit der stark radioctiven Kreuznacher Soole und demonstriert die Muster verschiedener Präparate. (Erscheint in der «Petersb. med. Wochenschrift»).

I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat.

Protocoll der Ophthalmologischen Section.

Präses: von Krüdener. Protocollführer: Ischreyt.

Der Präses der Section, Dr. von Krüdener, eröffnet die Sitzung, indem er seiner Freude darüber Ausdruck verleiht, dass es endlich zu einem wissenschaftlichen Zusammenschluss der baltischen Ophthalmologen gekommen sei. Darnach gedenkt er des Verlustes zweier Ophthalmologen, des Prof. Th. von Ewetzki (Dorpat) und des Dr. med. L. von der Osten-Sacken (Mitau).

I. H. von Krüdener hält seinen Vortrag: «Ueber Trachom und infectiöse Augenkrankheiten».

Nach einer einleitenden Charakterisierung der älteren Bestrebungen geht der Vortragende auf die neuesten, die Trachomätiologie berührenden Arbeiten über. Halberstädter und v. Prowazek gebühre das Verdienst, bahnbrechend gewirkt und Zelleneinschlüsse beschrieben zu haben, in denen man die Trachomerreger sehen müsse. Greeff, Frosch und

Clausen einerseits und A. Liber andererseits bereicherten die neuentstandene Lehre in verdienstvoller Weise. Nachdem der Vortragende selbst im Jahre 1895 Zelleneinschlüsse beschrieben hatte, die er gegenwärtig als wahrscheinliche Producte der Erreger ansehe, konnte er in der letzten Zeit die Befunde von Prowazek bestätigen. Er bediente sich hauptsächlich der älteren Giemsa-Methode. Bei acutem Trachom fanden sich am Kern bis fünf dunkle, blaue Gebilde, die sich dem Kern mit einer concaven Fläche anlegen können und eine violette Körnung aufweisen. Jetzt tritt die von Prowazek beschriebene Ballonierung der Zelle ein, die Hülle des Kernes der Epithelzelle löst sich, der Inhalt des Kernes zieht sich garbenförmig nach dieser Richtung und tritt aus; im Protoplasma entstehen, besonders in der Peripherie, rundgeformte Plastinmassen und Reactionsproducte; im Protoplasma sowie im Kern erscheinen die Kleingebilde, bisweilen völlig rot gefärbt, öfters aber gleichfalls blau. Die Ballonierung der Zellen findet sich besonders bei acutem Trachom. Bei chronischen und alten Formen verlieren die Zellen ihr Protoplasma gänzlich und die Kerne liegen frei im Secret; ein Teil ist an der Seite geöffnet und zerfällt allmählich fingerförmig, ein anderer Teil bildet eigentümliche bänderartige Schnörkel und löst sich auf. (vgl. «St. Petersb. med. Wochenschr.» 1909, Nr. 19 u. 24).

Der Vortrag wurde durch mikroskopische Präparate von Trachomkörpern und Körnchen erläutert.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. Blessig: Es muss mit Freude begrüsst und mit Dank anerkannt werden, dass unserer soeben ins Leben getretenen Ophthalmologischen Section gleich in ihrer ersten Lebensstunde ein Vortrag mit einer so schönen Demonstration zu einem so actuellen Thema geboten wird, wie die Frage des Trachomerregers. Das soeben Gehörte und Gesehene zeigt uns wieder die heutzutage stets wachsende Bedeutung der Bakteriologie für die Ophthalmologie. Auf dem internationalen medicin. Congress in Moskau 1897 konnte Uhthoff noch mit Recht sagen, die bakteriologische Untersuchung habe zur Zeit noch keinen Einfluss auf Diagnose und Therapie der Bindehauterkrankungen, aber schon 1904 war Axenfeld berechtigt, im Vorwort zu seiner «Bakteriologie» zu schreiben, der Augenarzt, der heutzutage nicht auch bakteriologisch arbeite, werde seinen Kranken nicht immer das leisten, was er könnte und sollte. Der Nachweis der Trachomerreger lässt uns hoffen, dass nunmehr der endlose Streit über Trachom resp. Folliculärkatarrh etc. sich werde entscheiden lassen. Ich möchte an den Vortragenden die Frage richten, ob dieser Nachweis bei der gegenwärtigen, anscheinend recht schwierigen Technik schon zum Gemeingut der praktischen Augenärzte werden kann.

Dr. von Krüdener: Die diagnostische Verwertung der mikroskopischen Untersuchung bei Trachom liegt trotz der positiven Befunde in vielen Fällen noch in weitem Felde, da die Deutung der Körnchen, wenn die Körper fehlen, nicht leicht ist. Zudem ist die Färbung sehr zeitraubend. Aber auch jetzt schon verfüge ich über eine Reihe von Fällen, bei welchen die Untersuchung eine praktische Bedeutung hatte.

Dr. Ucke: Soweit ich orientiert bin und auch aus einer Arbeit von Prowazek im Centralbl. f. Bakteriologie aus den letzten Wochen entnommen habe, bedarf es zur Darstellung des Trachomerregers ausserordentlich dünner Ausstriche. Daher erlaube ich mir die Frage, ob es auch gelungen sei, in Schnitten aus tiefen Gewebslagen die Körperchen zu sehn. Dies ist insofern interessant, als man dann zu constatieren hätte, ob die Parasiten nur als Zellschmarotzer auf Zelle und Kern deletär wirken, wie es aus den Secretpräparaten scheint, oder aber das Gewebe zur Wucherung anregen. Damit hätten wir Erreger einer Krankheit, die zu der Wucherung bei den Geschwülsten hinüberleiten.

Dr. von Krüdener. Greeffs Schüler Di Santo wies als erster die Erreger im Schnitt nach; Greeff selbst fand die Körnchen in der Tiefe der Follikel, und auch mir gelang es, die Trachomparasiten aus der Tiefe des Gewebes zu gewinnen.

Dr. Puhze. Ich richte an den Vortragenden die Frage, ob durch die Entdeckung des Trachomerregers auch die Therapie des Trachoms neue Gesichtspunkte gewonnen hat. Wie verhalten sich ferner die Erreger den üblichen therapeutischen Eingriffen gegenüber (Tuschieren, Waschen mit Sublimat etc.)?

Dr. von Krüdener. Die Parasiten verschwinden schon nach mechanischer Behandlung aus der Conjunctiva, wenigstens in ihren wohlgebildeten Formen, um nach einigen Tagen wiederzukehren. Greeff sah Schwinden der Körnchen nach Anwendung des Cuprumstiftes.

II. Dr. G. Ischreyt hält seinen Vortrag: «Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese des primären Glaukoms (in Nr. 50 der St. Petersburger Med. Wochenschr. erschienen).

Der Vortrag wurde durch folgende Projectionsbilder nach eigenen Präparaten erläutert: 1) Pannus degenerativus glaucomatosus, 2) Glashautbildung in der secundären Kammerbucht, 3) Infiltratum corneae internum bei Gl. absolutum, 4) Ectasie der Cornea, 5) Ectropion iridis, 6) normale Kammerbucht, 7) Hyphäma bei Glaukom, 8) ältere periphere Irissynechie, 9) Synechie infolge von schwellender Cataract, 10) Netzhautblutung, 11) Atrophie der inneren Netzhautschichten, 12) normale Papille, 13) Atrophie der Papille bei Glaukom ohne Excavation, 14) glaukomat. Excavation, 15) Excavation und Ectasie bei hochgradiger Myopie mit Glaukom, 16) glaukomat. Excavation mit trichterartiger Vertiefung.

III. Dr. Blessig hält seinen Vortrag: «Ueber die Therapie des Glaukoms (Correferat). (In Nr. 50 der St. Petersburger med. Woch. erschienen).

Discussion:

Dr. v. Krüdener: Obschon das Glaucoma simplex meist keine erhöhte Tension aufweist, ist es doch durch latente Druckwirkung entstanden und eine frühzeitige Iridectomie angezeigt. Auch in vorgeschrittenen Stadien soll die Iridectomie gemacht werden, weniger um den Visus zu heben, als den Uebergang in Gl. absolutum in späteren Jahren zu verhüten. Vor allen Dingen muss, wenn ein Auge erkrankt ist, das gesunde Auge vor Erkrankung bewahrt werden; auch wenn noch keine Prodroma bestehen, kann an diesem gesunden Auge die Operation gemacht werden. Wir werden momentan vielleicht weniger Dank ernten, aber den Kranken einen grossen Dienst leisten.

Dr. v. Middendorff: Ich halte den von Blessig (These 5) vertretenen Pessimismus inbezug auf den Heilwert der Iridectomie für äusserst verhängnisvoll. Ungezählte Augen sind ihm zum Opfer gefallen, die gerettet werden konnten. Durch das Unterlassen der Operation wird unendlich viel mehr Schaden gestiftet als durch erfolgloses Operieren. Man kehre zurück zu den Anschauungen der Nach-Greefeschen Zeit und operiere jedes Glaukom möglichst früh. — Ich wende mich ferner gegen die These 7: die Iridectomie sei nur bei «nachweislich» erhöhtem Druck indiciert. Was wissen wir, wie der Druck im Auge ist, wenn wir es nicht beobachten, z. B. nachts. Der häufige Uebergang eines Glauc. simplex in ein Glauc. inflammatorium — meist wenn] es zur Operation quoad visum zu spät ist — beweist, dass zwischen beiden Formen ein Zusammenhang besteht. — Zweifellos können manche Glaukome durch Miotica jahrelang in Schranken gehalten werden. Die Durchführung dieser Behandlung verspricht aber nur in den seltensten Fällen und nur bei Gebildeten dauernden Erfolg. In der Praxis stellt sich die Sache anders: dem Einen gehen die Tropfen aus, dem Andern helfen sie zu wenig oder das Tröpfeln wird ihm langweilig, noch Andere geraten in die Hände eines Wasser- oder anderen Künstlers — sie erblinden Alle! Das «sogen. Glaucoma simplex mit zweifelhafter Drucksteigerung» (These 7) ist mithin von der Operation nicht auszuschliessen: es soll möglichst früh operiert werden! Die Contraindicationen (G. F. am Fixierpunkt etc). sind bekannt.

Dr. Ischreyt: Hinsichtlich der 1. These möchte ich bemerken, dass mir ihre Fassung nicht scharf genug zu sein scheint. Das Glaukom ist doch jedenfalls eine selbständige Augenkrankheit und nicht blos ein Symptom irgend welcher Allgemeinleiden, wie es nach dem Wortlaut der These scheinen möchte. Die Bedeutung allgemeiner Körperursachen für die Entstehung des Glaukoms soll keineswegs geleugnet werden, man kann in ihnen aber nichts anderes als Anlässe sehen. Die These ist doch wohl in diesem Sinne zu verstehen.

Dr. Blessig. Bevor ich auf die wertvollen Hinweise und Einwände der Collegen v. Middendorff und v. Krüdener eingehe, möchte ich constatieren, dass wir in der Hauptsache übereinstimmen, indem wir uns gegen den Pessimismus inbezug auf die Glaukomoperation überhaupt wenden. Nur inbezug auf das Glaucoma simplex (These 7) gehen wir noch auseinander. Nach unserer heutigen Discussion und nach vorhergehenden Gesprächen mit den genannten Collegen glaube ich, dass es richtiger wäre, das Gl. simplex nicht in These 7 sondern in These 8 zu erwähnen. (Charakterisiert ist das Gl. simplex durch ein Missverhältnis zwischen der oft kaum oder nicht nachzuweisenden Drucksteigerung und der schweren Schädigung des Sehvermögens, der tiefen Excavation etc.). Die soviel schlechtere Prognose der Operation des Gl. simplex im Gegensatz zu dem «entzündlichen» Glaukom, die — wie es scheint — auch heute von Allen anerkannt wird, dürfte vielleicht eben darin begründet sein, dass die Operation beim Gl. simplex in der Regel zu spät gemacht wird, weil solche Patienten mit schmerzlosem Glaukom zu spät zum Arzt kommen. Inbezug auf die «entzündlichen» Glaukome scheinen wir Alle darin einig, dass diese so früh wie möglich zu operieren sind. Die vom Collegen v. Krüdener empfohlene und geübte prophylactische Iridectomie ist fraglos rationell, nur dürften die Patienten sich selten zur Operation des gesunden Auges entschliessen.

Auf die Frage des Collegen Ischreyt betreffend Glaukom und Allgemeinleiden (These 1) möchte ich sagen, dass ich das Glaukom als Folge einer intraocularen Circulationsstörung auffasse, die ihrerseits ihren Grund in irgend einem Allgemeinleiden hat.

Dr. v. Middendorff: Ich glaube, dass das relativ zu späte Erscheinen der Glaukomatösen beim Arzt nicht auf eine besondere Indolenz dieser Kranken (Blessig) zurückgeführt werden müsse, sondern auf die Art der Sehstörung: während der Cataractöse durch Herabsetzung seines centralen Sehens zum Arzt getrieben wird, ist der Glaukomatöse anfangs durch Einengung seines G. F. wenig belästigt.

Meine von denen Blessigs abweichenden Anschauungen in Bezug auf den Heilwert der Miotica, glaube ich durch die Verschiedenartigkeit der Praxis erklären zu können: während in der Grossstadt das Krankenmaterial mehr fluctuiert, von einer Heilanstalt in die andere flutet, zumal die Unzufriedenen nicht wiederkehren und für die Beobachtung verloren gehen, sehe ich in der Provinzialstadt, wo das Angebot von Aerzten klein ist, meine Kranken alle wieder. Zwei Herren, denen nach Erblindung an Glaucoma simplex nachträglich wegen Schmerzen beide Bulbi entfernt werden mussten, die nun mit leeren Augenhöhlen fast täglich an den Fenstern des Arztes vorübergeführt werden, sind mir ein warnendes memento! Ich betone nochmals die Notwendigkeit, alle Glaukome zu operieren, in diesem Fall lieber zu viel, als zu wenig! Wenn die Operation nicht nützt, dann wäre das Auge ohnehin verfallen!

Dr. Blessig. In den Fällen von Glaukom in einem Auge mit Cataract, wovon uns College Ischreyt soeben ein schönes Mikrophotogramm projiciert hat, ist es klinisch oft kaum möglich, zu sagen, ob hier ein quellender Star zu Secundärglaukom geführt hat, oder ob das Starauge von einem primären Glaukomanfall betroffen worden ist. Lässt sich diese Frage durch die anatomische Untersuchung mit Sicherheit entscheiden?

Dr. Ischreyt. Ich sehe den von mir mitgeteilten Fall von «Glaukom infolge von Cataracta senilis» als einen Grenzfall an, bei dem die secundäre Natur des Glaukoms eben nicht mit Sicherheit zu bestimmen ist. Für diese Annahme spricht die mechanische Annäherung der Iris an die Cornea durch die Linse und das Missverhältnis in der Grösse des Hornhaut- und Linsendurchmessers im Sinne von Priesley Smith. Indessen sind die pathologisch-anatomischen Befunde nicht so eindeutig, dass durch sie das Vorhandensein eines «primären Glaukoms mit Sicherheit auszuschliessen wäre. Solche Fälle beweisen aber immer wieder, dass eine scharfe Abgrenzung des «primären» vom «secundären» Glaukom unmöglich ist.

In der Frage, ob das Glaukom als Circulationserkrankung aufzufassen sei, möchte ich Folgendes bemerken. Das primäre Glaukom kann keine Gefässerkrankung im gewöhnlichen Sinne sein: das lässt sich sowohl aus dem Mangel grösserer Gefässveränderungen in den frischen Fällen als auch aus dem Fehlen von Druckerhöhung in angiosclerotischen Augen schliessen. In Uebereinstimmung mit den Ausführungen Kuschels können wir die Entstehungsbedingungen des Glaukoms in Schädigungen suchen, die alle für den Flüssigkeitswechsel des Auges wichtigen Gewebe betreffen. Ob wir hier durchweg an Elasticitätsstörungen zu denken haben, lässt sich noch nicht sagen.

Dr. Blessig. Interessant ist die Frage, wodurch eigentlich die Erblindung in denjenigen gefürchteten Fällen von Glaukom erfolgt, in denen im Anschluss an die Operation trotz erzielter Druckherabsetzung der Rest des V. und G. F. rasch verloren geht.

Dr. Ischreyt. In Beantwortung dieser Frage weise ich auf die Veränderungen der Netzhautgefässe bei länger dauerndem Glaukom hin. Ob sich dieselben infolge der Druckerhöhung entwickelt haben, oder als Angiosclerose bereits vorher vorhanden gewesen sind, stets werden sie Circulationsstörungen veranlassen können. Wenn nun infolge der Operation Umwälzungen grösster Intensität in den Druckverhältnissen stattfinden, können sehr wohl Störungen (wie Gefässwandläsionen und Thromben) entstehen, die zu einem schnellen Verlust des Sehvermögens führen.

IV. Dr. v. Middendorff macht Mitteilung über eine auffallende Zunahme der Sprengverletzungen in seiner Praxis seit der Verhängung des Kriegszustandes. Die Provinz Estland ist sehr steinreich: das Land ist bedeckt mit erratischen Blöcken, aus dem Erdinneren tritt der Fliess vielerorts dicht unter die Oberfläche. Jede landwirtschaftliche Meliorationsarbeit ist mit Sprengungen verbunden. Während in früheren Jahren diese Arbeiten meist im Auftrage der Grossgrundbesitzer von professionellen Steinsprengern (Russen aus dem Olonezschen Gouvernement) ausgeführt wurden, wird mit dem Verkauf des Bauerlandes und mit der Zunahme des Kleingrundbesitzes mehr und mehr von den örtlichen Bauern selbst gesprengt. Bis zum Revolutionsjahr 1905 wurde ausschliesslich Schwarzpulver verwendet. Ein grobkörniges, sog. Kanonenpulver war leicht erhältlich; zum Teil wurde der Stoff auch von den Leuten selbst nach Berthold Schwarz' Recept hergestellt. Mit Einführung des Kriegszustandes wurde der Ankauf von Sprengmitteln dem Landwirt unmöglich gemacht. Die Leute sahen sich nach einem Surrogat um und haben leider ein sehr gefährliches ausfindig gemacht: das gewöhnliche Kali chloricum. Dieses, in jeder Drogenhandlung erhältlich, zu gleichen Teilen mit Zucker gemischt (manche, die es besonders gut meinen, fügen auch noch Phosphor oder Schwefel hinzu), gibt einen höchst gefährlichen Sprengstoff. Während das Schwarzpulver nur bei grosser Unvorsichtigkeit (Laden mit eisernem, statt messingnem Ladestock, Ausbohren nach Versagen des Schusses) zu Unglücksfällen Veranlassung gab, ist das Kali-chloric.-Gemisch ein höchst explosiver Körper von grosser Kraft, der bisweilen schon beim Mischen, gewöhnlich beim Laden der Bohrlöcher durch einfachen Stoss oder Schlag in Action tritt. Schon eine kleine Statistik aus M's Praxis redet eine deutliche Sprache:

Im Jahrzehnt 1896—1906 kamen auf 22700 Patienten der poliklin. Ambulanz 44 Fälle (1,9 ‰) von Sprengverletzungen mit 66 verletzten Augen (2,9‰), von denen 18 erblindeten (0,79‰).

In den Jahren 07, 08 und den verflossenen 7 Monaten des Jahres 09 wurden auf 7100 Patienten 39 Fälle (5,5‰) gezählt, mit 70 Augen (9,8‰), von denen 28 (3,9‰) erblindeten. Ende des Jahres 1905 traten die ersten Verletzungen mit damals als «rauchlos» bezeichnetem Pulver auf. In der ersten Gruppe waren es 6 Fälle.—In der zweiten Gruppe dagegen sind von 39 Fällen nur noch 5 durch Schwarzpulver hervorgerufene!

Die schwerere Verletzung durch Kal.-chloric.-Pulver-Explosion gegenüber dem schwarzen wird durch folgende Zahlen illustriert.

Von 60 mit Schwarzpulver verletzten Augen erblindeten 18=30 pCt.

Von 65 mit dem Kal.-chloric.-Gemisch verletzten Augen 26=40 pCt.

Doppelseitige Erblindungen wurden nach Schwarzpulver keinmal, nach Kal. chloricum 5 mal beobachtet, von denen 2 durch Operation der traumatischen Cataracta geheilt werden konnten. — Erwähnung geschehe hier auch der zahlreichen Verstümmelungen, besonders an Händen und Armen, und zweier Todesfälle. Kal. chloricum als Ursache der Verletzung ist meist leicht zu diagnosticieren: statt der schwarzen Körner des alten Pulvers findet man fast immer in der Cornea die charakteristichen scharfrandigen, im Gewebe gelblich erscheinenden Krystallplättchen. Die Entfernung macht oft grosse Schwierigkeiten; sie unterbleibt am besten bei nicht ganz oberflächlicher Lage der Fremdkörper.

Das Kali chloric. dürfte sich aus der Praxis der Steinesprenger nicht leicht verdrängen lassen. Vielleicht würde ein strenges Verbot des Mittels im Handverkauf und ein leicht zugänglicher Ersatz durch einen weniger gefährlichen Sprengstoff Abhilfe schaffen: zum weit schwächer wirkenden Schwarzpulver werden die Sprenger auch jetzt, nach der Freigabe desselben, nicht wieder zurückkehren.

Discussion:

Dr. Lackschewitz glaubte bisher die kleinen, roten Fremdkörper, die bei Steinsprengungsverletzungen häufig in der Hornhaut und der Vorderkammer sich finden, als Ziegelsteinfragmente ansprechen zu müssen; er wird in Zukunft auf die Form derselben sowie die Angaben über die angewandten Sprengmittel achtgeben. Aufgefallen ist ihm, dass in letzter Zeit offenbar sehr stark wirkende Mittel angewandt werden müssen, da es wohl nur solche sein können, die selbst ganz kleine, kaum sichtbare Splitter durch die Hornhaut zu treiben imstande sind.

V. Die Anwesenden fassen auf Vorschlag von v. Middendorff und v. Krüdener den Beschluss, auch in Zukunft auf den baltischen Aerztecongressen eine ophthalmologische Section beizubehalten.

---

4. Allgemeine Sitzung

am Dienstag den 25. August nachm.

Prof. Dehio eröffnet die Sitzung und bittet die Herren Vortragenden, möglichst schnell ihre Manuscripte dem Secretär, Herrn Dr. Schultz (Riga I Weidendamm 16) einzusenden, da beabsichtigt sei, die Vorträge im Druck erscheinen zu lassen.

Der Präses verliest die eingelaufenen Glückwunschtelegramme, soweit sie nicht beim Diner am 24. August zur Verlesung gelangt sind, und zwar von dem Herrn Polizeimeister von Dorpat, von Herrn Dr. Thilo aus Warschau, von Herrn Dr. Roderich, Bar. Engelhardt aus Lübeck.

Der Präses verliest ein Schreiben des Estnischen Enthaltsamkeitsvereins, in dem der Congress gebeten wird, für oder wider die Enthaltsamkeit von Alcoholgenuss Stellung zu nehmen und der Hoffnung Ausdruck verliehen wird, dass der Congress im Sinne der Enthaltsamkeit wirken möge.

Prof. Dehio: Es wäre für uns Aerzte von grosser Wichtigkeit, auf diese Frage näher einzugehen und begrüsse er daher freudig dies Schreiben, doch verböte es die Zeit, schon jetzt sich näher mit dieser Materie zu befassen. Er proponiere daher in dem Sinne zu antworten, dass der Balt. Congress die Wichtigkeit der Frage anerkenne, es jedoch bedauere, sich schon jetzt damit zu befassen, wohl aber auf dem nächsten Congress dieses Thema zur Beratung stellen wolle.

Dr. Keilmann: Wir Aerzte könnten weder für noch contra sprechen und er proponiere, in der Antwort diesen Gesichtspunct auszudrücken.

Dr. Krüdener hat in Riga auf ein ähnliches Schreiben geantwortet, dass es mehr eine persönliche Sache wäre und nur jeder für sich die Frage beantworten könne, was auch viele Collegen getan hätten.

Prof. Dehio ist gegenteiliger Ansicht, da wir als Aerzteschaft verpflichtet wären, unsere Meinung zu klären und öffentlich zu vertreten. Er proponiere, eine Commission zu wählen, die sich bis zum nächsten Congress mit der angeregten Frage zu beschäftigen hätte.

Der Congress ist damit einverstanden und wählt in die Commission die Herren Dr. Tiling, Siebert, Hirsch, Bar. Engelhardt und Prof. Dehio.

Der Präses verliest ein Schreiben des Herrn livl. Medicinalinspectors betreffend eine Aerzte-Waisenversorgung.

Der Congress nimmt es zur Kenntnis.

Der Cassierer Dr. Bornhaupt gibt einen Ueberblick über den Cassabestand.

Einnahmen:

Anleihe beim livl. Aerztetage	100 Rbl.
Beiträge von 164 Mitgliedern	820 »
	920 Rbl.

Ausgaben:

Verschiedenes	83.50
Anleihe zurückbezahlt	100.—
Ausssteh. Rechnung. ca.	100.—
Druckunkosten ca.	250.—
	533.50

Mithin betrage das Saldo: 386 Rbl. 50 Cop.

Es werden zu Cassarevidenten gewählt:

Dr. Siebert-Libau.
Dr. v. Middendorff-Reval.
Dr. v. Knorre-Riga.

Es werden kurze Resumees aller auf den Sectionssitzungen verhandelten Fragen von den Präsides der Sectionen geliefert und zwar referieren

1) Ueber die Specialsitzung für innere Medicin Dr. J. Krannhals, auf der 8 Vorträge gehalten worden wären.

2) Ueber die Specialsitzung für Chirurgie — Dr. v. Bergmann: 3 Vorträge, die haupts. technisches Interesse geboten hätten.

3) Ueber die Specialsitzung für Gynäkologie — Dr. A. Keilmann: 5 Vorträge. Frequenz: 40 Collegen. Die Stimmung wäre eine mehr als befriedigende gewesen, der sectionsmässige Zusammenschluss für notwendig erachtet worden und solle durchaus beibehalten werden.

4) Ueber die Specialsitzung für Neurologie und Psychologie — Dr. Tiling: 4 Vorträge mit fruchtbarer und ergiebiger Discussion.

5) Ueber die Specialsitzung für Ophthalmologie — Dr. v. Krüdener. Redner drückt seine Befriedigung über den Zusammenschluss aus und gedenkt des Ablebens zweier hervorragender Augenärzte. Prof. Ewetzky und Dr. Baron Osten-Sacken. Es wurden 4 Vorträge gehalten.

Die Anwesenden sprechen sich für Beibehaltung der Section auf den balt. Congressen, nicht aber auf den provinziellen Aerztetagen aus.

6) Ueber die Specialsitzung für Oto-, Laryngo- und Rhinologie — Dr. F. Voss: 5 Vorträge und Demonstrationen. Das Interesse wäre rege gewesen.

7) Ueber die Specialsitzung für Dermatologie — Dr. v. Engelmann: 6 Vorträge und 2 Demonstrationen.

Der Präses Prof. Dehio constatiert, dass die Sectionen eine reiche und fruchtbringende Arbeit geleistet hätten.

Die 3 Cassarevidenten teilen mit, dass sie die Casse in Ordnung befunden hätten.

Prof. Zoege übernimmt das Präsidium und referiert über die Bergmannstiftung.

Er stelle 2 Fragen: 1) Soll jetzt schon eine Denkmalconcurrenz eröffnet werden und 2) soll der Platz annähernd bestimmt werden.

Prof. Dehio fragt an, ob die Beantwortung der Fragen nur beratende oder bindende Kraft haben sollen.

Prof. Zoege erwähnt, dass die Idee vom livl. Aerztetage ausgegangen wäre, dass aber Beiträge von überall eingelaufen wären und daher der Congress wohl entscheiden dürfe.

Prof. Dehio wünscht, dass streng rechtens verfahren werde und hier nur beraten werden könne, die Entscheidung läge beim livl. Aerztetage.

Prof. Zoege will dann nur die zweite Frage zur Discussion stellen.

Dr. Koppe proponiert, im Vestibül der Klinik eine Bergmann-Büste aufzustellen und sie womöglich durch eine zweite von Pirogoff zu ergänzen, welche beide gleich verdienstvolle Söhne unserer Heimat waren. Ausserdem ein Bergmann-Stipendium zu sammeln, etwa 5000 Rbl. und die Zinsen von 300 Rbl. alljährlich als Reisestipendium für dessen bedürftige Aerzte zu verwenden. Es wäre damit in gleicher Weise die Absicht Bergmanns erfüllt und ein lebendiges Andenken an Prof. Bergmann geschaffen.

Die Sammlung für die Pirogoffbüste müsste natürlich der Zukunft vorbehalten bleiben.

Prof. Zoege. Es wäre bereits fest beschlossen worden ein plastisches Denkmal aufzustellen, die Proposition des Vorredners sei daher nicht mehr discutabel. Er bäte nur zur Platzfrage sich zu äussern.

Der Congress überlässt die ganze Frage dem Denkmalcomitee.

Prof. Dehio übernimmt das Präsidium und proponiert, den Ort des nächsten balt. Congresses zu bestimmen.

Dr. Truhart proponiert Reval.

Dr. Greiffenhagen: Die Rev. Collegen würden sich herzlich freuen, alle in Reval wiederzusehen, er persönlich halte einen Turnus für durchaus erwünscht und hatte selbst die Absicht, Reval zu proponieren, doch erklärte Dr. Zoepffel, dass eine grössere Anzahl kurl. Aerzte nicht nach Reval kommen könnten, weil es zu weit ab läge.

Dr. Sadikoff: Wir Collegen Nordkurlands kämen gern nach Reval.

Dr. v. Middendorff: Reval wäre kaum schwerer erreichbar, als Dorpat.

Prof. Dehio proponiert in Dr. Zoepffels Namen die Congresse stets in Dorpat abzuhalten abwechselnd mit Riga. Er proponiere Riga.

Dr. Hampeln schliesst sich dem Vorredner an.

Dr. Russow prop. probeweise Reval zu wählen, vielleicht gehe es doch.

Dr. Siebert prop. Dorpat ein für alle Mal.

Dr. v. Holst ist dagegen, weil es statutenwidrig wäre.

Dr. Siebert prop. Dorpat für's nächste Mal.

Prof. Dehio prop. Abstimmung: für Riga stimmen 35, für Reval 43, für Dorpat 6. Mithin wird Reval gewählt.

Wahl des Präses: Es wird Dr. Greiffenhagen proponiert.

Dr. Greiffenhagen prop. Dr. v. Wistinghausen.

Der Congress wählt Dr. Greiffenhagen.

Dr. Greiffenhagen dankt fürs Vertrauen, er wisse wohl, dass er nur schwache Kräfte disponibel hätte, doch würde er tun, was in seinen Kräften stände.

Prof. Dehio: gibt zum Schluss einen kurzen statistischen Ueberblick über den Congress, den 163 Mitglieder besucht haben und zwar aus: Riga 42, Dorpat 29, Livland 25, Reval 13, Estland 16, Libau 9, Mitau 3, Kurland 11, Petersburg 4, Moskau 3, Russland 7, Ausland 1.

Auch die Zahl der Vorträge sei eine befriedigende: 52 zus., davon 17 in den Allgem. und 35 in den Specialsitzungen, durch die die Vortragenden selbst einen ideellen Nutzen zögen, zugleich das Wissen ihrer Zuhörer bereichernd. Doch auch andere Fragen harren der Erledigung und würden dem balt. Congress Arbeitsmaterial schaffen, so dass der Congress seine Existenzberechtigung bewiesen habe. Nicht zu unterschätzen sei es, dass auch das collegiale Verhältnis gehoben würde, alte Bekanntschaften würden erneuert, neue werden geschlossen und man fände Gelegenheit, so manche Frage zu besprechen. Alle wären hergekommen, um sich in Freude, Frohsinn und Sorglosigkeit zu baden und dass die Arbeit zum Nutzen der Heimat geschehe, sei der Wunsch, mit dem er den heutigen Tag und den I baltischen Congress schliesse. «Auf Wiedersehen in Reval!»

Dr. Greiffenhagen spricht dem Präses Prof. Dehio im Namen der Versammlung einen herzlichen Dank aus für seine umsichtige Leitung der Verhandlungen.

Dr. Johannes Krannhals †.

Am 8. Februar a. c. verschied der Mit-Redacteur der «St. Petersburger medicinischen Wochenschrift» Dr. med. Johannes Krannhals in Riga. Die schon im vorigen Jahre in Riga, und mit grösserer Intensität in diesem Winter aufgetretene Flecktyphusepidemie hat ihn zu einem Opfer seines Berufes werden lassen in noch nicht vollendetem 57. Lebensjahr, zu früh für seinen Beruf, all' zu früh für die Seinen.

Johannes Krannhals war am 25. Sept. 1853 zu Riga geboren, als Sohn des unvergesslichen Directors des Gouvernement-Gymnasiums. Er besuchte dieses Gymnasium, studierte von 1873 bis 1878 in Dorpat Medicin, wo er der Livonia angehörte, wurde im September 1879 zum Dr. med. promoviert und war dann als Assistenzarzt an der Reimerschen Augenheil-Anstalt 1878—1880 tätig und practicierte als freipracticierender Arzt seit 1879 in Riga. 1883 wurde er leitender Arzt der 2. therapeutischen Abteilung des Rigaschen Stadt-Krankenhauses, wobei er zugleich auch als Prosector tätig sein musste. Unter seiner tüchtigen Leitung wuchs dieser Teil seiner Arbeit so, dass am Krankenhaus ein selbständiger Posten für pathologische Anatomie geschaffen und Krannhals mit demselben betraut wurde. In den Jahren 1883—1899 hat sich nun der Verstorbene mit der ganzen Liebe und dem rastlosen Eifer, die ihm eigen waren, dem Studium der pathologischen Anatomie gewidmet, dehnte seine Studien auf die Bakteriologie aus, und wurde so der Begründer der pathologischen Anatomie und Bakteriologie in Riga. In dieser Tätigkeit legte er den Grund zu seiner universellen medicinischen Bildung.

Als 1899 Dr. Paul von Hampeln seine Tätigkeit an der I therapeutischen Abteilung niederlegte, war es keine Frage, wer Anspruch auf diesen Posten hatte. In dieser Stellung hat ihn sein Schicksal ereilt.

Krannhals war ausserdem 28 Jahre hindurch Schularzt an der Stadtrealschule und begründete 1887 eine klinisch-bakteriologische Untersuchungsstation.

Diese Daten genügen, um zu zeigen, welcher vielseitigen und umfassenden Tätigkeit er sich widmete, und sie zeigen auch, wie umfassend die Kenntnisse sein mussten, um den Anforderungen einer solchen gewaltigen Arbeit gerecht zu werden. Die Beweise für diese und für sein kritisches Urteil liefern seine zahlreichen medicinischen Arbeiten, deren Verzeichnis unten folgt. Hervorgehoben sollen hier werden: seine Arbeit über die «Influenza», die in weiten Kreisen Anerkennung fand, ferner die scharfsichtige Beobachtung über die allgemeine «Pyocyaneusinfection» und die klinisch wichtige Arbeit über die «Pseudomeningitis». In den letzten Jahren hat Krannhals viel über die Tuberculinreactionen gearbeitet und über die Resultate dieser Forschung in unserer Wochenschrift im vorvorigen und vorigen Jahre berichtet; eine dritte Arbeit hat er erst während seiner letzten Krankheit beendet. Schon von dieser ergriffen, dictierte er, bei einer Eigenwärme von 39,5 seiner Gattin den Schluss der Arbeit; sie soll nach Durchsicht durch Herrn Collegen Hampeln in der «Münchener medicinischen Wochenschrift» erscheinen.

Als Ausdruck der Wertschätzung, die diese fleissige und unermüdliche wissenschaftliche Tätigkeit, sowie seine Arbeiten fanden, ist auch seine Berufung als Mitredacteur unserer Wochenschrift anzusehen. Bei einer grossen Privatpraxis, die schon allein die volle Kraft eines kräftigen Mannes beanspruchte, ist diese Forscherarbeit um so anerkennenswerter, als sie ja nur als ein «Nebenfach» betrieben werden konnte.

Wie die Wissenschaft, so hielt er auch seinen Stand hoch in Ehren, und das Vertrauen der Collegen fehlte ihm nicht; 2 Mal hat ihm der ärztliche Verein das Präsidium übertragen. Zu betonen ist hier, dass in schwerer Conflictszeit, die die höchsten Anforderungen an die Persönlichkeit des Präses stellte, die Wahl gerade auf ihn fiel.

Seine Pflichttreue hat ihn zum Opfer, zum Märtyrer seines Berufes werden lassen. Diese Pflichttreue entstammte der innersten Stimmung, der innersten Veranlagung seiner Seele, «die da liebte, was sie sich selbst befahl!» Krannhals liebte seinen Beruf, er liebte seine Mitmenschen, er freute sich neidlos an den Erfolgen seiner Mitarbeiter und Collegen, und die Liebe und Freundlichkeit seines Herzens machten ihn zu einem stets bereiten Gehilfen und Berater. Diese Freundlichkeit hat ihm gar viele Freunde erworben, und die sich seiner Freundschaft einmal erfreuen durften, denen blieb er treu.

Die Liebe und Freundlichkeit seiner Seele war gepaart mit Kraft: wem es vergönnt war, in dieses lichtvolle Kindergemüt einen tieferen Einblick zu tun, der erkannte und bewunderte die innere Kraft und Selbstverleugnung. Wer bei seiner Leichenschau zugegen gewesen, der sah die Beweise für diese nur allzu klar vor sich. Krannhals hatte schon seit vielen Jahren an oft quälenden Schmerzen zu leiden, für welche die Section arteriosclerotische Veränderungen als Grundlage aufdeckte.

Die eigenen Schmerzen verhinderten ihn aber nie, den Pflichten seines schweren Berufes nachzukommen und Anderen in Krankheit und Schmerzen beizustehen; sie verhinderten ihn nie, für die Collegen, wo es Not tat, einzuspringen; und er klagte nicht. Er hat schwierige Sitzungen des ärztlichen Vereins als Präses geleitet, und niemand hatte ihm angemerkt, dass er von quälenden Schmerzen geplagt wurde, und auch der College, der in der Krankheit ihm zur Seite stehen durfte, erfuhr Solches nur gelegentlich.

So ist am 12. Februar 1910 unter grosser Beteiligung, ein leuchtend Beispiel für einen Jeden von uns zur ewigen Ruhe gebettet worden.

Warme Nachrufe priesen seine Verdienste an offenem Grabe.

Was vergangen, kehrt nicht wieder,
Aber ging es leuchtend nieder,
Leuchtet's lange noch zurück!.

Der Verstorbene hat erscheinen lassen: Dissert: Klinische Beobachtungen an der Wittwe Reimersschen Augenheilanstalt zu Riga. 1879. — Ueber Schimmelvegetationen im tierischen Organismus. St. Pet. med. Wochenschrift 1881.—Zur Casuistik der kryptogenetischen Septicaemie. Ibid. 1883. — Zwei Fälle von aquirierter Stenose des Pulmonalostiums. Ibid. 1884. — Bericht aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga, über die im Jahre 1883 ausgeführten Leichenöffnungen. Ibid. 1884. — Gleicher Bericht aus dem Jahre 1884. Ibid. 1885. — Ueber das Kumys-ähnliche Getränk «Kefir» und über den Kefirpilz. Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 35. — Ueber Fälle von Hadernkrankheit auf der Actienpapierfabrik zu Ligat. St. Pet.med. Woch. 1836. — Zur Casuistik und Aetiologie der Hadernkrankheit. Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 2. 1887.—Zur Diagnostik der Magenkrankheiten. St. Pet. med. W. 1888.—Die Influenzaepidemie des Winters 1889—1890 in Riga. St. Petersburg 1891. — Ueber Pyocyaneusinfectionen. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 37. — Zur Casuistik meningitisähnlicher Krankheitsfälle ohne entsprechenden anatomischen Befund. («Pseudomeningitis»). Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. LIV. — Ueber das runde Duodenalgeschwür. St. Pet. med. Woch. 1891.—Ueber die Cholera. Populäre Abhandlung über Krankheitsverhütung. Riga 1892.—Zur Kenntnis des Wachstums der Commabacillen auf Kartoffeln. Centralbl. für Bakteriol. und Parasitenkrankheiten 1893.—Ueber die Wirkung des Pyramidons bei Typhus. Münch. med. Wochenschrift Nr. 49. 1904. Ueber graphische Darstellung der Percussions- und Auscultationsergebnisse. Münch. med. Woch. Nr. 43, 1904.—Ueber Tuberculinreaction. St. Petersb. med. Wochensch. 1908 und 1909. Ueber congenitalen Icterus mit chronischem Milztumor. Deutsch. Arch. f klin. Med. 81. 1904.

Manche wertvolle Arbeit ist ungedruckt geblieben, so eine. über «Recurrens», auf die er 2 Jahre verwendet und über die er mit Prof. Ehrlich vielfach conferiert hatte; manche genügte nicht seiner eigenen, vielleicht allzu scharfen Kritik.

E. S.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Im Hinblick auf die Zunahme der Erkrankungen an der Diphtherie, am Scharlach und an den echten Pocken, hat die Sanitätscommission eine Aerzteconferenz zur Beratung von Massnahmen gegen diese Infectionskrankheiten einberufen.

— Die Frage der Reglementierung der homöopathischen Apotheken in Petersburg gelangte auf einer der letzten Sitzungen des Medicinalrats zur Verhandlung, wobei es zu lebhaften Debatten kam. Der Medicinalrat hatte sich auf einer vorausgegangenen Sitzung im Princip gegen die Existenz specieller homöopathischer Apotheken ausgesprochen, in der Folge aber auf das Gesuch des Vereins homöopathischer Aerzte diese Frage einer nochmaligen Beratung unterzogen. Zu der letzten Sitzung des Medicinalrats wurden auch Vertreter des Vereins der homöopathischen Aerzte hinzugezogen, doch vermochten diese die anfänglichen Bedenken des Medicinalrats nicht zu beseitigen. Zuerst erklärte es der Medicinalrat für sehr schwierig, den Begriff «homöopathische Arzneimittel» zu präcisieren, zumal auch die anwesenden homöopathischen Aerzte erklärten, dass ihnen wohl eine homöopathische Heilmethode, aber keine speciellen homöopathischen Heilmittel bekannt wären. Daraufhin erklärte sich der Medicinalrat für incompetent, ein Verzeichnis der homöopathischen Arzneimittel zusammenzustellen und bezeichnete demgemäss die Existenz specieller homöopathischer Apotheken als unnütz.

— Der Medicinalinspector von Irkutsk, Dr. S. Winogradskij ist zum Medicinalinspector in Wladiwostok ernannt.

— Zum Stadthaupt (Bürgermeister) von Irkutsk ist ein Arzt — Dr. Shbanow erwählt.

— Auf dem diesjährigen Pirogowschen Aerzte-Congress wird eine Unter-Section für Versicherungsmedicin unter dem Vorsitze von Prof. A. Lewin tagen.

— In Krakau findet im Juli dieses Jahres der erste Congress polnischer Ophthalmologen statt.

— Die 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte findet in diesem Jahr in Königsberg vom 18. bis zum 24. September (n. St.) statt. Interessenten verweisen wir auf die auf S. II des Umschlags veröffentlichte Einladung durch die Geschäftsführer. Das Centralbureau befindet sich in der Medicinischen Klinik zu Königsberg — Director Prof. Dr. Lichtheim — Drummstrasse Nr. 25—29.

— Hochschulnachrichten. Der Privatdocent für Hygiene an der Universität zu Charkow, Dr. S. Korschun ist zum Professor an derselben Universität ernannt.

Baltimore. Dr. E. A. Erlanger ist zum Adjunct-Professor der Physiologie an der Johns Hopkins Universität ernannt.

Birmingham. Dr. R. M. Simon ist zum Professor der Therapie ernannt.

Cagliari. Die Privatdocenten DDr. Tarozzi (Pathologische Anatomie) und R. Binaghi (Allgemeine Chirurgie) sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt.

Dublin. Dr. J. N. Meenan ist zum Professor der Hygiene und Gerichtlichen Medicin ernannt.

Liverpool. Dr. R. Jones ist zum Lector der Orthopädie ernannt.

Lyon. Dr. Morel ist zum Professor der medicinischen Chemie und Toxikologie ernannt.

Newcastle upon Tyne. Dr. R. Morison ist zum Professor der Chirurgie an der Durham-Universität ernannt.

New-Orleans. Dr. H. Bayon ist zum Adjunct-Professor der Anatomie an der Tulane Universität ernannt.

Philadelphia. Dr. Mary M. Wolfe ist zum Professor an der psychiatrischen Klinik des Womens Medical College ernannt. Dr. J. K. Young ist zum Professor der orthopädischen Chirurgie an der Universität von Pensylvanien ernannt.

— Die Zahl der Studenten und sog. freien Zuhörer auf den beiden Facultäten der Universität zu Tomsk beträgt in diesem Jahr 1297. Davon entfallen auf die medicinische Facultät 651 Studenten, 16 freie Zuhörer und 116 freie Zuhörerinnen, auf die juristische — 459 Studenten, 16 freie Zuhörer und 39 freie Zuhörerinnen.

— Das Leichenbegängnis des verstorbenen Mit-Redacteurs unserer Wochenschrift in Riga, Dr. J. Krannhals, war ein sehr feierliches und würdiges. In der Capelle hielt der Domprediger Stephany die Leichenrede, am Grabe weihten dem Verstorbenen warme Nachrufe Dr. R. von Engelhardt als Vice-Präses des ärztlichen Vereins, Dr. C. Duboer als Director des Stadtkrankenhauses und Dr. Ed. Schwarz im Namen der Collegen von dem Krankenhause und der nächsten Freunde.

— In Riga herrscht eine Flecktyphusepidemie. Die Zahl der in Behandlung befindlichen Flecktyphuskranken beträgt gegenwärtig 207. Einer privaten Mitteilung zufolge ist die Epidemie noch im Steigen begriffen. Im Stadtkrankenhause erkrankten an der Krankheit ausser dem verstorbenen Dr. J. Krannhals 3 Assistenzärzte, die sie glücklich überstanden; eine Oberin und ein Oberwärter fielen ihr zum Opfer.

— Die Pest in Russland. In der Ortschaft Bodai, Kirgisensteppe, Gouv. Astrachan, fanden vom 1. bis zum 10. Februar 11 Erkrankungen an der Pest statt, von denen 7 tötlich verliefen. Am 11. und 12. Februar erkrankten 2 Personen, starben 3 und genasen 2. Am 13. Februar erkrankten 9 Personen. — In dem Dorf Novaja Kasanka (Kirgisensteppe) wurden vom 7. bis zum 11. Februar 8 Pesterkrankungen constatiert, von denen 6 tötlich verliefen. Am 12. und 13. Februar erkrankten 4 Personen und starb 1; 5 Kranke verbleiben in Behandlung.

— Verbreitung der Pest. In Britisch Indien erkrankten vom 2. bis zum 8. Januar 12.188 Personen an der Pest uns starben 10515. — Türkei. In Djedda wurde am 3. Februar ein Todesfall an der Pest constatiert. — Aegypten. Vom 29. Januar bis zum 4. Februar erkrankten 6 und starben 3 Personen. — In Zanzibar starb am 17. November 1 Goanese, der vor 8 Monaten aus Indien gekommen war, an der Pest. — Chile. In Taltal fanden im Januar 2 Pesterkrankungen statt, von denen 1 tötlich verlief.

— Verbreitung der Cholera. Britisch Indien. In Calcutta starben vom 2. bis zum 8. Januar 15 Personen an der Cholera. — Philippinen. In Manila fanden im Laufe des December 1909 68 Erkrankungen und 48 Todesfälle an der Cholera statt, in den Provinzen — 688 Erkrankungen und 505 Todesfälle.

— Poliomyelitis. In Preussen fanden vom 30. Januar bis zum 5. Februar 10 Erkrankungen statt. In Oesterreich kamen vom 23. bis zum 29. Januar 8 Erkrankungen zur Anzeige, und zwar 3 in Oberösterreich, 4 in Steiermark und 1 in Böhmen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 31. Jan. bis 6. Febr. 1910 592 Personen. Darunter an Typh. abdom. 83, Typh. exanth. 4, Febris recurrens 8, Pocken 49, Windpocken 35, Masern 170, Scharlach 100, Diphtherie 94, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 2, an anderen Infectionskrankheiten 47.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 14064. Darunter Typhus abdominalis 490, Typhus exanth. 26, Febris recurrens 50, Scharlach 325, Masern 122, Diphtherie 255, Pocken 258, Windpocken 14, Cholera 0, crupöse Pneumonie 98, Tuberculose 818, Influenza 221, Erysipel 111, Keuchhusten 15, Hautkrankheiten 65, Lepra 0, Syphilis 603, venerische Krankheiten 329, acute Erkrankungen 2396, chronische Krankheiten 2175, chirurgische Krankheiten 1744, Geisteskrankheiten 3476, gynäkologische Krankheiten 295, Krankheiten des Wochenbetts 54, verschiedene andere Krankheiten 75.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 895 + 66 Totgeborene + 42 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 20, Typhus exanth. 4, Febris recurr. 0, Pocken 16, Masern 45, Scharlach 18, Diphtherie 18, Keuchhusten 12, crupöse Pneumonie 38, katarrhalische Pneumonie 119, Erysipelas 7, Influenza 8, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 129, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 0, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 53, andere Magen- und Darmerkrankungen 41, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 43, Marasmus senilis 27, andere Todesursachen 258.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Riga am Flecktyphus Dr. N. Holmdorf, geb. 1876, approbiert 1902; 2) Dr. A. Krawzow, geb. 1857, approbiert 1881; 3) in Kasan der Privatdocent der Universität Dr. S. Klikowicz, geb. 1853, approbiert 1876; 4) in Krasnojarsk am Flecktyphus Dr. M. Jewreinow, geb. 1866, approbiert 1893; 5) in Perm am Typhus der Oberarzt am Landschaftshospital Dr. W. Bjelorussow, geb. 1867, approbiert 1890; 6) in St. Petersburg am 6. Februar der Leibmedicus des kaiserlichen Hofes, Dr. med. Geheimrat M. M. Scherschewskij, geb. 1847, approbiert 1871. Im Laufe von 25 Jahren hat S. an Militärhospitälern gedient, 10 Jahre lang war er Leibarzt des verstorbenen Grossfürsten Nikolai Nikolajewitsch; 7) am 8. Februar in Pawlowsk, bei St. Petersburg, der Oberarzt an der Moskau-Windauer Eisenbahn, Dr. P. Nisowez, 43 Jahre alt. Er machte seinem Leben durch Selbstmord ein Ende; 8) in Mentone starb am 28. Januar Dr. M. Kulischer, geb. 1862, approbiert 1890; 9) Dr. A. Bordier, Prof. der Naturgeschichte an der medicinischen Schule zu Grenoble; 10) Dr. E. Dayot, Prof. der chirurgischen Klinik an der medicinischen Schule zu Rennes; 11) Dr. S. Róna, Privatdocent der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität zu Budapest; 12) Dr. R. H. Fegers, Professor der Dermatologie an dem Keokuk Medical College.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 23. Febr. 1910.

Tagesordnung: 1) Bormann: Ueber den praktischen Wert der Wassermannschen Reaction.

2) Petersen: Ueber die Untersuchung von Mikroorganismen nach dem Tuschverfahren von Prof. Burri.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. März 1910.

Tagesordnung: 1) Westphalen: Casuistische Mitteilungen.

2) v. Lingen: Zur Casuistik der Fremdkörper in der Peritonealhöhle.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 2. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenie psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Shurnal akusch. i shensk. bol.

A. Redlich. Vaginale Uterusexstirpation bei vorgeschrittenem Carcinom (1909. October).

Nach einem Ueberblick über die Frage der vaginalen und abdominalen Uterusexstirpation führt R. einen Fall an, den er operiert hat. Das Carcinom war auf die Blase übergegangen, das hintere Scheidengewölbe und die Plica wurden eröffnet, der Uterus durch die Oeffnung gekippt, seitlich die Basis des Lig. latum und oben das Inf. pelvic. unterbunden und durchschnitten und nun erst die vordere Plica eröffnet. In der Blasenwand wurde ein haselnussgrosser Knoten reseciert.

K. Skrobanski: Decapsulation der Nieren bei Eclampsie. (1909. October).

S. führt 35 Fälle aus der Literatur an, von denen 20 genasen, 11 starben, 4 unbekannt. Dazu führt S. einen eigenen Fall an: I para, normale Geburt, vier Stunden darauf der erste Anfall, in rascher Folge 24 Anfälle, Punction des Subduralraumes in der Höhe des zweiten Kreuzwirbels, wobei 38 Cbcm. einer klaren Flüssigkeit herausgelassen wurden. Danach trat Besserung ein: der Puls wurde besser, der Allgemeinzustand wurde gleichfalls besser und vier Stunden wiederholten sich die Anfälle nicht. Als diese wieder einsetzten schritt S. nach dem 27. Anfall zur Decapsulation 45 Stunden nach der Geburt. Die Kapseln wurden abgestreift, nicht entfernt, die Nieren waren nicht gross, von bläulicher Farbe, keine Blutung. Gleich nach der Operation wurden per Katheter 160 Gramm Urin entleert. Die Temperatur sank von 40,1 auf 37,2, der Zustand besserte sich. Trotzdem trat 33 Stunden nach der Decapsulation wieder ein Anfall auf, der sich stündlich allerdings in leichterer Form wiederholte, im Ganzen waren 10 Anfälle nach der Operation. Pat. genas.

I. Tikanadse. Ueber die Exstirpation der Scheide und Gebärmutter bei Vorfall nach Wertheim und Schauta (1909. October).

T. hat 15 Fälle nach Wertheim-Schauta operiert und empfiehlt die Operation. 9 Pat. wurden nachuntersucht, der Erfolg war gut.

W. Brandt: Pathologie des Corpus luteum (1909. October).

B. untersuchte 10 Corpusluteumcysten, bringt von jedem Fall die Beschreibung des mikroskopischen Bildes. B. hält sich an die Beschreibung von Fraenkel. Die Wandung der Cyste besteht aus einer bindegewebigen und einer Luteinschicht.

N. Sewrjugow. Zwei Fälle von Kaiserschnitt bei Eclampsie (1909. October).

I para, 11 Anfälle, reichlich Eiweiss, Portio unverkürzt, keine Wehen, classischer Kaiserschnitt, nach diesem ein Anfall, im Uebrigen aber Besserung des Zustandes. Genesung, aber mit chron. Nephritis. Im zweiten Fall sollte bei geschlossenem Muttermund der vaginale Kaiserschnitt gemacht werden. Beim Erfassen der von einem Venenkranz umgebenen Muttermundslippe mit einem Muzeux entstand eine starke Blutung, die Vagina wurde tamponiert und der abdominale Kaiserschnitt gemacht. Genesung.

N. Boragas: Ueberpflanzung des Ureters ins Rectum. (1909. October).

B. führt eine kürzlich erschienene Dissertation von Beresnegowski an, der über 214 Fälle von Ueberpflanzung eines oder beider Ureteren in den Darm aus der Literatur berichtet. Verf. führt zwei eigene Fälle an. Bei einer Uterusexstirpation von oben wurde der Ureter verletzt ins Rectum translociert, Pat. starb am 17 Tage an Herzschwäche. Beim zweiten Fall handelte es sich um ein vereitertes Ovarialcystom, das viele Verwachsungen aufwies. Der Ureter wurde verletzt, ins Rectum vernäht. Die Urinsecretion ging gut von Statten, Pat. wurde gesund entlassen, die weitere Beobachtung fehlt.

K. Bogusch: Ruptur der schwangeren Gebärmutter. (1909. October).

41-jährige Frau 16 Mal geboren, sehr anämisch, 8 Monate schwanger, der Foetus wurde frei in der Bauchhöhle getastet. Laparotomie, viel flüssiges Blut, grosse Risswunde im Fundus, Amputation des Uterus. Reconvalescenz nicht glatt. Genesung. Es lag kein Grund für das Trauma vor, nur die angestrengte Bauchpresse bei der Defäcation kann beschuldigt werden. Vor dieser Geburt hatte Pat. abortiert, es war eine Abrasio gemacht worden, vielleicht war dabei die Uteruswand beschädigt worden.

M. Kleimann: Die Anwendung der Michelschen Klammern bei der Perineoplastik (1909. October).

Verf. hat in 41 Fällen von Perineoplastik die Klammern angewandt, in 37 Fällen prima intentio. Es dürfen keine Spannung und keine Hohlräume existieren.

M. Skulski: Ein zweimonatliches Verweilen der Placenta in der Gebärmutter. (1909. October).

Die Hebamme war gleich nach der Geburt weggefahren, ohne den Austritt der Placenta abgewartet zu haben. Darauf 3 Wochen Fieber, keine Blutung, stinkender Ausfluss, Uterus gross, hart, die Nabelschnur hängt aus der Vagina heraus. Die Placenta bildete eine steinharte mit dem Uterus fest verwachsene Masse. Pat. ging auf keine Operation ein. Nach 2 Mon. sah S. Pat. wieder, sie lag in extremis an Sepsis.

M. Schour: Complicationen nach Laparotomien (1909. October).

Enthält zwei Krankengeschichten.

Lingen.

Wratschebnaja Gaseta.

K. Karaffa-Korbut. Ueber Pyonephrosis gravidarum. (Nr. 29, 30, 31).

Karaffa-Korbut kommt zu folgenden Schlüssen: Die Bezeichnung «Pyonephrosis gravidarum» ist berechtigt, da in manchen Fällen ein unzweifelhafter Zusammenhang zwischen

Gravidität und einer Pyonephrose besteht. Die Gravidität ist in manchen Fällen das ursächliche Moment zur Bildung einer Hydronephrose, die leicht inficiert werden kann und in Pyonephrose übergeht. Die Infection des Nierenbeckens kann auf ascendierendem Wege entstehen wie auch hämatogen. Das Bacterium coli ist der häufigste Infectionserreger. Die Pyonephrose grav. ist eine verhältnismässig seltene Erkrankung. Die Pyonephrosis grav. hat nichts speciell Charakteristisches anderen Pyonephrosen gegenüber. Die Prognose für Mutter und Kind bei abwartender Therapie ist recht ungünstig, es ist daher eine chirurgische Behandlung indiciert, die in Nephrotomie resp. Nephrectomie zu bestehen hat. Die Nephrotomie sub. graviditate wird besser vertragen als die sub. puerperio. Die Operation in frühen Stadien der Gravidität ist vorzuziehen. Auch die Nephrectomie wird von Graviden gut überstanden und führt meist nicht zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

D. Popow: Die Behandlung des Puerperalfiebers mit Collargol. (Nr. 31).

Die günstige Wirkung des Collargol beim Puerperalfieber zeigte sich nicht nur bei intravenöser oder subcutaner Anwendung, sondern auch bei Gebrauch von Clysmen mit Collargol und von Vaginalkugeln. Die Temperatur fällt rasch und der Puls wird besser, ebenso wird das subjective Befinden besser, die Kopfschmerzen schwinden, der quälende Durst auch. Der Appetit hebt sich, es stellt sich wieder Schlaf ein. Popow wandte das Collargol in 36 Fällen an, von denen 12 sehr schwere waren, 9 pyämische, 2 septicämische, 1 mit peritonitischen Erscheinungen. In allen Fällen erfolgte Heilung.

M. Kalmykow: Zur Casuistik der vorzeitigen Placentarablösung bei der Geburt, ungeachtet normaler Anheftung derselben. (Nr. 33).

1) Primipara von 21 Jahren trat in das Gebärasyl ein, da plötzlich gegen Ende der normal verlaufenen Schwangerschaft sich Blutung aus den Geschlechtsteilen einstellte und Schmerzen im Leibe. Alle Verhältnisse erwiesen sich sonst als normal. Der Muttermund erwies sich als noch nicht verstrichen, der Kopf lag vor. Eine leichte Blutung aus der Gebärmutter bestand fort. Pat. war schwach, Puls 120. Temperatur 37°. Kochsalzinfusion. Nach Einführung eines Colpeurynters kommt die Geburt in Gang, nach derselben wird Nachgeburt exprimiert, die an ihrer Anheftungsfläche mit grossen alten Blutcoagulis bedeckt ist. Blutung steht. Wochenbett normal. 2) 8-Para von 35 Jahren, die bisher immer normal geboren hatte, zeigte die gleichen Verhältnisse, Blutung aus der Gebärmutter bei schwachen Wehen und Abwesenheit einer Placenta praevia. Kochsalzinfusion. Colpeurynter, Tamponade der Scheide. Da der Puls schwächer und schwächer wurde und keine stärkeren Wehen sich einstellten, wird eine Wendung ausgeführt. wobei eine fast völlige Ablösung der Placenta sich feststellen lässt. Extraction von Kind und Nachgeburt ohne Schwierigkeit. Es ging viel flüssiges und coaguliertes Blut ab. Die Faust wird in der Uterushöhle gelassen, von aussen durch Druck mit der anderen Hand die Blutung zum Stehen gebracht. Doch trotz allem erfolgt Exitus. Das Kind war leblos extrahiert worden, es war noch nicht ganz ausgetragen.

E. Landa: Zur Casuistik der Hydrorrhoea animalis. (Nr. 33).

Nur aus den klinischen Beobachtungen schliesst L., dass es sich in einem von ihm beobachteten Fall um eine Hydrorrhoea animalis handelte. Eine chemische Untersuchung der Flüssigkeit konnte nicht ausgeführt werden, ebenso keine mikroskopische. Es handelte sich um eine gesunde 5-Para von 31 Jahren.

W. Schiele.

Medizinskoje obosrenje. 1909. Nr. 7.

A. Madshuginski: Ein crimineller Abort, casuistische Mitteilung.

Verletzungen und Perforation des Scheidengewölbes oder der Uteruswand durch die verschiedenartigsten Instrumente, welche von Frauen in den Geschlechtscanal eingeführt wurden, um einen Abort hervorzurufen, wurden wiederholt beobachtet. Vereinzelt stand bisher ein Fall von Perforation des Gebärmutterhalses durch ein scharfes Instrument, von der Scheide aus in die Uterushöhle. Simons, der 1907 einen solchen Fall beschrieben hat, bezeichnet ihn als ein Unicum. In der Literatur hat Verf. einen zweiten solchen Fall auch nicht finden können. M. hat nun selbst einen dem Simonschen analogen Fall beobachtet, der somit der zweite derartige Fall ist, der beschrieben wurde. Ein 22-jähriges Stubenmädchen, das gravid geworden war, hatte sich an eine Frau, die bei einer Hebamme gedient hatte, mit dem Ansuchen gewandt, ihr den Abort einzuleiten. Daraufhin war der Pat. von dieser Frau ein langes metallisches Instrument in die Scheide eingeführt worden. Am 3. Tage stellten sich wehenartige Schmerzen und unbedeutende Blutungen ein. Es gesellte sich Uebelkeit, Erbrechen und Kopfschmerz hinzu. Patientin entfernte mit Leichtigkeit das in der Scheide befindliche Instrument, welches sie als einen 1/4 Arschin langen, gekrümmten eisernen Spiess mit scharfer Spitze beschrieb. Tags darauf gingen Blutgerinsel und ein festes Gewebsstück ab. Fieber, Frost und Leibschmerzen, die sich einstellten, liessen nach einer Woche nach. Am 15. Tage erneuten sich die Beschwerden und veranlassten die Pat. die Hilfe des Arztes aufzusuchen. Bei der Untersuchung fand sich etwa 2 Cm. vom äusseren Muttermunde eine bis an die Ansatzstelle des hinteren Scheidengewölbes an die hintere Lippe sich ausdehnende Wunde (2×3 Cm.) Eine in den Cervicalcanal eingeführte Sonde passiert diesen schwer und trifft in der Höhe des inneren Muttermundes mit der durch die Wunde geführten Sonde zusammen. Patientin erkrankte an einer linksseitigen Pneumonie, welche gegen zwei Wochen dauerte. In dieser Zeit wurden heisse Spülungen mit Holzessig und Jodisierungen der Granulationen der Uteruswunde gemacht. Die anfangs vergrösserten linksseitigen Adnexa kamen in dieser Zeit zur Norm zurück und die Schmerzhaftigkeit des hinteren Scheidengewölbes schwand, allein die Cervicalwunde zeigte keine Neigung sich zu schliessen. Die bald sich wieder einstellenden Menses gingen fast ausschliesslich durch den neu geschaffenen Canal ab. Der Cervicalcanal war für die Sonde immer schwieriger passierbar und schien zu obliterieren. Dieser Umstand gestattete auch keine Schliessung der Wunde auf operativem Wege, da die Bildung einer Haematometra bei den künftigen Menstruationen zu fürchten war. Auf diese Weise waren für die Functionen der Gebärmutter völlig neue Bedingungen geschaffen, indem der neue Canal die Functionen des obliterierenden Cervicalcanals übernahm. Interessant ist diese Frage, wie man sich bei einer eventuellen Schwangerschaft in diesem Falle zu verhalten hätte, da eine spontane Geburt doch wohl sicher eine Uterusruptur geben würde.

Mickwitz.

Ophthalmologie.

Westnik Oftalmologii. December 1909.

E. Lasarew: Ueber paraspecifische Serumbehandlung in der Augenheilkunde.

Es wird z. B. Diphtherieserum angewandt bei gonorrhoischer Ophthalmie mit Erkrankung der Hornhaut, bei Ulcus Corneae serpens, bei inficierten Wunden, auch nach Operationen, bei der Panophthalmitis und Glaskörpereiterungen. Das Serum Deutschmanns und das Tetanusserum kommen noch zur Verwendung. Der Nutzen dieser Behandlungsmethode ist sehr zweifelhaft und ihre Anhänger sind nicht zahlreich. Auf Grund persönlicher Beobachtung meint L.: «Der Verlauf der Erkrankung werde abgekürzt und die Patienten empfinden weniger Schmerzen». Das ist allerdings zu wenig! Kann die Serumbehandlung die Sehkraft nicht retten, dann hat sie für den praktischen Arzt nur wenig Wert.

A. Krotow: Ueber die Hallauerschen Schutzgläser.

Es sind das die grau-grünen Gläser, die 1907 in Heidelberg empfohlen wurden. K. behauptet, dass in allen Fällen, in denen Schutzgläser verordnet und getragen werden, die Hallauerschen angenehmer empfunden werden, als die rauchgrauen und blauen Gläser.

B. Almann: Pathologisch-anatomische und klinische Beobachtungen.

Amyloidgeschwulst am unteren Lide des rechten Auges. 2. Ein Fall von symmetrischer beiderseitiger Lidgeschwulst, eine Mischform von Angioma und Fibroma. 3. Ein Fall von Conjunctivitis Parinaud. 4. Eine Dermoidcyste der Orbita. 5. Ein Fall von pulsierendem Exophthalmos. 6. Ein Cornu cutaneum des unteren Lides.

A. Terentjew: 1. Ein Knabe von 13 Jahren mit beiderseitigen Buphthalmus congenitus und Glaucoma, rechts besteht zudem noch Correctopia und Polycoria. 2. In einer Familie zwei Fälle linksseitiger Iris- und Chorioidealcolobome. 3. Beiderseitige Microcornea, Luxatio lentis et Coloboma iridis et chorioideae congenital. 4. Vorzeitiges teilweises Ergrauen der Lidhaare.

N. Pawlow: Vaccinepustel auf dem Lide.

Unzweifelhaft hat eine Uebertragung vom Oberarme her, auf das Lid stattgefunden.

M. Starodubzew: Schluss des Berichtes über die Verhandlungen des Ophthalmologischen internationalen Congresses in Neapel von 2—7 April 1909.

G—n.

Russki Wratsch. 1909.

A. **Perekropow**: Ueber Lipogeninlösungen bei Behandlung der Augenkrankheiten (Nr. 17).

Die reinen Alkaloide, welche in der Augenpraxis angewandt werden, lösen sich in Lipogenin in grösserer Menge als in Olivenöl. Die Lipogeninlösungen der Alkaloide halten sich länger als die öligen oder wässrigen Lösungen, zu sterilisieren sind sie nicht nötig, weil das Lipogenin ein chemisch reines Präparat ist und die Entwicklung von Bakterien verhindert, da es denselben nicht als Nährboden dienen kann. Die Lösungen riefen keine Reizung der Augen hervor und haben auch sonst keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Sie wirken schneller als die wässrigen und öligen Lösungen gleicher Stärke. Der sich bildende Niederschlag löst sich beim Erwärmen wieder auf und die Wirksamkeit bleibt erhalten. Als Nachteil ist sowohl beim Lipogenin als beim Olivenöl das lange Anhaften an den Lidrändern, den Wimpern und sogar der Gesichtshaut hervorzuheben.

Mühlen.

Chark. med. Shurn. 1909.

E. **Braunstein**: Die Erkrankung des Sehnerven nach Kopfverletzungen. (Nr. 5).

Klinische Studie an 4 selbst beobachteten Fällen von Sehnervenatrophie im Anschluss an Kopfverletzungen mit Hinzuziehung der gerichtsärztlichen Begutachtung solcher Fälle. Unter Berücksichtigung der anamnestischen Daten und bei genauer klinischer Beobachtung kann in den meisten Fällen sowohl Diagnose, wie der Causalzusammenhang zwischen Verletzung und Sehstörung sichergestellt werden.

Ucke.

Pathologie und Therapie.

Chark. med. shurn. Bd. VII. Nr. 5.

W. **Nedrigailow**: Die Verwendung des Complementbindungsverfahrens bei Untersuchung von Choleradejectionen.

N. wandte die Complementbindung auf Choleradejectionen an, indem er in ihnen das specifische Antigen voraussetzte und als Choleraamboceptor Serum von einem Pferde verwandte, das schon längere Zeit mit Choleravibrionen immunisiert war. Die aus einem flüssigen Cholerastuhl durch Abstehenlassen im hohen Cylinderglase gewonnene graugefärbte Flüssigkeit war das Antigen, welches an sich Hammelbluterythrocyten nicht hämolysierte, aber imstande war 0,1 des Complements im frischen Meerschweinchenserum zu binden. In Dosen von 0,3—0,1 trat Complementbindung in Gegenwart des Choleraamboceptors ein. Bei 0,3 Antigen blieb das Choleraserum bis zu 0,005 wirksam. Des Weiteren wurden verschiedene Cholerasera geprüft, darunter **Schurupow**sches und **Kraus**sches Choleraserum und ausserdem Serum eines Kaninchens, das mit Vibrio **Metschnikow** behandelt war, Typhusserum, Dysenterieserum, und Diphtherieserum. Von diesen Sera wirkten nur die Cholerasera specifisch, während die anderen volle Hämolyse zuliessen.

Filtration der Choleradejectionen durch **Berkefeld**filter ergab, dass sie dadurch ihres specifischen Antigens beraubt wurden.

Dies Antigen fand sich auch in frischen Agar- und Bouillonculturen von Choleravibrionen und ebenso in alten (7—20 tägigen) Culturen in Bouillon oder auf erstarrtem Pferdeserum, verschwanden aber aus jungen Culturen bei Filtration durch **Berkefeld**filter, nicht jedoch aus alten. Daraus lässt sich wohl der Schluss ziehen, dass die Cholerafäces keine Stoffe (Endotoxine) enthalten, die in alten Choleraculturen sich finden.

S. **Korschun** und L. **Leibfreund**: Ueber Complementbindung bei Typhus recurrens.

Aus der Leber einer toten Frucht von einer Recurrenskranken gewannen die Verff. einen Extract, der als Antigen für Complementablenkungsversuche verwandt wurde. In der Leber waren grosse Mengen von **Obermeier**schen Spirochäten nachweisbar.

In Parallelversuchen wurde Recurrens- und Luesantigen mit Recurrens-, Lues- und Normalserum geprüft. An 50 Recurrenskranken in verschiedenen Stadien der Krankheit ergab die Methode der Complementablenkung, dass sie die Diagnose zu sichern imstande ist, wo sonst keine sicheren Symptome mehr vorhanden sind, wie in der Apyrexie oder in der Reconvalescenz. Da die Recurrensreconvalescenten auch mit Luesantigen häufig Complementbindung geben, so ist bei der Luesdiagnose nach **Wassermann** auf ev. überstandene Recurrens zu achten.

Im Alcoholextract der Recurrensleber scheinen ausser Substanzen, die mit Luesserum reagieren, noch besondere Substanzen zu sein, die mit Serum Recurrenskranker specifisch reagieren.

Wie lange die complementbindende Eigenschaft sich bei Recurrens nach Ueberstehen der Krankheit erhält, müssen weitere Versuche feststellen.

Ucke.

Prakt. Wratsch 1908.

J. **Boas**: Die Operationen des Magendarmcarcinoms in der Beleuchtung der inneren Medicin. (Nr. 2).

Aus den Betrachtungen zieht Verfasser folgende Schlüsse. Eine Frühdiagnose des Magendarm-Krebses ist unmöglich und wird wohl kaum je möglich werden. Daher sind die Resultate der Frühoperationen nicht besser, als die der spät operierten Fälle. Im Gegenteil. Es geben die letzteren sogar bessere indirecte Resultate. Die Probelaparotomie bietet in der Praxis doch grosse Unannehmlichkeiten. Die Aufgabe der inneren Medicin ist es, weiter nach sicheren Frühsymptomen zu forschen und das Krankenmaterial noch besser gesichtet dem Chirurgen zuzuführen. B. betont besonders, dass diejenigen Fälle für den operativen Eingriff eine günstigere Prognose abgeben, bei denen ein grösserer Zeitraum zwischen den ersten Anzeichen und den zweifellosen Symptomen der Krebserkrankung bestanden habe, vorausgesetzt, dass die Localisation eine zugängliche und die Abgrenzung der Geschwulst eine gute ist.

S. **Zipkin**: Ein Fall von angeborener Aplasie der Leber. (Nr. 3).

Verfasser schildert einen solchen Fall: 30-jähriges Mädchen. Ascites. Mehrfach punctiert. **Talma**sche Operation. Exitus an Herzschwäche. Obduction. Leber (3 Abbildungen) zeigt ovoide Form, ist klein (15, 11, 6 Cm.), zeigt keine normale Teilung in Lappen.

R. **Fränkel**: Zur Frage der klinischen Bedeutung der **Russow**schen Reaction. (Nr. 3).

Der Verfasser zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: 1) Die Reaction ist nur dann positiv, wenn bei Zufügung von 4 Tropfen Methylenblau 1 : 100 Wasser zu 4—5 Ccm. Urin eine schön smaragdgrüne Färbung eintritt, die bei weiteren 1—2 Tropfen bestehen bleibt und nur dunkler wird. 2) Die Reaction ist charakteristisch für Typhus und Pneumonie und 3) hat den Vorzug der Einfachheit der Ausführung.

M. **Dutschenko-Kolbassenko**: Kohlenpulver bei der Behandlung von Hautkrankheiten. (Nr. 3).

Verfasser empfiehlt auf Grund eigener Erfahrung als nicht reizendes Mittel die Haut trocken zu halten folgendes Recept:

Xeroformi 4,0. Acid. salicyl. 2,0. Zinci oxydati 30,0. Magist. bismuthi 10,0. Amyli tritici 60,0. Talci veneti 120,0. Carbonis tiliae pulverat 200,0.

Mit Erfolg bei grösseren Verbrennungen gebraucht. Ausserdem bei nässenden Eczemen etc.

Hilbert: Ueber die neuesten Heilmittel bei der Behandlung der Lungentuberculose. (Nr. 6 u. 7).

Hilbert gibt eine eingehende Uebersicht über die neuesten Mittel, die er auch in Bezug auf ihren Wert bespricht. Die hygienisch-diätetische Methode, die Tuberculintherapie, die Serumtherapie etc. werden eingehend besprochen und auch die specifischen Mittel, wie Zimmtsäure, Kreosot, Kreosotal etc. durchgenommen und auf ihren Wert und die Art ihrer Wirkung geprüft.

P. **Rewidzew**: Ueber ein noch nicht beschriebenes Symptom bei chronischen Verengerungen der Speiseröhre. (Nr. 4).

Verfasser hat Folgendes beobachtet: bei dem bekannten Versuch mit dem Schluckenlassen von Wasser und Auscultieren des Schluckgeräusches kann man weitere solche «Durchpressungs resp. Durchspritzungsgeräusche» erzielen, wenn man den Patienten weitere Schluckbewegungen ausführen lässt, ohne ihm Wasser zu geben. Verfasser nennt dieses Geräusch «Rest-Geräusch» und erklärt es damit, dass oberhalb der ev. Strictur im Oesophagus Wasser vom ersten Schluck nachbleibt, welches durch die späteren leeren Schluckbewegungen weiterhin durchgespritzt wird. Je stärker die Strictur, um so zahlreicher die ev. Rest-Geräusche. Das Rest-Geräusch deutet also mit Sicherheit darauf hin, dass das Lumen des Oesophagus verengert ist, ganz unabhängig von dem Moment des Eintrittes (nach 5—10—15 Secunden nach dem Schlucken). Die Anzahl der ev. Restgeräusche entspricht der Stärke der Verengerung.

A. **Beketow**: Eine einfache Vorrichtung zur bequemeren Zählung der roten Blutkörperchen. (Nr. 4.).

Verfasser schraubt die obere Ocularlinse ab und führt unter dieselbe ein rundes Deckglass ein, auf dessen Mitte er ein schwarzes Pünktchen angebracht hat. So ist er imstande jedes Quadrat der Zählkammer quasi zu fixieren, wenn er etwa z. B. mitten im Zählen unterbrochen wird.

A. Hoffmann: Die neuesten Errungenschaften zur Diagnose der Herzkrankheiten. (Nr. 5).

Verfasser gibt eine Uebersicht über die verschieden gebräuchlichen diagnostischen Hilfsmittel und Methoden, die bei der Erforschung der Herzkrankheiten in Frage kommen, wie Orthophotographie, Sphygmographie, etc.

W. Wojatschik: Ueber photographische Registrierung der Puls- und anderen Schwankungen der Luftsäule im äusseren Gehörgang. (Nr. 6).

Verfasser schildert diese Methode, die seiner Ansicht nach grosse Vorzüge vor der üblichen manometrischen Bestimmung hat.

G. Wladimirow: Zur Frage des Scharlach-Rheumatismus. (Nr. 8).

Verfasser weist darauf hin, dass bei vielen Infectionskrankheiten secundäre Erkrankungen des peripheren und centralen Nervensystems nicht die richtige Würdigung erfahren und oft als Rheumatismus gedeutet werden.

S. Dibailow: Ueber die therapeutische Bedeutung des Isoform. (Nr. 8.).

Verfasser empfiehlt das Isoform als Antisepticum.

Th. Rosenheim: Colitis chronica gravis. (Nr. 10—13.

Verfasser gibt an der Hand von mehreren Fällen ein Bild dieser Erkrankungsform. Er führt die Verschiedenheit des Krankheitsbildes bei Colitis gravis hauptsächlich auf die verschiedenen secundären Infectionen und Intoxicationen zurück. Was die Diätetik und Theraphie betrifft, so verweist er auf seine Arbeit in der Deutschen med. Wochenschrift 1906. Nr. 25.

F. Bjalokur: Zur Frage der prophylactischen Behandlung der Lungentuberculose. (Nr. 14).

Verfasser meint, man könne den Menschen gegen Tuberculose immunisieren. Zeit der künstlichen Immunisierung sei das Kindesalter.

Lehmann.

Russki Wratsch. 1909.

N. Swenson: Agglutinine und Bacteriolysine im Blute von Cholerakranke. (Nr. 30).

Die Untersuchungen zeigten, dass die Anwesenheit von Agglutininen im Blute Kranker und Genesender von der Cholera durchaus nicht beständig ist: nur ein in $^1/_3$ der Fälle erhielt man die Reaction der Agglutination und auch die bei Verdünnung nicht höher als 1:50.

Was die Bacteriolysine anbetrifft, so muss man constatieren, dass mit wenigen Ausnahmen dieselben bald in grösseren, bald in kleineren Mengen nachzuweisen waren.

P. Troizki: Zur Frage über die Wirkung der gefässerweiternden Mitteln und deren Verbindungen mit Digitalin auf das isolierte Kaninchenherz. (Nr. 30).

Experimentelle Untersuchung.

N. Blumenau: Resultate der Anwendung des Antidiphtherieserums des neuen antibakteriellen Typus. (Nr. 30).

Das chemisch-bakteriologische Institut des Dr. Blumenthal in Moskau stellt ein antibakterielles Serum von Pferden dar, welches bactericide Eigenschaften haben soll.

So. z. B., retten 0,25 Cbcm. ein Meerschweinchen bei gleichzeitiger Einführung einer Cultur, welche das Controlltier nach 2×24 Stunden tötet. In kleiner Menge soll das Serum eine immunisierende Wirkung haben. Bei den klinischen Untersuchungen wollte B. zuerst die Einwirkung auf einen diphtheritischen Process klarstellen ohne das antitoxische Serum. Zu diesem Zweck wählte er leichte und mittlere Fälle von Gaumendiphtherie aus, die bakteriologisch festgestellt waren. Weiter wurde noch das antibakterielle Serum subcutan zugleich mit dem antitoxischen injiciert bei schweren phlegmonösen Formen von Diphtherie und noch subcutan und äusserlich als Pulver und als Einreibung des Gaumens angewandt um das Schwinden der Bacillen bei Genesenden zu beschleunigen. Im Ganzen wurde das antibacterine Serum bei 17 Kranken versucht.

Leider blieben aber die erwarteten Resultate aus. Die localen Erscheinungen des allgemeinen Befindens besserten sich so langsam, so dass aus Furcht vor Verschlimmerung der Krankheit das antitoxische Serum injiciert werden musste.

E. Shukowskaja: Ein seltener Fall von Hydronephrosis als Folge einer Anomalie der Ureteren. (Nr. 30).

Es handelt sich hier um eine vielleicht einzig darstehende Anomalie bei einem 9-monatlichen Kinde, nämlich eine beiderseitigen Verdopplung der Ureteren, von welchen 2 blind in der Wand der Blase endigten.

G. Strömberg: Der Einfluss von Jod auf die experimentelle Atheromatose. (Nr. 30).

Die Atheromatose wurde bei Kaninchen hervorgerufen durch Injection von Adrenalin in die Ohren. Eine Einwirkung von Jodglidin auf die künstlich hervorgerufene Atheromatose kann in positivem Sinne nicht entschieden werden. Die Arterionekrose der Tiere unterscheidet sich doch immerhin von der Arteriosclerose der Menschen. so dass letztere doch durch Jod beeinflusst werden kann.

W. Menschikow: Ueber die Erreger des Keuchhustens. (Nr. 31).

Die an 94 Kranken vorgenommenen Untersuchungen bestätigen durchaus die Angaben von Bordet und Gengou und ergänzen die Untersuchungen aller Autoren nur in der Beziehung, dass es M. gelang die Stäbchen fast in allen Fällen und während der ganzen Zeit der Krankheit festzustellen. Das Sputum Keuchhustenkranker gibt in der 1.—2. Woche der Krankheit fast in Keimcultur die Stäbchen von Bordet und Gengou, jedenfalls in überwiegender Menge. Darauf wird die Zahl der Colonien immer geringer und in der 6—8 Woche der Krankheit kostet es eine enorme Mühe die Stäbchen zu finden.

Die Versuche mit Agglutination und Complementbildung und die Beobachtungen über die Virulenz der Stäbchen decken sich mit denen der Autoren, die über diese Frage gearbeitet haben. Jedenfalls bestätigen sie das, dass die von Bordet und Gengou entdeckten Stäbchen sicher die Erreger des Keuchhustens sind.

F. Migai: Die Neutralisation der Säuren im Magen und ihr Mechanismus. (Nr. 31).

Für ein Referat nicht geeignet.

W. Terebinski: Ueber den Mechanismus der Entwicklung der Atrophia cutis. (Nr. 31).

Experimentelle Studie.

M. Storoshewoi: Ein Fall von Chylothorax, Chylopericarditis et Ascitis chylosus in Verbindung mit Thrombose der linken Vena subclavia und Verschluss des Ostiums des Ductus thoracicus. (Nr. 31).

Krankengeschichte einer 48-jährigen Frau mit genauem Sectionsprotocoll.

K. Liffschitz: Zur Frage über die Cholerabacterlämie. (Nr. 32).

Eine 40-jährige an Cholera erkrankte Bäuerin gebar ein totes 8-monatliches Kind. In den vom Darme abgeschabten Partikelchen wurden Choleravibrione nachgewiesen.

W. Belilowski: Einige statistische Angaben über die Behandlung von Scharlach mit dem Moserschen Serum und zur Bakteriologie des Scharlachs. (Nr. 32).

Aus den kurzen Angaben ist zu ersehen, dass das pCt. der Genesung bei Anwendung des Serums ein sehr günstiges ist (über 80 pCt.).

M. Kostoschinski: Ueber das Tuberculinum purum. (Nr. 32).

Das Endotin purum vermindert die katarrhalischen Erscheinungen: die Geräusche aller Categorien nehmen ab. Auf die Temperatur hat es keinen Einfluss, wenngleich dazwischen (Serie W) kleine Reactionen zu bemerken sind. Das Gewicht ändert sich nicht. Puls und Atmung bleiben dieselben, zuweilen ist ein Abfall zu constatieren. Das Sputum wird geringer und der Husten zuweilen merkwürdig leicht. Ein grosser Uebelstand ist aber die Haemoptoe, die während der ganzen Zeit der Behandlung fortdauern kann.

I. Slatogorow: Ein Fall von Laboratoriumsinfection mit Choleravibrionen, gewonnen aus dem Wasser. (Nr. 33).

Beim Arbeiten in einem der Labaratorien von St. Petersburg bekam eine der Damen beim Zug durch eine Pinzette ein wenig von der Vibrionencultur in den Mund. Nach 58 Stunden traten die ersten Symptome der Cholera ein, die einen stürmischen Verlauf nahm, aber schliesslich doch in Heilung überging.

N. Svenson: Ursprung und Sonderheiten der Choleraepidemien in Kiew 1907 und 1908. (Nr. 33).

Zu einem Referat nicht geeignet.

M. Senkewitsch: Zur Frage über die chemischen Veränderungen im Blut unter dem Einfluss einer Infection. (Nr. 33).

Vorläufige Mitteilung.

M. Chanutina: Zur Frage über die Veränderungen des Rückenmarkes bei Cholera. (Nr. 35).

Genaue mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes von 11 an Cholera Verstorbenen.

Fr. Mühlen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Winecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 9 St. Petersburg, den 27. Februar (12. März) 1910. **XXXV.** JAHRGANG.

Radiumtherapie in Bad Kreuznach [1]).

Von

Dr. J. Kemen,

Dirigierendem Arzt der inneren Abteilung des Krankenhauses Marien-Wörth in Bad Kreuznach.

M. H.! Die Therapie der Sol- und Mutterlaugenbäder, wie sie in Bad Kreuznach geübt wurde, darf ich als bekannt voraussetzen. Zu den Krankheiten, die durch eine Kreuznacher Cur den besten Erfolg hatten, gehören in erster Linie Rhachitis, Scrophulose, und locale Tuberculosen. An zweiter Stelle wären die gynäkologischen Erkrankungen zu nennen, zur dritten Hauptgruppe gehören die Hautkrankheiten, chronisches Ekzem, Psoriasis, Syphilis u. s. w.

Zur letzten Hauptgruppe gehören chronischer Rheumatismus, Gicht und Neuralgien.

Solbäder von indifferenter Temperatur mit Mutterlaugenzusatz, Teilbäder, Sitzbäder, Umschläge mit Sole und Mutterlaugen-Compressen sowie Aufenthalt in den Salinen bildeten die bisherige Behandlung, die den Ruf Kreuznachs bedingten.

Da brachte die Entdeckung des Radiums und seine therapeutische Verwendung eine ungeahnte Erweiterung der Indicationsstellung insofern, als die zuletzt genannten Krankheiten mit einem Schlag in den Vordergrund gebracht wurden, und die Radiumtherapie an erste Stelle rückte.

Bevor ich des näheren auf die Radiumtherapie eingehe, möchte ich über das Wesen des Radiums und seine Gewinnung aus den Kreuznacher Quellen noch einiges vorausschicken.

Nachdem im Jahre 1895 Röntgen die erste Mitteilung über seine X-Strahlen gemacht hatte, stellte Becquerel Versuche an, ob gewisse nach vorheriger Belichtung fluorescierende Substanzen nicht auch ähnliche Strahlen aussendeten.

[1]) Vortrag, gehalten in dem Verein St. Petersburger Aerzte am 26. Jan. 1910.

Schon im Jahre 1896 konnte er erklären, dass er gleichfalls eine neue Art von Strahlen entdeckt habe, die Strahlen nämlich der radioactiven Substanzen. Er wies nach, dass Uransalze eine in lichtdichtes Papier gehüllte photographische Platte schwärzten. Auf seine Anregung unternahm Frau Curie im Verein mit ihrem Gatten systematische Untersuchungen und stellte dabei fest, dass sich bei den Uranpecherzen, besonders der Joachimsthaler Pechblende, eine bedeutend stärkere Strahlung ergab als in dem reinen Uran selbst. Diese Beobachtung führte zu der Annahme, dass in der Pechblende ausser dem Uran noch eine viel stärkere radioactive Substanz sein müsse. Auf ungemein mühevollem Wege gelang es dem Ehepaar Curie alsdann, die vermutete Substanz durch Umkrystallisieren immer mehr anzureichern und schliesslich rein darzustellen. Aus einem Eisenbahnwagen voll Joachimsthaler Pechblende gelang die Darstellung von $^1/_4$ gr. Radiumchlorid.

Das Radium und dessen Salze äussern ihre Activität durch Aussendung von Strahlen, die sich gradlinig fortpflanzen und durch die Erzeugung einer gasförmigen Substanz, die von Rutherford den Namen Emanation erhielt.

Die Strahlen, die von den radioactiven Substanzen ausgehen, haben dreierlei Wirkung.

Sie erregen Fluorescenz, veranlassen chemische Umsetzungen, z. B. Schwärzen einer photographischen Platte und machen alle Gase vorübergehend elektrisch leitend.

Die vom Radium fortwährend und ohne Unterbrechung ausgehenden Strahlen veranlassen keinen sichtbaren Verlust an Gewicht der Substanz.

Gleichwohl weiss man, dass man es bei den Erscheinungen der Radioactivität mit einem explosionsartigen Zerfall der Atome des Radiums zu tun hat, bei dem die zerfallenen Partikelchen mit ungeheurer Geschwindigkeit in den Raum hinausgeschleudert werden und eine bedeutende Energie äussern. Theoretisch berechnet, ist erst etwa in 2600 Jahren infolge Zerfalles die Hälfte umgewandelt, sodass eine Abnahme der Radiumstrahlung in den wenigen Jahren unserer Beobachtung nicht bemerkt werden kann. Man unterscheidet nun α-, β- und γ-Strahlen, die sich hinsichtlich ihres Durchdringungsvermögens wesentlich unterscheiden. Während die α-

Strahlen schon durch ein Stück Papier absorbiert werden, sind die β-Strahlen und besonders die γ-Strahlen von hoher Durchdringungsfähigkeit. Noch durch eine 10 cm. dicke Bleiplatte vermögen die letzteren eine photographische Platte zu schwärzen.

Ausser der Strahlung beobachtet man auch die Erzeugung der gasförmigen Emanation.

Betrachtet man in der Dunkelkammer ein auf dem Boden eines Glasgefässes liegendes Radiumpräparat, so sieht man, wie von diesem Radiumpräparat langsam ein schwach leuchtender Nebel aufsteigt, der allmählich das ganze Glas anfüllt und in einigen Tagen derart an Leuchtkraft gewinnt, dass man die Uhr dabei erkennen kann. Ein Luftstrom zerteilt diesen Nebel, der sofort wieder aufs neue aus dem Präparat emporsteigt. Dieser Nebel ist Emanation, ein gasförmiger Körper, der allen Gesetzen der übrigen Gase unterworfen ist. Die Emanation, die nur α-Strahlen aussendet, condensiert bei — 150 Grad und hat einen Diffusionscoefficienten, der nahe dem der Kohlensäure ist, unterscheidet sich jedoch von anderen Gasen dadurch, dass sie sich in einem geschlossenen Glasgefässe von selbst zerstört. Die Halbwertszeit beträgt 4 Tage, d. h. in 4 Tagen nimmt die Radium-Emanation bis auf die Hälfte ab.

Diese Zerstörung schreitet weiter fort, und schliesslich ist an Stelle der Radium-Emanation ein neues Gas vorhanden, das Helium, welches nicht mehr radioactive Eigenschaften besitzt. R a m s a y und S o d d y haben zuerst den Nachweis erbracht, dass Radium-Emanation sich umwandelt in Helium — dass also ein Element sich in ein a n d e r e s verwandelt.

Auf alle Körper, die mit Radium-Emanation in Berührung kommen, schlägt sich ein radioactiver Stoff nieder, der durch Zerfall der Emanation entsteht. Schon das Ehepaar C u r i e hat 1899 beobachtet, dass alle Gegenstände, die sich in einem Radiumsalz enthaltenden Gefässe befinden, vorübergehend radioactiv werden. Sie nannten diese Erscheinung „inducierte Activität". Desgleichen wird jede Flüssigkeit, welche in einem geschlossenen Gefässe radioactive Substanzen enthält, selbst radioactiv.

Die radioactiven Körper und damit die ihnen ausströmende Emanation sind in kleinsten Mengen auf der Erde weit verbreitet, in der Luft, dem Erdboden und in den Quellen.

Namentlich bestimmte Mineral- und Thermalquellen sind reich an Radium-Emanation, sodass die Vermutung nahe lag, ihre Heilwirkung mit ihrem Gehalt an Radium-Emanation in Verbindung zu bringen.

Dieser Vermutung nachgehend, gelang es dem Kreuznacher Chemiker, Dr. A s c h o f f, im Jahre 1904 zuerst in den Kreuznacher Quellen Radium nachzuweisen.

Die Kreuznacher Quellen enthalten nicht nur, wie manche andere Mineralquellen, Radium - E m a n a t i o n in ziemlicher Menge, sondern sie enthalten auch — und meines Wissens nur s i e a l l e i n — nach dem heutigen Stand der auf diesem Gebiet veröffentlichten Untersuchungen — grössere der Gewinnung würdige Mengen radioactiver S u b s t a n z e n, die ursprünglich in Solwasser gelöst, sich später zum Teil mit dem Sinter abscheiden. Die Kreuznacher Quellen liefern jährlich mehrere hundert Centner dieses hochradioactiven Quellsinters.

Je 125 g der Sedimente bewirkten im Elektroskope von E l s t e r & G e i t e l innerhalb einer Stunde einen Abfall von:

a) Bestimmungen von D e s s a u e r - Aschaffenburg:

Quelle am Gradierhaus 1 in Bad Kreuznach	4740	Volt
„ „ „ 2	4130	„

b) Bestimmungen von A s c h o f f:

Quelle am Gradierhaus 1 in Bad Kreuznach	4102	Volt
„ „ „ 2	5016	„

Zum Vergleiche mögen die Resultate der Untersuchungen einiger weiterer Mineralquellen folgen:

a) Bestimmungen von D e s s a u e r - Aschaffenburg:

Aachen: Kaiserquelle	380	Volt
Assmannshausen: Lithiumquelle	740	„
Traben-Trarbach: Wildsteiner Felsenquelle	125	„
Wiesbaden: Kochbrunnen (H e n r i c h) 30—70	30—70	„
Nauheim: Sinter der Leitungsröhre (H e n r i c h)	23,4—34,3	„
Münster a. St. D e s s a u e r - Aschaffenburg: Hauptbrunnen, Sedimente aus dem Wasserreservoir	55	„
Hauptbrunnen (S c h m i d t & K u r z) vom Quellausfluss umgerechnet circa	700	„

Nachdem es A s c h o f f im Laboratoriumswege gelungen war, das Vorhandensein dieser radioactiven Substanzen festzustellen und dieselben zu isolieren, wurde auf den städtischen Salinen, dem Hauptgewinnungsort der weltberühmten Kreuznacher Mutterlauge, durch den Salinendirector N e u m a n n die fabrikmässige Darstellung dieser Substanzen seit 4 Jahren aufgenommen.

Nach vielen Versuchen hat der Salinendirector, Oberingenieur N e u m a n n Apparate construiert, die es ermöglichen, mit Hilfe der genannten Substanzen gewöhnliches Leitungswasser in jeder beliebigen Höhe mit Radium-Emanation zu beladen.

Als Massstab dient der mit einem geaichten Elektroskop bestimmte Voltabfall in der Zeiteinheit, der von der Emanation einer abgemessenen Menge Wassers hervorgebracht wird.

Man hat aber bis jetzt verschiedenartige Einheiten benutzt, so dass die Zahlen der einzelnen Autoren nicht miteinander verglichen werden können. Jetzt geht man zumeist dazu über, nach sogenannten M a c h e - E i n h e i t e n zu rechnen, wobei man schlechthin sich nur zu merken braucht, dass ungefähr 80 frühere Voltabfall-Einheiten etwa e i n e r Mache-Einheit entsprechen.

Nach den bisherigen Versuchen wird der Emanationsgehalt mit Vorteil so gewählt, dass in 1000 ccm. des zu Trinkcuren dienenden Wassers, des sogen. „K r e u z n a g e n", 2000 Macheeinheiten enthalten sind. Von diesem Emanationswasser werden täglich 100 bis 200 ccm. getrunken, gleich 200 bis 400 Macheeinheiten, oder ca. 16000 = 32000 der sogen. alten Einheiten (Voltabfall).

Mit Hilfe grösserer Activatoren verleihen wir dem Badewasser pro Liter 4000—5000 Macheeinheiten und setzen einem Vollbad meist 2 Liter dieses Emanationswassers zu. Da das Solbad selbst in der Wanne nach dem Erwärmen mindestens noch 2000 Macheeinheiten enthält, beträgt bei dem so gewählten Zusatz der Emanationsgehalt ca. 10000 Macheeinheiten, oder ca. 800000 der alten Volteinheiten. Eine weitere Verstärkung des Emanationsgehaltes ist natürlich durch einen grösseren Zusatz des concentrierten Emanationswassers stets leicht möglich.

Vor drei Jahren wurde mir seitens der Salinenverwaltung ein solcher Apparat zur Verfügung gestellt, der es also ermöglichte, gewöhnliches Leitungswasser stark radioactiv zu machen.

Mit diesem Apparate künstlich hergestellte Radium-Emanationsbäder wandte ich bei einer Reihe von rheumatischen, gichtischen und neuralgischen Leiden an und konnte bereits im Herbst 1908 auf der 80. Versammlung Deutscher Aerzte und Naturforscher in Köln a. Rhn., über recht gute Erfolge berichten. Auf der im letzten Jahre in Salzburg abgehaltenen 81. Naturforscher-Versammlung war ich bereits in der Lage über

126 von mir behandelte Fälle Auskunft zu geben, die ich auf dieser Karte zusammengestellt habe:

Es folgen nunmehr die bis 15. September 1909 von mir behandelten Fällen:

	Zahl	Heilung	Besserung	Ohne Besserung
Arthritis Rheum.	40	19	14	7
Arthritis urica	25	8	11	6
Arthritis deformans	10	1	6	3
Chronischer Muskelrheumatismus	5	3	2	—
Ischias	25	12	8	5
Myocarditis	10	—	7 Besserung der Schmerzen	3
Tabes	5	—	3	2
Syringomyelie	2	—	—	2
Apoplexie	3	—	3	—
Polyneuritis nodosa	1	—	1	—
Summa	126	43	55	28

Bei meinem ersten Versuche im Jahre 1908 benutzte ich gewöhnliches Leitungswasser von der indifferenten Temperatur von 34—36 Grad Cels. Ich tat dies aus dem Grunde, um einwandfrei die Wirkung der Radium-Emanationsbäder auf ihren Gehalt an Radium-Emanation zurückführen zu können.

Späterhin und in der Praxis wurde das von dem Apparat gelieferte Radium-Emanationswasser dem Solwasser zugesetzt, das an sich schon radioactiv, auch noch die Wirkung der Salze enthielt.

Was mir bei meinen ersten Versuchen am meisten auffiel, war die von den meisten Autoren gleichfalls beschriebene Reaction, eine Exacerbation der bestehenden Schmerzen und eine Störung des Allgemeinbefindens.

So zeigt sich bei Arthritis rheumatica und urica fast in allen Fällen im Anschluss an die ersten Bäder eine Zunahme der Schmerzen, teils in den schon vorher befallenen Gelenken, teils in den zur Zeit verschont gebliebenen. Oft schon nach dem 2. bis 3. Bad, in selteneren Fällen erst nach dem 6. bis 8. Bad machen sich diese Schmerzen in äusserst heftiger Weise bemerkbar. In der Regel traten dieselben im Anschluss an das erste Bad und für die Dauer einiger Stunden, in einigen Fällen traten sie zur Nachtzeit auf oder dauerten ununterbrochen einige Tage an. Die Heftigkeit dieser Schmerzen ist oft derart, dass das Weiterbaden durch sie für einige Tage unmöglich wird.

Nicht in allen Fällen tritt die Reaction auf, und ihr Ausbleiben schliesst das Eintreten einer Besserung nicht aus. Soviel glaube ich jedoch sagen zu können: je schneller und heftiger die Reaction auftritt, um so besser ist die Aussicht auf Erfolg, je später und schwächer sie auftritt, um so geringer ist die Aussicht, wenigstens auf vollen Erfolg. Die Reaction tritt in den verschiedensten Formen auf. Im Allgemeinen kann man sie als ein Aufflackern des ursprünglichen Processes auffassen, indem bei Gicht, Rheumatismus, und Neuralgien Schmerzen und Schwellung zum Teil am Ort der früheren Erkrankung, zum Teil an bisher verschont gebliebenen Stellen zu constatieren sind.

Neben diesen Schmerzen und Gelenkschwellungen konnte ich in mehreren Fällen mittleres Fieber beobachten. Sodann ist oft das Allgemeinbefinden gestört, Appetitlosigkeit, Schwindelgefühl und vor allem Schlaflosigkeit sind die gewöhnlichen Erscheinungen. In einigen Fällen blieb die Schlaflosigkeit während der ganzen Dauer der Badecur eine unangenehme Begleiterscheinung, die nach Beendigung der Cur sofort verschwand.

Wie wenig indifferent die Radium-Emanation für den Organismus ist, zeigte ein Fall von Arthritis urica mit Schrumpfniere. In diesem Falle konnte ich nach dem Trinken von 400 Mache-Einheiten während einiger Tage bedeutend vermehrte Eiweissausscheidung und eine Temperatursteigerung bis 39,8 mit gleichzeitiger starker Schwellung der Fingergelenke constatieren. Sowohl das Fieber wie die Schwellung schwanden sofort nach dem Aussetzen der Trinkcur, während die Eiweissausscheidung auf die ursprünglich festgestellte Menge zurückging. Sämtliche Erscheinungen traten mit Wiederbeginn der Trinkcur aufs neue auf, so dass ich von der Trinkcur absehen musste.

Eine mehrfach beobachtete Art der Reaction ist ein Gefühl eines leichten Rausches, wie er namentlich von Damen während der Dauer des Bades und noch einige Minuten nachher empfunden wird. Doch ist dieser Rausch, von anderen auch als Schwindelgefühl beschrieben, rasch vorübergehend, und viel häufiger wird das gerade Gegenteil berichtet, nämlich nur ein Gefühl grosser Erfrischung und Kräftigung, welches des öfteren bei alten Herrn zu einer Steigerung der potentia virilis führt.

Bisweilen sind die Reactionsschmerzen so heftig, dass man die Bade- oder Trinkcur aussetzen oder die Dosierung der Trinkcur verringern muss.

Alsbald lassen alsdann in den meisten Fällen die gesteigerten Beschwerden nach: beginnt man nach einiger Zeit wieder mit der Cur, so tritt abermals eine Steigerung der Beschwerden auf, meist allerdings weniger heftig als anfangs, in anderen Fällen jedoch von der früheren Heftigkeit, ohne beim weiteren Baden an Intensität nachzulassen. In den letzteren Fällen, bei denen also die durch die Radium-Emanationsbäder gesteigerten Schmerzen während der ganzen Dauer der Cur anhielten, konnte ich mehrfach Verschwinden derselben und schliesslich Heilung resp. wesentliche Besserung erst einige Zeit nach Beendigung der Cur constatieren. Verschiedentlich wurde mir einige Wochen nach Rückkehr aus dem Bad über die eingetretene Heilung resp. wesentliche Besserung berichtet.

Unter den aufgeführten Fällen von Athritis deformans wurde einer in höchst auffallender Weise gebessert und functionell völlig geheilt. Es handelte sich um einen 32-jährigen Mann, der an einer seit 17 Jahren sich allmählich immer stärker ausbildenden Auftreibung und Versteifung fast aller Gelenke litt. Hauptsächlich zeigte sich starke Auftreibung der Knie- und Fingergelenke. Auf der Röntgenaufnahme der Hände zeigte sich eine kolbige Verdickung der Phalangen nach den Gelenkspalten zu; der Schatten dieser Verdickung war heller als die übrigen Knochenschatten, die Gelenkspalten waren verschwommen.

Seit Jahren war dem Patienten längeres Gehen als etwa 10 Minuten unmöglich. Die bisherige Behandlung, bestehend in innerlichem Gebrauch verschiedener Mittel, in Anwendung von Licht- und Dampfbädern, war völlig erfolglos geblieben.

Gleich nach dem ersten Radium-Emanationsbade trat eine mässige Reaction ein. Es traten in allen Gelenken Schmerzen auf, der Schlaf wurde unruhig, das Allgemeinbefinden gestört. Die Schmerzen in den Gelenken dauerten einige Stunden im Anschluss an das Bad an und verschwanden alsdann. Gleichzeitig fühlte sich der Patient etwa vom 3. bis 4. Bade an, wenn die Schmerzen nachliessen, freier in den Gelenken und vermochte längere Zeit zu gehen. Beim weiteren Gebrauch der Bäder traten

die Reactionsschmerzen schliesslich gar nicht mehr auf, das Allgemeinbefinden besserte sich, der Schlaf wurde ruhiger, gleichzeitig steigerte sich der Appetit. Nach etwa 20 Bädern, die je von 1 Stunde Dauer genommen wurden, war die Steifigkeit der Gelenke verschwunden, sodass Spaziergänge von 4—5 Stunden ohne Ermüdung ausgeführt werden konnten. Gleichzeitig war eine Gewichtszunahme von 4 kg. zu constatieren. Während so die subjectiven Beschwerden völlig verschwunden waren, blieben die Veränderungen an den Gelenken noch längere Zeit bestehen. Erst unter Massage und localer Application von stark radioactiven Compressen gingen auch die Knochenauftreibungen, hauptsächlich die der Kniegelenke zurück. Eine zweite Röntgenaufnahme der Hände liess erkennen, dass die kolbigen Verdickungen der Phalangen abgenommen hatten, dass der Schatten derselben dunkler und die Gelenkspalten deutlicher geworden waren. Nachdem der Patient im ganzen 30 Radium-Emanationsbäder gebraucht hatte, konnte er als functionell völlig geheilt mit einer nur noch geringen Verdickung der Fingergelenke entlassen werden.

Ausser dieser einzigen Heilung von Arthritis deformans vermag ich nur über Besserungen zu berichten, von denen eine immerhin wegen der langen Dauer des Leidens erwähnenswert erscheint.

Es handelt sich um die Gattin eines russischen Collegen, die selbst Aerztin, seit 22 Jahren an einer allmählich sich ausbildenden Arthritis deformans litt. Die Behandlung mit Radium - Emanationsbädern in Verbindung mit einer Radium - Trinkcur brachte ihr insofern eine Besserung, als die bisher bestehenden Schmerzen verschwanden, desgleichen ging die Schwellung der Kniegelenke, die durch Auftreibung der Condylen bedingt war, bedeutend zurück, sodann wurde die Beweglichkeit der grossen Gelenke entschieden freier, und die Muskelkraft der Beine derart gesteigert, dass die Patientin die Knie übereinander schlagen konnte. Der Fall ist noch dadurch bemerkenswert, dass eine unangenehme Nebenerscheinung die Cur sehr in die Länge zog. Es bildete sich nämlich unter der Wirkung der Radium-Emanationsbäder eine ziemlich starke Dermatitis aus, die stellenweise einen pemphigusartigen Charakter annahm.

Mit dem Aussetzen der Badecur resp. dem Gebrauch gewöhnlicher Solbäder schwand diese Dermatitis sofort.

Bei Ischias war der Verlauf der Reaction ähnlich dem bei Arthritis rheumatica. Schon im ersten Bad trat die Reaction in der Weise ein, dass die Patienten über ein Ziehen oder Reissen durch das ganze Bein klagten. In einem Falle berichtete der Patient, dass er während der ersten Bäder bis zu 8 Mal krampfartig zusammen gezogen wurde. Andere berichten, dass sie während der Nachtzeit Reissen im ganzen Bein, und zwar viel heftiger als vorher verspürten.

Bei Myocarditis hatte ich in der Mehrzahl der Fälle recht guten Erfolg. Eine Reaction, wie sie bei Arthritis und Ischias zu beobachten war, trat nicht ein. Vielmehr wurde von vornherein die erfrischende und belebende Wirkung der Radium - Emanationsbäder gerühmt. Eine Suggestion war völlig ausgeschlossen, da unabhängig von einander gerade von älteren Patienten, auch Arthritikern, diese Angaben gemacht wurden. Um jede Selbsttäuschung auszuschliessen, habe ich verschiedene Mal ohne Vorwissen der Patienten gewöhnliche Süsswasserbäder an Stelle der Radium-Emanationsbäder verabreicht, worauf mir alsdann prompt das Ausbleiben des Wohlbefindens angegeben wurde. Im weiteren Gebrauch der Emanationsbäder trat eine bedeutende Besserung der Herztätigkeit ein. Der Puls wurde regelmässig, die vorher bestehenden stenocardischen Anfälle blieben aus, das Allgemeinbefinden hob sich sichtlich, und längere Spaziergänge, die anfangs unmöglich waren, wurden nach Beendigung der Cur, nach 25 Bädern, ohne Beschwerden ausgeführt.

Was nun die Misserfolge betrifft, so trat bei einer Anzahl Fällen, sowohl von Gicht als auch Rheumatismus und Neuralgien, besonders Ischias, zwar eine Reaction auf, die jedoch, wie schon vorhin erwähnt, vielfach verspätet, erst in der zweiten oder dritten Woche sich bemerkbar machte, dann aber nicht allmählich nachliess, sondern stehen blieb, ja selbst in einem Falle von schwerer Gicht zu einer Verschlimmerung des Leidens führte.

Warum in dem einen Falle dieselbe Therapie zum Erfolg in dem anderen zu absolutem Misserfolge führte, darüber vermag ich keinen Aufschluss zu geben; ebensowenig über Rückfälle nach anfänglicher bedeutender Besserung, wie ich sie gleichfalls beobachtet habe. Der verschiedenartige Ausgang derselben Behandlungsweise ist jedoch nicht weiter auffallend, da er ja nicht nur der Radiumtherapie eigen ist, sondern bei jeder Therapie beobachtet wird.

Wie ich schon vorhin erwähnte, benutzte ich zu den Radium-Emanationsbädern, die ich im Jahre 1908 verabreichen liess, — in 30 Fällen — gewöhnliches Leitungswasser von der indifferenten Temperatur von 34—36 Grad Cels.

Bei der Beurteilung der wirkenden Ursache in den Radium-Emanationsbädern, wie ich sie mit Leitungswasser von indifferenter Temperatur verabreichte, kommt demnach zunächst die Wirkung des indifferenten Süsswasserbades in Betracht: Die Wirkung indifferenter Bäder von 34 bis 36 Grad C. auf die Körpertemperatur und den Stoffwechsel ist nach den verschiedenen Autoren ganz unerheblich, je weiter sich allerdings die Temperatur nach oben oder unten vom Indifferenzpunkt entfernt, desto grösser ist die Reizwirkung auf beide.

Wollte man eine Wirkung der von mir angewandten Temperatur trotzdem bis zu einem gewissen Grade annehmen, so könnte doch unter keinen Umständen das Eintreten der vorhin geschilderten Reaction dadurch erklärt werden.

Das Eintreten der Reaction kann demnach nur durch die im Wasser absorbierte Menge von Radium-Emanation erklärt werden, wobei ich es dahin gestellt sein lasse, wie die Wirkung der Emanation zustande kommt. Wenn auch ein Teil der Emanation vielleicht durch die Einatmung in den Körper gelangt, so ist andererseits ein Diffundieren der gasförmigen Emanation durch die Haut sehr wohl möglich. Schliesslich ist nicht zu übersehen, dass die Radium-Emanation α-Strahlen aussendet, die zwar kaum durch die Haut durchdringen können zum Unterschied von den β- und γ-Strahlen mit hohem Durchdringungsvermögen, die aber doch einen Reiz auf die Nervenenden ausüben können. Versuche, die ich anstellte, ob evtl. eine Beeinflussung der Zahl der weissen Blutkörperchen durch die Emanation bewirkt werde, hatten keinen Erfolg.

In welcher Weise schliesslich die Heilwirkung der Radium-Emanation, ganz unabhängig von der Art ihrer Einverleibung in den Körper, zustande kommt, lässt sich bis jetzt noch nicht sagen. Dass ihr nachweisbare biologische Wirkungen zukommen, ist von verschiedenen Seiten betont worden.

So hat unter Anderen Dautwitz die entwickelungshemmende Wirkung auf Bakterien experimentell nachgewiesen.

Bergell und Bickel bewiesen durch eine Reihe von Versuchen die vermehrte peptische Kraft des Magens durch Zusatz von Radium-Emanation zum Wiesbadener Kochsalzbrunnen, der durch längeres Stehen seine Activität verloren hatte.

Die baktericide Kraft der Radium-Emanation dürfte jedoch nur eine oberflächlich wirkende sein, keinesfalls

lassen sich durch sie die geschilderten Erfolge erklären.

Am ehesten scheint mir eine den Stoffwechsel beeinflussende Reizwirkung die Ursache zu sein.

Vor kurzem wurde von Silbergleis auf Grund von Bestimmungen des Gaswechsels bei 2 Versuchspersonen die Angabe gemacht, dass durch Trinken von radiumemanationshaltigem Wasser der Stoffwechsel deutlich erhöht wurde.

Sollte dies bestätigt werden, so würde dadurch die Heilwirkung des Emanationswassers unserem Verständnis näher gerückt. Zugleich aber würden sich hieraus weitere Heilanzeigen ergeben. Die Zahl der im Jahre 1908 in Kreuznach insgesamt abgegebenen Radium-Emanationsbäder betrug rund 2000. Im Jahre 1909 wurden bis 1. October rund 7000 Radium-Emanationsbäder und ungefähr 7500 Flaschen „Kreuznagen" zur Trinkcur abgegeben.

In vollkommen anderer Weise als bei Bädern vollzieht sich die locale Anwendung der radioactiven Substanzen der Kreuznacher Quellen. Nachdem es gelungen war, aus dem Kreuznacher Quellschlamm verhältnismässig billig ein Product herzustellen, welches die radioactive Verbindungen der Kreuznacher Quellen in ziemlicher Concentration enthält, war es möglich geworden, ihre directe therapeutische Anwendung im grossen Massstabe zu versuchen. Der Grundgedanke bei dieser Anwendung war der, radioactive Präparate von einer solchen Concentration zu wählen, die eine das Gewebe direct schädigende Wirkung, wie sie hochconcentrierte Radiumpräparate bei längerer Anwendung zeigen, ausschliesst. Die Kreuznacher Präparate können also dauernd in grösserem Umfange angewandt werden, ohne dass Verbrennungen zu befürchten sind.

Als Grundsubstanz wurde ein Präparat gewählt, welches pro 125 gr. innerhalb einer Stunde im Elektroskop von Elster und Geitel einen Abfall von 100000 Volt bewirkt. Dieselbe stellt ein äusserst feines, im Wasser ganz unlösliches weisses Pulver dar. Aus ihm wurden Salben, Gelatine nach Art der Unnaschen Zinkgelatine, Suppositorien, Vaginalkugeln, Compressen etc. angefertigt. Dass diese Radiopräparate im Gegensatz zu dem Emanationswasser ihre Radioactivität dauernd behalten, wurde durch zahlreiche Versuche festgestellt. Zur Injection in Geschwülste dient entweder eine sterile physiologische Kochsalzlösung, welche mit reichlichen Emanationsmengen (1—2 Millionen Voltabfall pro Liter) beladen ist, oder neuerdings eine Suspension der Kreuznacher radioactiven Substanz selbst, des oben beschriebenen „Radiols".

Excellenz Czerny-Heidelberg hat mit diesen Präparaten umfangreiche Versuche angestellt, über deren Ergebnis er im April d. J. gelegentlich des Chirurgencongresses in Berlin selbst kurz berichtet hat; einen ausführlichen Bericht hat gelegentlich der 81. Naturforscher-Versammlung einer seiner Assistenten, Herr Dr. Caan, gegeben. Desgleichen hat ein anderer Assistent, Herr Dr. Gorowitz noch vor mehreren Wochen in Moskau einen grösseren Vortrag über dasselbe Thema gehalten und hatte Gelegenheit, wie ich von ihm selbst gehört habe, in einem Fall von Lippencarcinom in Moskau eine Radiolinjection mit ausgezeichnetem Erfolg auszuführen.

Hier muss ich einschalten, dass Excellenz Czerny trotz einiger recht guten Erfolge vor allzu optimistischer Auffassung warnt und vor allem der Ansicht entgegentritt, als ob die Radiolinjectionen ein specifisches Krebsmittel seien. Für operabele Carcinome und Sarkome empfiehlt er in erster Linie stets die Operation, und nur wo diese nicht mehr indiciert ist, benutzt er neben anderen Methoden auch die Radiolinjectionen.

Meine eigenen Erfahrungen, die mehr auf balneologischem Gebiet liegen, gehen dahin, dass wir in den Radiolpräparaten ein wesentliches Unterstützungsmittel bei der Badebehandlung haben, dann aber auch ohne Bäderanwendung in vielen Fällen recht gute Erfolge erzielen können.

So habe ich unter Anwendung der Radioldauercompressen in zahlreichen Fällen vergrösserte Lymphdrüsen, wie sie z. B. nach Infectionskrankheiten zurückbleiben, sich verringern und selbst verschwinden sehen, Voraussetzung ist allerdings, dass sie nicht bereits im Innern vereitert sind.

Eine andere Wirkung der Radioldauercompresse ist die eminent schmerzlindernde, wenn sie auf schmerzhaft geschwollene Gelenke oder bei Neuralgien auf die schmerzende Stelle gelegt wird. Sodann konnte ich in einer Anzahl Fällen von Pleuritis exsudativa mit verzögerter Resorption unter Anwendung der Radiolcompresse raschere Resorption des Exsudates beobachten. Die Vaginalkugeln habe ich in einer Anzahl gynäkologischer Erkrankungen gleichfalls mit recht gutem Erfolg angewandt und konnte die schmerzstillende und Resorption befördernde Wirkung beobachten.

Allerdings war in diesen Fällen die Behandlung eine gemischte, indem neben der localen Application der Vaginalkugeln auch Irrigationen und Vollbäder verabreicht wurden. Doch hatte ich immerhin den Eindruck, in Verbindung mit localer Application der Radiumpräparate besser zum Ziele zu kommen als ohne dieselben.

Ueber das Tuberculinum purum (Endotin).

Von

Dr. med. W. Hirschberg,

Landschaftsarzt in Warkljany.

Das Interesse für das Tuberculin ist zwar in den letzten Jahren auch in Russland lebhafter geworden, doch scheinen noch sehr viele Landschaftsärzte, die bei ihrem grossen Krankenmaterial gewiss viel zur Klärung der Tuberculinfrage beitragen könnten, sich dauernd skeptisch und indifferent dem Mittel gegenüber zu verhalten. Es ist das um so auffallender, als es gerade für den Landschaftsarzt von grosser Wichtigkeit wäre, möglicherweise im Tuberculin eine neue Waffe für den Kampf gegen die unter der Landbevölkerung Russlands ziemlich stark verbreitete Phthisis in die Hand zu bekommen, zumal die Landschaftskrankenhäuser für die Bekämpfung dieser Volksseuche sich sehr wenig eignen und andere specielle Hilfsmittel, wie Heilstätten, Fürsorgestellen u. s. w. auf dem Lande noch vollständig fehlen.

Nach den trüben Erfahrungen der ersten Tuberculinepoche, die selbst in Deutschland fast zum völligen Aufgeben des Tuberculins führten, ist ja eine gewisse Skepsis von Seiten der Aerzte verständlich, allein im Laufe der Jahre hat die Sachlage sich so bedeutend zu Gunsten des Tuberculins geändert, dass jetzt ein ablehnendes Verhalten dem Mittel gegenüber wohl nicht mehr berechtigt zu sein scheint. Die Tuberculinfrage ist zwar noch heute weder klinisch noch experimentell gelöst, eine Tatsache aber steht doch schon jetzt fest und wird auch von den Gegnern des Tuberculins zugegeben, nämlich die, dass es in specifischer Weise den Krankheitsherd beeinflusst, indem es eine hyperämisierende Wirkung auf das den Herd umgebende Gewebe ausübt und infolge dessen die Heilung des localen Processes fördert und indirect das Gesamtbefinden bessert.

Die Feststellung dieser Wirkungsweise des Tuberculins ist doch wohl gleichbedeutend einer Anerkennung seines für geeignete Fälle sichern Nutzens und thera-

peutischen Wertes und berechtigt seine Anwendung in grösserem Umfang. Dass die Theorie der Heilwirkung fürs Erste noch nicht ganz auf festen Füssen steht, kann ja schliesslich für den praktischen Arzt ziemlich gleichgiltig sein, zumal dasselbe bei vielen anderen Heilmitteln, die wir beständig gebrauchen, auch der Fall ist.

Die Forderung, dass das Tuberculin wie ein Specificum in allen Fällen und immer heilsam wirke, scheint mir unbillig zu sein und ist auch andern Heilmitteln gegenüber nicht üblich. Benutzen wir denn sonst nur Specifica? Und gibt es überhaupt solche? Selbst wenn man letztere Frage bejaht, darf man die Möglichkeit eines Specificums einer Krankheit gegenüber bezweifeln, bei welcher es, wie bei der Phthisis, soviel Krankheitsformen, wieviel Kranke gibt.

Wohl aber darf dem Tuberculin mit gewissem Recht der Vorwurf gemacht werden, dass seine Anwendung manchmal mit einer Schädigung des Patienten durch hohe Temperatur, Störung des Allgemeinbefindens und Gewichtsabnahme verbunden sei. Diese im voraus nicht zu berechnenden Reactionen bildeten bis jetzt das Haupthindernis für eine ausgebreitetere Verwendung des Mittels in der Privatpraxis und besonders in der Ambulanz des praktischen Arztes, der trotz aller Sanatorien doch immer das Hauptcontingent der Phthisiker zu behandeln hat, jedoch dürfen sie nicht m. E. Veranlassung zur völligen Ablehnung desselben geben, denn einmal passieren solche Zufälle auch mit andern Heilmitteln und zum Andern wird sicherlich vieles auf das Schuldconto des Tuberculins gesetzt, was garnicht dahin gehört, weil post hoc propter hoc bedeutet. Jedenfalls aber darf die Anwendung des Tuberculins nicht als absolut gefahrlos bezeichnet werden, denn selbst eine scheinbar minimale Dosis ruft manchmal eine ungemein heftige Reaction hervor, wie ich sie in einem Fall selbst nach $^{1}/_{1000}$ Miligramm Alttuberculin sah. Solche unangenehme Ueberraschungen, welche man namentlich nach Injectionen mit dem ursprünglichen Alttuberculin erlebte, waren zum Teil die Veranlassung, dass man sich von verschiedenen Seiten bemühte, ein von unberechenbaren Reactionen freies Präparat zu finden.

Neuerdings hat nun Gabrilowitsch (Halila) [1]) das Tuberculinum purum, oder kurzweg „Endotin" genannt, als ein Präparat empfohlen, von dem man keinerlei unerwünschte Erscheinungen zu erwarten hat.

Ein Studienaufenthalt im Kaiserlichen Sanatorium „Halila" in Finland gab mir Gelegenheit, dank der Liebenswürdigkeit des Herrn Chefarztes, Dr. J. Gabrilowitsch und der Herren Assistenten DDr. Lebedew, Kurdjumow und Durassow, Beobachtungen über die Anwendungs- und Wirkungsweise des Endotins, sowie auch über die mit ihm seit circa 2 Jahren erzielten Resultate zu machen.

Das Endotin oder Tuberculinum purum ist nach den Angaben von Gabrilowitsch [2]) ein Präparat, welches zwar die wirksame Substanz des Alttuberculins enthält und in analoger Weise aus Tuberkelbacillen vom typus humanus gewonnen wird, jedoch durch chemische Reagentien (Xylol, Aether, Alcohol und Chloroform) von allen für den Heilzweck unnötigen Stoffen befreit und dermassen verändert ist, dass es bei subcutaner Anwendung keine allgemeinen Reactionserscheinungen mehr hervorruft. Das Präparat ist in beliebiger Verdünnung, fertig zum Gebrauch, in sterilen Ampulen erhältlich, gewöhnlich aber bekommt man 4 Reihen von je 4 Gläschen, die mit A, B, C, D bezeichnet sind und von denen jedes folgende eine 10-fach stärkere Lösung enthält.

[1]) Zeitschrift für Tuberculose. Bd. XIII, H. 3.
[2]) l. c. und Tuberculosis Nr. 11. 1909.

Das im Sanatorium „Halila" übliche Verfahren ist nun folgendes:

Jeder Patient, der einer Tuberculincur unterzogen werden soll, wird zuerst ca. 1—2 Wochen lang in Bezug auf Temperatur, Gewicht und Allgemeinbefinden genau beobachtet. Ob ein Fall überhaupt für diese Cur geeignet ist, darüber entscheidet hauptsächlich das Gesamtbefinden und die Constitution des Betreffenden, der Lungenbefund allein ist nicht massgebend, man injiciert in allen Krankheitsstadien mit Ausnahme von solchen Fällen, welche prognostisch von vornherein hoffnungslos sind. Blutungen und ständige Temperaturen über 38,0° werden als Contraindicationen für den Beginn einer Tuberculinbehandlung betrachtet. Wenn sich bei der Beobachtung grössere Temperaturschwankungen im Laufe des Tages ergeben, so muss der Patient so lange zu Bett bleiben, bis sich eine gewisse beständige Temperatur einstellt, dann erst beginnt man mit den Injectionen.

Die Einspritzungen werden subcutan, unter den üblichen Cautelen und gewöhnlich 2 Mal wöchentlich gemacht, schwächeren Patienten aber wird nur einmal in der Woche injiciert. In Bezug auf die Dosierung gibt es keine bestimmte Vorschrift. Man individualisiert je nach dem Zustand des Patienten und sucht starke Reactionen mit Schädigung des Allgemeinbefindens zu vermeiden. Die Anfangsdosis ist daher verschieden stark, von 0,001—0,02 mg. Im Allgemeinen aber dosiert man bei verhältnismässig gutem Gesamtbefinden und Ernährungszustand des Patienten im Laufe eines Behandlungscurses, der aus circa 16 Injectionen besteht, folgendermassen;

1. 0,01 mg.— 0,02 mg.— 0,04 mg.— 0,08 mg.
2. 0,1 „ — 0,2 „ — 0,4 „ — 0,8 „
3. 1,0 „ — 2,0 „ — 4,0 „ — 8,0 „
4. 10,0 „ —20,0 „ — 40,0 „ —60,0—80,0 mg.

Von diesem Schema wird aber sehr oft abgewichen: ist nämlich die Reaction sehr gering oder tritt sie gar nicht ein, dann geht man schneller zu einer grösseren Dosis über, bei stärkerer Reaction aber steigert man nur äusserst vorsichtig die Dosis. In solchen Fällen injiciert man, nachdem die Temperatur wieder auf die dem Patienten eigne Norm zurückgekehrt ist, nochmals dieselbe Dosis. Zeigt sich jetzt wiederum die gleiche Reaction, so wird das nächste Mal die nächstniedrigere Dosis genommen, die dann als Maximaldosis betrachtet wird. Ein Behandlungscurs schliesst gewöhnlich mit einer Dosis von 60,0—80,0 mg., jedoch kann dieselbe gesteigert werden, wenn die Individualität des Kranken es zulässt. Bei ausgebreiteteren Lungenprocessen sind 2—3 Curse nötig, wobei man nach jedem Curs eine 3—4 wöchentliche Pause macht.

Die thermale Reaction, die nach Injectionen mit Endotin einzutreten pflegt, ist in der Regel wenig stark; meistens zeigen sich nur geringe Temperaturschwankungen von 0,1°—0,5°, und in vielen Fällen ist überhaupt keine Erhöhung der Temperatur zu constatieren. Eine stärkere Reaction von 1,0°—2,0° war bei 2282 Injectionen nur 28 Mal zu bemerken. Niemals aber ist eine so hohe Fieberreaction zu beobachten gewesen, wie man sie manchmal nach Injectionen mit Alttuberculin zu sehen bekommt. Am empfindlichsten reagieren dem Endotin gegenüber Patienten des I. Stadiums (Tuberculosis sicca nach der Classification von Gabrilowitsch), selbst nach einer kleinen Dosis. Die beiliegenden Curven veranschaulichen den Verlauf der Reaction, welche gewöhnlich nach 5—12 Stunden eintritt und ihren Höhepunkt innerhalb 20—36 Stunden erreicht.

In den Lungen zeigt sich oft als Reaction ein Exacerberieren des Processes, das aber bald zur Reinigung der

Lungen führt. Die Herztätigkeit erleidet keine Störung, ebenso der Magen-Darmtractus.

Das Gesamtbefinden bleibt auch während der Reaction stets befriedigend.

Was nun die mit Tub. purum erzielten Resultate betrifft, so muss ich zunächst betonen, dass bei allen hier in Betracht kommenden 100 Fällen gleichzeitig auch das im Sanatorium übliche hygienisch-diätetische Heilverfahren in Anwendung kam, so dass man füglich richtiger von den Resultaten einer combinierten Heilmethode, Tub. purum plus Sanatoriumsregime, sprechen muss. Dies vorausgeschickt, glaube ich nun behaupten zu dürfen, dass die Erfolge bei allen Krankheitsstadien sehr günstig waren. Von einer wirklichen Heilung kann man ja bei einer so vielgestaltigen und über lange Zeit sich hinziehenden Krankheit, wie die Phthisis, wohl erst nach jahrelanger Beobachtung reden, betrachtet man aber als Criterien einer, sagen wir „vorläufigen" Heilung gutes Allgemeinbefinden, Zunahme des Gewichtes, Verschwinden der katarrhalischen Erscheinungen in der Lunge, des Fiebers und der Bacillen oder auch nur bedeutende Verminderung der letzteren, so konnte man die meisten Patienten in diesem Sinne als „geheilt", mindestens als bedeutend gebessert bezeichnen, wie man das aus Folgendem ersieht.

Das Allgemeinbefinden und der Appetit war sehr gut, dem entsprechend war eine Gewichtszunahme in 89% der Fälle zu constatieren, sie betrug im Mittel 3,2 Kilo.

Bei 68% der Behandelten verschwanden oder verminderten sich sehr bedeutend die katarrhalischen Erscheinungen in der Lunge und dem entsprechend wurde auch der Auswurf geringer.

Die Temperatur, welche freilich schon zu Beginn der Behandlung keine grossen Schwankungen aufwies, wurde bei 70% der Patienten normal und zeigte in den übrigen Fällen nur sehr kleine Schwankungen.

Die Tuberkelbacillen verschwanden in 33% der Fälle und wurden bedeutend geringer bei 27% der Kranken.

Die mittlere Curdauer betrug 72 Tage und die Anzahl der Injectionen war im Durchschnitt 22.

Ich lasse hier eine tabellarische Uebersicht über das Krankenmaterial und die erzielten Resultate folgen:

Mit Tub. purum.

Stadium	Anzahl der Fälle	Vorl. Heilung oder bedeutende Besserung	Geringe Besserung	Unverändert oder verschlechtert.
I	4	4	—	—
II	69	53	12	4
III	27	19	5	3
Summa	100	76 = 76 %	17 = 17 %	7 = 7 %

Bedeutende Besserung wurde erzielt, nach Stadien und Procenten geordnet:

Stadium I 100 %
„ II 76,8%
„ III 70,3%

Ich gebe nun zum Vergleich eine Tabelle über die Erfolge bei 61 Kranken, die nur mit dem hygienisch-diätetischen Heilverfahren behandelt worden sind. Diese Fälle entnahm ich aus den Krankenbögen des Sanatoriums für die Jahre 1902—1904, wobei ich bestrebt war, möglichst gleichartiges Material und nur solche Fälle zum Vergleich heranzuziehen, deren Gesamtbefund derartig war, dass man sie nach heutiger Anschauung mit Tuberculin behandeln würde.

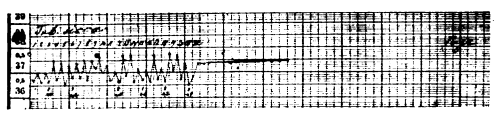
Ohne Tub. purum.

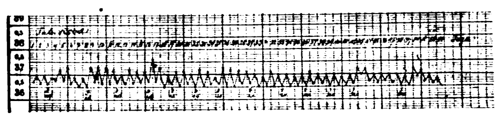
Stadium	Anzahl der Fälle	Vorl. Heilung oder bedeutende Besserung	Geringe Besserung	Unverändert oder verschlechtert.
I	4	4	—	—
II	40	22	13	5
III	17	9	3	5
Summa	61	35 = 57,3 %	16 = 26,2 %	10 = 16,3 %

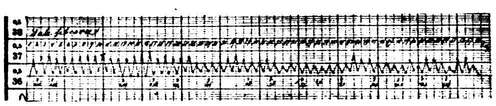
Bedeutende Besserung wurde erzielt, nach Stadien und Procenten geordnet:

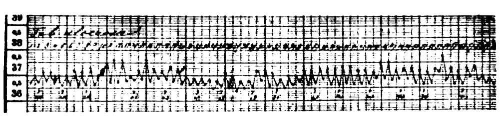
Stadium I 100 %
„ II 55,0%
„ III 52,9%

Vergleicht man nun die obigen Tabellen, so wird man leicht erkennen, dass die mit Endotin combinierte hygienisch-diätetische Curmethode den Vorzug vor der einfachen verdient; sie giebt um circa 20% bessere Erfolge und erfordert eine viel kürzere Curdauer.









Wenn man auch zugeben muss, dass man bei einer Combination von Heilstättenverfahren und einem andern Tuberculin, etwa Alttuberculin, dieselben Erfolge erzielen kann, so scheint doch das Endotin vor anderen Tuberculinpräparaten das voraus zu haben, dass es bei seiner bedeutenden specifischen Wirksamkeit selbst in grösserer Dosis keinerlei Tuberculinschädigung, wie hohe Fieberreaction und schlechtes Allgemeinbefinden, hervorruft. Diese Tatsache gibt dem praktischen Arzt die Möglichkeit, das

Endotin auch in der ambulatorischen Praxis anzuwenden und auf diese Weise die Vorteile eines specifischen Heilverfahrens der grossen Masse von Schwindsüchtigen aus den Reihen der unteren Hunderttausend, welche trotz ihres schweren Leidens ihren Broterwerb nicht aufgeben können, zukommen zu lassen.

Referate.

Boas. Weitere Beiträge zur Lehre von der sogenannten spastischen Obstipation. Archiv f. Verdauungskrankheiten. Bd. XV. Heft 6.

Die Kriterien der sogenannten spastischen Obstipation: das Stuhlbild, der Sphinkterkrampf und Colonspasmus werden von Boas erneut einer eingehenden Prüfung unterzogen. Nur der Colonspasmus als ein für die Diagnose der spast. Obstipation verwertbares Symptom kann einer Kritik standhalten. Indes kann auch dieses Phänomen schon aus dem Grunde nicht als ein ganz befriedigendes Symptom angesprochen werden, weil — wie es alle vom Verfasser näher beobachteten Fälle zeigten — trotz klinischer Besserung der Darmfunction der Darmspasmus in unveränderter Stärke fortbestand, somit ein constanter Zusammenhang zwischen spastischer Obstipation und Colonspasmus nicht gut angenommen werden kann.

Auf der anderen Seite will Boas dem Colonspasmus seine Bedeutung als höchst beachtenswertes Phänomen, dem auch bei anderen Zuständen grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, durchaus nicht aberkennen.

Magnus: Einfluss der Abführmittel auf die Verdauungsbewegungen. Therapeutische Monatshefte. December. 1909.

Das Studium der Bewegungen der einzelnen Abschnitte des Magendarmcanals unter normalen Verhältnissen und unter Einfluss von verschiedenen Abführmitteln führte Magnus zu folgenden Ergebnissen. Während Senna eine reine Dickdarmwirkung herbeiführt und gleichzeitig den Eindickungsmechanismus behindert, wirken Coloquinthen und Ricinusöl auf die Dünndarmbewegung erregend ein; erstere bewirken gleichzeitig eine bedeutende Secretion von Flüssigkeit sowohl als Schleim in den Darm. Im Gegensatz zu den oben genannten Laxativa bleibt Bittersalz ohne Einfluss auf die Darmbewegungen. Seine Bedeutung als Abführmittel verdankt das Bittersalz der Einwirkung auf die Resorptionsverhältnisse des Darms.

F. Mendel: Eine intravenöse Chemotherapie der Basedowschen Krankheit. „Die Therapie der Gegenwart". Februar 1910.

Sehr zahlreiche Erfahrungen veranlassen M., der combinierten intravenösen Jod-Arsenanwendung sowohl bei der thyreogenen als auch bei der neurogenen Form des Basedow vor jeder anderen Therapie den Vorzug zu geben. In sehr vielen Fällen, die jeder anderen medicamentösen Behandlung trotzten, bewährte sich die Jod-Arsenbehandlung zum mindesten als ein sehr gutes Palliativmittel. Es wurden stets 2 ccm. einer Lösung von Atoxyl 1,0— Natr. jodat. 4,0—Aq. dest. ad. 20,0 mittelst Liebergscher 2 g. Spritze injiciert.

Zweig (Wien). Ueber Diarrhoe-Diät. Monatsschrift für die phys. diätet. Heilmethoden. December. 1909.

Die tieferen Einblicke in das Wesen des diarrhöischen Krankheitsbildes, die namentlich durch die Untersuchungen von Ad. Schmidt und Strassburger gewonnen sind, gestatten heute auch eine viel präcisere Abstufung der therapeutischen Massnahmen bei den verschiedenen Varianten der Erkrankung.

Bei der intestinalen Gärungsdyspepsie hat sich das Régime der Diabetikerdiät zu nähern; daneben Vermeidung von cellulose- und stärkemehlreichen Substanzen.

Die diätetische Therapie der gastrogenen Diarrhoeen muss sich von dem Gedanken leiten lassen, dass die Diät in erster Linie mit der darniederliegenden Magenverdauung zu rechnen hat. Insbesondere muss bei der Achylia gastrica viel Bindegewebe enthaltendes Fleisch gemieden werden.

Eine Schonungskost, die gleichzeitig auf die Hebung des Ernährungszustandes des Patienten bedacht sein muss, soll die Diät bei chronischer Enteritis mit Diarrhoe sein. Alle Substanzen, die infolge ihrer adstringierenden Eigenschaften stopfend wirken, sind hier indiciert; zu verbieten die organischen Säuren und Salze, schlackenreiche Substanzen und kalte Getränke.

Bei den nervösen Diarrhoen sind rigorose Vorschriften nicht am Platze. Es genügt hier — was die diätetische Therapie betrifft – die Peristaltik steigernde Substanzen zu vermeiden.

V. d. Velden: Blutuntersuchung nach Verabreichung von Halogensalzen. Zeitschr. f. experiment. Pathologie und Therapie. 1909. Band VII. Heft 1.

Während die Zahl der roten und weissen Blutkörperchen, die Bestimmung des Hämoglobins, der Viscosität, der Antikörper und des Fibrins für eine Verdünnung des Blutes sprechen, findet sich gleichzeitig eine die Blutgerinnung fördernde, beim Uebertritt von Gewebsflüssigkeit ins Blut aus den Geweben ausgeschwemmte Fermentmenge. Eine hämostyptische Wirkung kommt ebenso der stomachalen wie der subcutanen und intravenösen Kochsalzzufuhr (3 ccm. einer 10 pCt. NaCl-Lösung) zu. Letztere hat sich namentlich bei Magendarmblutungen als sehr wirksam und gleichzeitig unschädlich bewährt.

Gottschalk: Balneotherapie der weiblichen Sterilität. Zeitschrift für Balneologie. Februar 1910.

Verfasser wendet sich gegen den weit verbreiteten Unfug, der in der schematischen Behandlung der weiblichen Sterilität ohne Rücksicht auf die ätiologische Grundlage liegt. Ist in Fällen, wo ein angeborenes Fehlen der Keimdrüsen besteht oder das Keimdrüsenparenchym dauernd im Zustand der Primordialfollikel verharrt, jegliche Balneotherapie nutzlos, so ist bei einer functionellen Schwäche der reifenden Follikel, sei es durch eine Stoffwechselanomalie (Fettsucht u. s. w.) oder Constitutionskrankheit bedingt, von dieser viel zu erwarten. Gottschalk betont unter anderem die auffallende Ueberschätzung der Enge des Muttermundes als Sterilitätsursache, einer Anomalie, der in Wirklichkeit nach dieser Richtung hin eine nur untergeordnete Wirkung zukommt.

Ziehen: Die hydropathische Soleeinpackung bei Nervenkrankheiten. Zeitschr. für Balneologie. Januar 1910.

Den «hydropathischen Soleeinpackungen» speciell bei neurasthenischen Erschöpfungs- und Erregungszuständen sowie bei Melancholie spricht hier Z. das Wort. Verfasser verfügt über grosse Erfahrungen mit den Einpackungen, die seit 10 Jahren sowohl in der Berliner Universitätsnervenklinik als auch in seiner Privatpraxis angewandt werden. (Temperatur 30—35°, Dauer ³/₄ h., bei neurasthenischen Erschöpfungszuständen aufsteigend bis 38° und 1 stündiger Dauer). Eine exacte Erklärung der physiologischen Wirkungsweise, etwa an der Hand von parallelen Untersuchungen über die Gehirncirculation und Blutfüllung der Abdominalorgane fehlt bis jetzt.

Schorlemmer und Selter: Beiträge zur Diagnostik der Abdominalcarcinome und Tumoren unter besonderer Berücksichtigung der Briegerschen und der Kaseïnreaction. Zeitschrift für kl. Medicin. Band LXXIX. 1. und 2. Heft.

Der diagnostische Wert der oben genannten Reactionen wurde in 62 Fällen mit Bevorzugung der Fuldschen Kaseïnprobe geprüft. Die Resultate sprechen insofern nicht zu Gunsten der Methoden als specifisches Reagens für Carcinom als auch bei nicht malignen Magen-Darmulcerationen eine Erhöhung des Antitrypsintiters festgestellt werden konnte. — Die Erhöhung des Antitrypsingehalts des Blutserums dürfte auf die bei Kachexie vor sich gehende Einschmelzung von Körpereiweiss bezogen werden.

Masing und Morawitz: Höhenklima und Blutbildung. Deutsches Archiv für kl. Medicin Band LXXXVIII. Heft 4—6.

Die vergleichenden Versuche stammen aus dem physiologischen Laboratorium auf dem Col d'Olen (Monte Rosa) und der Medicinischen Klinik in Heidelberg. Als Versuchsperson dienten die Autoren selbst. Die Methodik lehnte sich an die von Warburg und Morawitz an. Die gewonnenen Resultate wiesen eindeutig darauf hin, dass trotz der Tendenz der Hb.- und Erythrocytenzahlen zur Steigerung der O₂-Verbrauch des Blutes in 3000 m. Höhe keine merkliche Erhebung gegenüber dem in der Tiefebene aufzuweisen hat.

Schless (Marienbad).

Bücherbesprechungen.

H. Sattler. Die Basedowsche Krankheit. Teil I. Symptomatologie. Leipzig. Verlag von W. Engelmann. 1909. 523 Seiten. Preis 21 Mark.

Die Basedowsche Krankheit ist von verschiedener Seite bearbeitet worden, vornehmlich von Neurologen, aber auch von Internisten und Chirurgen. Sattler meint in dieser Beziehung eine Lücke ausfüllen zu müssen und will eine eingehende Darstellung und kritische Bearbeitung der Basedowschen Krankheit vom Standpunkt des Ophthalmologen geben, da eine nicht geringe Zahl mehr oder weniger wichtiger Symptome an den Augen und Lidern und deren Innervationsbahnen und -Centren sich abspielen. Der vorliegende erste Teil umfasst nur die Symptomatologie, im zweiten sollen Verlauf, geographische Verbreitung, Aetiologie, Diagnose, Prognose und Therapie abgehandelt werden. Verf. beginnt mit den Symptomen am Herzen, dann am Auge (Lidsymptome, Pupillen, intraoculare Erkrankungen, Hornhauterkrankungen etc.), dann folgen die anderen Affectionen des Nervensystems, Verdauungs- und Genitalapparates, schliesslich die Beziehungen zu anderen Erkrankungen, wie Diabetes, Myxoedem, Stoffwechselstörungen etc.

Lingen.

Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie. Herausgegeben von K. Franz und J. Veit. 1. Jahrgang, II Abteilung. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1909/10. 155 Seiten. Preis 5 M.

Die II. Abteilung der praktischen Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie bringt 11 Abhandlungen aus verschiedenen Gebieten. Küstner bespricht die Episiotomie und rät, den Entspannungsschnitt bei drohender Darmruptur in der Mitte anzulegen. Veit zieht als praktische Folgerung aus der neueren Lehre von den Gynatresien den Schluss, dass bei Gynatresien mit Beteiligung der Tube mit der Laparotomie zu beginnen sei. Weiter folgt ein Aufsatz desselben Verfassers über die Behandlung der Endometritis und Erosion. Hannes bespricht die Notoperation bei Extrauteringravidität. Er spricht sich dafür aus, bei grossen Blutergüssen in die Bauchhöhle selbst bei ausgebluteten Patientinnen alles Blut zu entfernen und die Beckenhochlagerung zu vermeiden. Nijhoff bespricht kurz die praktische Gynäkologie in allgemeinen Krankenhäusern und Liepmann die neuere medicamentöse und operative Behandlung des Uteruscarcinoms. Meyer-Ruegg äussert von den gangbaren Anschauungen völlig abweichende Ansichten über die Technik der manuellen Placentarlösung. Zinsser erörtert die Grundsätze der conservativen und operativen Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Endlich folgen Arbeiten von Fromme, Zangemeister und Mayer über Fragen aus dem Gebiete des Puerperalfiebers. Damit ist der reiche Inhalt des Buches nur kurz angedeutet, eine eingehendere Lectüre des Buches empfiehlt sich jedem Arzte, der sich praktisch mit Gynäkologie beschäftigt.

W. Beckmann.

Lobedank. Die frühzeitige Erkennung und die Behandlung der Lungenschwindsucht (Lungentuberculose) durch Tuberculin. Gemeinverständliche Aufklärungsschrift. München. 1909. Verlag der ärztlichen Rundschau. Otto Gmelin. 38 Seiten.

Eine Empfehlung des Koch schen Tuberculin zur Diagnose und Behandlung der tuberculösen Erkrankungen. Es ist nicht recht einzusehen, warum das Publicum gedrängt werden soll, sich à tout prix mit Tuberculin behandeln zu lassen, so lange die Aerzte noch nicht einig sind über den Wert der Methode. Was soll denn daraus werden, wenn die ganzen ca. 50 pCt. positiv Reagierenden verlangen werden, mit Tuberculin gespritzt zu werden?

Noch sind wir mit unserer Therapie wirklich nicht so weit, dass wir das Recht hätten, Leute, die sich gesund fühlen, zu einer Behandlung zu überreden und ihnen die Ueberzeugung aufzubinden, dass sie krank sind. Respice finem!

Holzinger.

Moeller A. Lehrbuch der Lungentuberculose für Aerzte und Studierende. Wiesbaden. 1910. Verl. von J. Bergmann. 323 Seiten.

Das vorliegende Buch ist, wie Verf. angibt, «aus der Praxis heraus für die Praxis» geschrieben. Den Capiteln «Diagnose» und «Therapie» sind ²/₃ des Umfanges gewidmet, und hier ist sorgfältig alles zusammengetragen, was die Wissenschaft in den Dienst der Praxis gestellt hat. Etwas kurz ist die wichtige Frage der Prophylaxe abgehandelt worden, was um so bedauerlicher ist, da Verf. gerade hier seine reiche Erfahrung als ehemaliger Leiter der grössten Lungenheilanstalten einem grösseren Kreise hätte zugänglich machen können. Mit der Empfehlung, häufiger die Wäsche zu wechseln, zu baden, das Sputum unschädlich zu machen, keinen Staub aufzuwirbeln, Bücher aus Leihbibliotheken zu vermeiden, Mund und Zähne zu pflegen, Tuberculöse von der Ehe abzuhalten, steht Verf. auf dem rein infectionistischen Standpunkte und sieht das Heil nur in Vermeidung der Infectionsgelegenheit. Nebenbei finden wir aber erwähnt, dass in einer vollkommen gesunden Lunge sich der Tuberkelbacillus nicht ansiedeln kann. Da er sich nun wenigstens in der Hälfte aller Lungen doch angesiedelt hat, müssen diese eben nicht vollkommen gesund gewesen sein. Diese und ähnliche Fragen über die Bedeutung des Organismus, der Organe und der Gewebe für die Entstehung, der Phthise finden in dem Buche kaum Beachtung, es sei denn in ganz allgemeinen Phrasen über Widerstandsfähigkeit und Kräftigung des Organismus. Daher kann dem Buche keine grosse Zukunft prophezeit werden, denn es trägt keine Rechnung der mächtig heranziehenden energetischen Richtung in unseren Anschauungen über Infection.

Holzinger.

Dr. Gustav Broesike. Lehrbuch der normalen Anatomie des menschlichen Körpers. Ergänzungsband: Die Lageverhältnisse der wichtigsten Körperregionen mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medicin. Berlin. Fischers Medicinische Buchhandlung. H. Kornfeld. Preis Mk. 10.

Auf Bitten früherer Schüler hat Broesike diesen Ergänzungsband zu seinem Lehrbuch der normalen Anatomie des menschlichen Körpers herausgegeben, der den Zweck hat, «in kurzer, knapper, darum aber doch klarer Form alles Wissenswerte» über die wichtigsten Lageverhältnisse des menschlichen Körpers zusammenzufassen. Auf diese Weise entstand jedoch ein kurzes Lehrbuch der topographischen Anatomie, in welchem es dem Verfasser gelungen ist, das sich gestellte Ziel zu erreichen, da es tatsächlich in knapper, klarer Form die Lagerverhältnisse der einzelnen Abschnitte des menschlichen Körpers schildert. Besonderen Wert erlangt der vorliegende Band für den Studierenden durch die zahlreichen, mannigfaltigen Hinweise auf die Praxis, die ihm das richtige Verständnis für die Bedeutung der sicheren Kenntnis der Lageverhältnisse geben. Es ist natürlich zu bedauern, dass dem Werke keine Abbildungen beigegeben sind, doch verweist Verfasser im Text stets auf den von ihm herausgegebenen anatomischen Atlas des gesamten menschlichen Körpers.

Die Ausstattung des vorliegenden Ergänzungsbandes ist tadellos; der Preis nicht zu hoch.

V. Schmidt.

A. Samoilow. Elektrokardiagramme. Heft II der Sammlung anatomischer und physiologischer Vorträge und Aufsätze, herausgegeben von Prof. Dr. E. Gaupp und Prof. Dr. W. Nagel. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1909. Preis 60 Pf.

Verfasser schildert in dem vorliegenden Bande der Sammlung die Resultate der Forschungen über Elektrodiagramme, in welchen ein neues und wichtiges Mittel der Untersuchung der Herztätigkeit in normalen und in pathologischen Fällen gegeben ist. Verfasser schreibt zum Schluss: «Es sind schon jetzt genügend Gründe, da, zu hoffen, dass die Anwendung galvanometrischer Untersuchung in der Pathologie des Herzens fruchtbringend sein wird». Er fügt jedoch auch hinzu: «Die Frage über die Bedeutung der Elektrokardiagramme in pathologischen Fällen ist trotz des vorliegenden Materials noch nicht reif genug, um die Anwendung dieser Methode in der breiten, alltäglichen, ärztlichen Praxis für gerechtfertigt zu halten. Die Frage muss, wie es scheint, noch für längere Zeit Gegenstand ausschliesslich rein wissenschaftlicher Untersuchung und zwar besonders vorsichtiger und pünktlicher Untersuchung bleiben». Den hier angeführten Aussprüchen des Verfassers kann natürlich zur Zeit nur zugestimmt werden; die Zukunft muss lehren, wie weit sich dieses Untersuchungsmittel in der Praxis bewährt. Jedenfalls muss dem Verfasser Dank gezollt werden, dass er in klarer Schilderung unter Beigabe von 22 Textfiguren das Wesen dieses Untersuchungsmittels erläutert und auch den der Physiologie ferner stehenden Collegen die Möglichkeit gewährt, dasselbe kennen zu lernen.

V. Schmidt.

Dr. Hermann Triepel: Nomina anatomica. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1910.

Mit Unterstützung von Fachphilologen macht Triepel in dem vorliegenden Werke einen erneuten Vorstoss gegen die sprachlichen Mängel der Baseler anatomischen Namen (B. N. A.),

wobei die letzteren in sachlicher Beziehung nur wenig, in sprachlicher dagegen in weitem Umfange verändert worden sind. Obgleich es natürlich in hohem Grade wünschenswert wäre, auch für die anatomischen Beziehungen, wenn auch nicht nur klassische lateinische und latinisierte klassische griechische, so doch nach den Wortbildungsgesetzen der alten Sprachen geformte Ausdrücke zu gebrauchen, so ist es doch, wie Verfasser selber hervorhebt, äusserst zweifelhaft, dass auch dieser erneute Vorstoss einen durchgreifenden Erfolg haben wird, da es äusserst schwierig ist, die alten, sprachlich falschen, jedoch jedem Mediciner vertrauten und geläufigen Beziehungen auszumerzen. Jedenfalls verdient der ernente Versuch Triepels volle Beachtung und Anerkennung.

V. Schmidt.

K. v. Bardeleben: Statik und Mechanik des menschlichen Körpers. Der Anatomie des Menschen V. Teil. (Nr. 263). Aus Natur und Geisteswelt. Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen. Verlag von B. G. Teubner in Leipzig.

Wie bereits mehrfach an dieser Stelle darauf hingewiesen wurde, so ist es dem Verlage von B. G. Teubner sowie den Verfassern der einzelnen Darstellungen vorliegender Sammlung als ein besonderes Verdienst anzurechnen, dass sie in gemeinverständlicher Form das breitere Publicum mit den Errungenschaften und dem Stand der Wissenschaften bekannt machen. In dem vorliegenden Bändchen schildert K. v. Bardeleben in klarer Weise die Ruhelagen und Bewegungen des ganzen Körpers und seiner Teile im Anschluss an das Werk von G. Hermann Meyer unter Berücksichtigung der neueren Untersuchungen von W. Braune und Otto Fischer, sowie des Werkes der Gebrüder Weber. Das Bändchen ist mit 26 Abbildungen versehen, die den Text in ausgezeichneter Weise illustrieren. Die Ausstattung auch dieses Bändchens ist wie die der bisher hier besprochenen tadellos.

V. Schmidt.

Raubers Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Neu bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. Fr. Kopsch. In 6 Abteilungen. Achte Auflage. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. Abt. 4. Eingeweide. 1909. Preis Mk. 12. Abt. 5. Nervensystem, Abt. 6. Sinnesorgane. 1909. Preis Mk. 8.

In rascher Folge sind nunmehr die letzten 3 Abteilungen der VIII. Auflage von Raubers Lehrbuch der Anatomie des Menschen in der Bearbeitung von Fr. Kopsch erschienen. Auch über diese Abteilungen kann hier nur dasselbe wiederholt werden, was hinsichtlich der ersten Abteilungen ausgesagt worden ist: das Werk, das in sich einen inhaltsreichen, erschöpfenden Text und einen prachtvollen Atlas vereint, stellt für jeden Studierenden, Arzt und Fachmann ein unentbehrliches Handbuch dar, das stets und gern zu Rate gezogen wird. Einen ganz besonderen Wert verleihen der 5-ten Abteilung die ausgezeichneten klaren Abbildungen von Durchschnitten durch das centrale Nervensystem. Die Ausstattung des Lehrbuches ist prächtig und entspricht vollkommen dem Inhalt.

V. Schmidt.

Prof. Dr. E. Gaupp. Die normalen Asymmetrien des menschlichen Körpers. Heft IV. der Sammlung anatomischer und physiologischer Vorträge und Aufsätze. Herausgegeben von Prof. Dr. E. Gaupp und Prof. Dr. W. Nagel. Jena 1909. Verlag von Gustav Fischer.

Im vorliegenden Hefte der Sammlung schildert E. Gaupp in gedrängter und klarer Darstellung die normalen Asymmetrien des menschlichen Körpers in Berücksichtigung einer Berechtigung der Ansicht über «l'homme droit et l'homme gauche» d. h. über eine Gegenüberstellung der beiden Hälften des Körpers gewissermassen als selbständige Individuen. In sehr interessanter Weise schildert Gaupp die bisher erkannten vielfachen Asymmetrien des menschlichen Körpers und gibt zum Schluss kurze Angaben über beobachtete Asymmetrien bei Tieren. Durch seine Schilderung gewährt Verfasser jedem, der sich in dieser Frage orientieren will, die Möglichkeit, sich genau und rasch mit ihr bekannt zu machen, was besonders von Wert ist, da die Frage zur Zeit wieder in den Vordergrund des Interesses zu treten beginnt.

Wie die vorher erschienenen Hefte vorliegender Sammlung, so zeichnet sich auch dieses durch seine ausgezeichnete Ausstattung aus.

V. Schmidt.

9. Congress Russischer Chirurgen in Moskau vom 19.—23. December 1909.

Sitzung vom 19. December.

Prof. Rein (Moskau) eröffnete den Congress mit einer Rede, in welcher er auf die grosse Zahl der angemeldeten Vorträge (89) hinwies. Ferner erwähnte er die verstorbenen Mitglieder des Vereins, besonders Prof. Diakonoff und Dr. Juzewitsch. Die Versammlung ehrte ihr Andenken durch Erheben von den Sitzen.

Zum Vorsitzenden wurde Prof. Fedoroff (Petersburg), zum Vicevorsitzenden Spassokukozkij (Ssaratow) gewählt.

Zu diesem Congress waren vom vorigen folgende 2 Programmfragen festgesetzt worden: a) Ueber die Indicationen zur chirurgischen Behandlung der acuten Appendicitis. b) Die chirurgische Behandlung des ulcus rotundum ventriculi und deren Dauerresultate.

Die Sitzungen fanden im Neuen Universitätsgebäude, im geräumigen Theologischen Auditorium statt. Die zweite Programmfrage, die Behandlung des runden Magengeschwürs wurde gemeinsam mit dem gleichzeitig in Moskau tagenden 1. Congress für innere Medicin behandelt. Der 5. Sitzungstag war, auf Antrag der Urologischen Gesellschaft in St. Petersburg, den Specialfragen der Urologie gewidmet. Die Morgensitzung am 21. December fand zum Andenken an den verstorbenen Prof. Diakonow in dessen Klinik statt.

1) H. Zeidler (St. Petersburg). Ueber die chirurgische Behandlung der acuten Appendicitis.

Z. spricht sich auf Grund seiner eigenen Erfahrung und der in der Literatur veröffentlichten Daten für die Frühoperation der acuten Blinddarmentzündung in den ersten 24 Stunden aus.

Im Obuchowhospital für Männer kamen in den letzten 4 Jahren 647 Fälle von acuter Appendicitis zur Behandlung. Von diesen sind 546 conservativ (84,38 pCt.) behandelt worden und 1 von ihnen gestorben. Operiert wurde 101 Mal (15,7 pCt. wobei 38 Patienten starben (37,62 pCt.). Die Gesamtmortalität beträgt also 6 pCt. Dabei muss hervorgehoben werden, dass fasst ausschliesslich sehr schwere Fälle zur Behandlung kamen.

Das Material der Frühoperation ist bisher nicht gross: 22 Fälle, von welchen 1 Todesfall zu beobachten war.

(Vorgetragen in der 1377. Sitzung des Deutschen Aerztlichen Vereins und im Wissenschaftlichen Verein der Aerzte des städt. Obuchowhospitals in St. Petersburg am 11. December 1909; veröffentlicht im Russkij Wratsch 1910, Nr. 1).

2) W. Minz (Moskau). Ueber die Indicationen zur chirurgischen Behandlung der acuten Appendicitis. M. hat nur 4 Fälle von Frühoperation (alle per primam), dagegen 129 Fälle von Operation nach dem 3. Tage. Indicationen zur Operation waren in diesen Fällen: Fehlen der Resorption des Exsudats, Vergrösserung desselben und der Uebergang auf benachbarte Organe (Darm. Blase, Nieren), das Missverhältnis zwischen Temperatur und Puls. Von selteneren Complicationen hatte M. 8 Fälle von Trombophlebitis und Bluterbrechen, davon 6 Todesfälle zu verzeichnen. (Veröffentlicht im Russkij Wratsch 1910; Nr. 4).

3) G. Baradulin (Moskau). Bemerkungen zur Pathogenese der Appendicitis und die pathologisch-anatomischen Veränderungen beiderselben. In der chirurgischen Universitätsklinik von Prof. Spisharnyj in Moskau kamen vom April 1906 bis zum December 1909 106 Fälle von Appendicitis zur Behandlung. Auf Grund dieses Materials kommt B. zu folgenden Schlüssen: 1. Die Appendicitis ist von Anfang an eine chronische Erkrankung, die Anfälle sind nur als Exacerbationen zu betrachten. 2. Das Rovsing'sche Symptom kann wegen seiner Unsicherheit nicht als unfehlbares Zeichen der Appendicitis angesehen werden. 3. Während des Anfalls kann eine spontane Abtrennung eines Teiles des Appendix erfolgen, und dieser abgetrennte Teil kann seinerseits einen neuen Anfall hervorrufen 4. In Fällen von chronischer Appendicitis, in denen der Blinddarm beweglich ist, werden die Schmerzen nicht beseitigt, wenn nur der Appendix entfernt wird; in diesen Fällen muss der Blinddarm fixiert werden. 5. Abscesse, welche sich während des Anfalls hinter dem Blinddarm entwickeln, bilden eine schwere Complication mit 60—100 pCt. Sterblichkeit.

4. S. Girgolaw (Petersburg). Bemerkungen zur Diagnose und Prognose der Appendicitis. In der Klinik von Prof. Oppel in Petersburg gelten als Indication zur Operation der acuten Appendicitis: freies Exsudat in der Bauchhöhle, hohe resp. steigende Leukocytose, klinische Anzeichen einer drohenden, resp. eingetretenen Perforation. Differentialdiagnostisch muss man die Möglichkeit der Verwechselung der Appendicitis mit anderen Erkrankungen im Auge behalten. In prognostischer Hinsicht weist G. hin

auf Ansammlungen von Eiter in der Ileocoecal-Gegend bei gleichzeitigem serösen oder sero-fibrinösen Exsudat in der übrigen Bauchhöhle. Obgleich in solchen Fällen die Abscesshöhle durch keine Verwachsungen abgekapselt ist, dehnt sie sich meist nicht über die Grenzen der regio ileo-coecalis aus. Die operative Behandlung führt meist zur Genesung.

In Anschluss an diese Vorträge fanden folgende Debatten statt:

T. Pikin (Petersburg) berichtete über das Material des weiblichen Obuchow-Hospitals. In 4½ Jahren sind dort 246 Operationen wegen Appendicitis gemacht worden. Davon entfielen auf die Frühoperation 63 Fälle mit 7,93 pCt. Mortalität; auf das Stadium mit abgekapseltem Abscess 75 Fälle mit 16 pCt. Mortalität; auf späte allgemeine Peritonitis 20 Fälle mit 85 pCt. Mortalität. Im Ganzen erreichte die Sterblichkeit bei den Operationen à chaud 22,66 pCt. In 88 Fällen von Operation à froid starb eine Patientin (1,13 pCt.) Die Sterblichkeit aller 246 Fälle betrug 14,22 pCt. Nach den Zahlen dieses meist sehr schweren Materials zu urteilen liegt der ganze Vorteil auf Seiten der Operation im Laufe der ersten 48 Stunden. Jedoch hängt die günstige Prognose nicht nur von der Zahl der Stunden und der Form der Appendicitis, sondern in viel höherem Masse von der Stärke und Virulenz der Infectionskeime und der Resistenz des Peritoneums ab.

W. Samborskij berichtet über 70 Fälle von acuter Appendicitis aus dem Landschaftshospital in Urshuisk. Alle Fälle wurden conservativ behandelt. Es starb 1 Kranker, was eine Mortalität von 1,5 pCt. darstellt, — ein besseres Resultat als es in der Statistik der activen Behandlung erreicht wird.

S. Spassokukotzkij. (Ssaratow). Der Befund bei der Operation à froid zeigt, dass in den meisten Fällen eine Eiterung vorhanden gewesen ist, worauf kleine Reste von Eiter hinweisen. Augenscheinlich besitzt das Peritoneum in hohem Masse die Fähigkeit, Eiter aufzusaugen. Daher soll man entweder in den ersten 24 Stunden operativ eingreifen, da in dem Falle glänzende Resultate erzielt werden, oder aber sofort, sobald das Aeussere des Kranken auf einen schlimmen Ausgang der Krankheit hinweist. Nach Möglichkeit ist die Wunde zu vernähen, da das Peritoneum mit den etwa vorhandenen Resten von Eiter leicht fertig wird.

T. Bereskin (Moskau) kommt auf Grund von 70 Fällen zum Schlusse, dass man in jedem Falle streng individualisieren müsse. Die Diagnose der Appendicitis ist keine leichte, und wenn man stets im Laufe der ersten 24 Stunden operiert, kann man häufig Fehler begehen. Nach der Operation à chaud können immer Hernien entstehen. Ausserdem gibt die Operation à chaud eine viel höhere Mortalität als die à froid.

I. Ssarytscheff (Moskau). Im Alt Katharinen-Hospital in Moskau sind in den letzten 3 Jahren 368 Appendektomien gemacht worden, davon 309 à froid und 59 à chaud. Im ersten Falle starben 5 Kranke, davon 3 an allgemeiner Tuberculose. Von den à chaud Operierten starben 19, wobei die Operation in den ersten 48 Stunden das beste Resultat ergab. Indicationen zur Operation waren: T° über 39°, hoher Puls und der Allgemeinzustand des Kranken.

M. Rostowzew (Dorpat). In seinen umfassenden Literaturstudien ist es R. nicht gelungen, den Eindruck zu gewinnen, dass die Frühoperation der conservativen Behandlung in jedem Falle vorzuziehen ist. Nach den Statistiken der Anhänger der Frühoperation gibt die Operation der circumscripten Appendicitis eine Mortalität von 3—2 pCt., die Operation der allgemeinen Peritonitis 25—30 pCt., d. h. ein sehr günstiges Resultat. Wenn man aber beachtet, dass früher (vor 7—10 Jahre) nur in ⅕ aller Fälle von Appendicitis allgemeine Peritonitiden vorkamen, jetzt aber nach den Statistiken der Anhänger der Frühoperation in ⅓, sogar ½ aller Fälle, so scheint es, als ob die Gruppierung nicht richtig ist und manche circumscripte Peritonitis in die Gruppe der allgemeinen gezählt worden ist. — Anlässlich der Bemerkung von Priv.-Doc. Mintz, den ersten Wechsel der Tampons in Narcose vorzunehmen, sagt R., dass er es früher auch getan hat. Da jedoch diese Narcosen in vielen Fällen ungünstig wirken und eine Schwäche des Allgemeinzustandes zur Folge haben können, wendet R. sie nicht mehr an.

A. Polenoff (Kronstadt) Auf Grund eines Materials von 400 Fällen, von denen 148 operativ behandelt wurden, kommt P. zum Schluss, dass man im Laufe der ersten 24 Stunden operieren soll; die Kranken aber, die erst am 2. oder 3. Tage in die Behandlung des Chirurgen kommen, sollen nach Möglichkeit conservativ behandelt und 5—6 Wochen, nach Ablauf des Anfalles operiert werden. Von 114 im Intervall-Stadium Operierten starben 3, von 34 à chaud Operierten — 17. Bei mobilem Darm zieht P. die Enteroduplicatur der Ventrofixation vor.

I. Aleksinskij (Moskau) stimmt Prof. Zeidler bei. Namentlich bei Kindern muss die Operation besonders früh vorgenommen werden, da bei ihnen die Appendicitis meist schwer verläuft. — Der Tampon soll 9—10 Tage in der Wunde gelassen werden, da er dann schmerzlos entfernt werden kann.

W. Oppel (Petersburg) ist kategorisch gegen die Anwendung von Eis bei der conservativen Behandlung und will nur Wärme angewandt wissen.

M. Fabrikant (Charkow) ist der Ansicht, dass man streng individualisieren müsse, jedenfalls aber, wenn irgend möglich, conservativ behandeln. Bei der Diagnose müsse die Möglichkeit eines Appendix-Carcinoms in Betracht gezogen werden.

Zeidler weist in seinem Schlusswort darauf hin, dass die Operation à froid nichts mit der Operation im Anfall gemein hat und daher auch die Statistiken inbetreff derselben nicht hierher gehören. — Was die Individualisierung betrifft, so wäre dieselbe ja sehr wünschenswert, doch ist es meist im Laufe der ersten 24 Stunden nicht möglich, zu bestimmen, welche Veränderungen im Appendix vorhanden sind und wie der Verlauf der Krankheit sein wird. Dagegen bietet die Diagnose der acuten Appendicitis gewöhnlich keine Schwierigkeiten. Da nun die Versuche, auf Grund der Erkenntnis der anatomischen Veränderungen Prognosen zu stellen, missglückt sind, zwingen einen die Umstände, die Frühoperation auszuführen. Was verliert man nun hierbei? In leichten Fällen kann eine Radicaloperation gemacht werden, die späterhin doch notwendig wäre, und in schweren Fällen ist es immer günstiger, so früh wie möglich zu operieren. Prof. Z. teilt die Ansicht Aleksinskijs, dass die Appendicitis bei Kindern meist sehr schwer verläuft und daher hier besonders früh operiert werden muss. — Die nach dem Anfall lange anhaltenden Infiltrate, die nicht aufgesogen werden, sind directe Indicationen zur Operation, doch zählt Z. diese schon zu den Operationen à froid. Zur Bemerkung von Oppel meint Z., dass weder die Wärme noch die Kälte einen Einfluss auf den entzündlichen Process selbst ausübt. Beide Mittel erleichtern nur subjectiv die Schmerzen. Die meisten Kranken ziehen Kälteapplikation vor.

Mintz (Moskau). Die Statistik Ssamborskys ist fraglos gut, doch ist der Begriff einer «schweren Erkrankung» zu dehnbar, um allgemeine Schlüsse zu ziehen.

Fedorow (Petersburg) führt, indem er die Vorträge zusammenfasst, folgendes aus: Das wichtigste Princip ist die Individualisation eines jeden Falles. Persönlich operiert F. in den ersten 24 Stunden, falls Anzeichen einer progredienten Peritonitis oder Perforationsgefahr bestehen.

E. Hesse.

(Fortsetzung folgt).

Der XXXI. Balneologen-Congress.

Referent: Dr. Max Hirsch-Bad Kudowa.

Der XXXI. Balneologen-Congress tagte unter zahlreicher Beteiligung vom 28. Januar bis 1. Februar 1910 in Berlin und wurde in üblicher Weise von dem Vorsitzenden eröffnet und mit dem Jahresbericht durch den Generalsecretär und Begründer der Gesellschaft Hr. Brock-Berlin eingeleitet. Aus diesem Bericht sei besonders die Einladung des Hr. von Bokay-Budapest zum IX. Internationalen-Congress für Hydrologie hervorgehoben, in der die hervorragende Bedeutung der Balneologischen Gesellschaft für die Wissenschaft betont wird.

In Anerkennung seiner bedeutenden Verdienste um die Balneologie wurde Hr. Geheimrat Prof. Dr. Bäumler-Freiburg i. B. zum Ehrenmitgliede der Balneologischen Gesellschaft ernannt.

Die wissenschaftlichen Vorträge waren:

Hr. Kraus-Berlin: «Ueber einige functionell-diagnostische Methoden, welche für die Balneologie von Interesse sind». Vortr. behandelte die modernen functionell-diagnostischen Untersuchungsmethoden bei den Erkrankungen des Cirkulationsapparates. Nach einer eingehenden Schilderung der Physiologie des Kreislaufs hebt er die Bedeutung des Elektrokardiogramms hervor, dessen Technik und Deutung der Curven sehr einfach sind. Sodann widmet Vortr. eine eingehende Schilderung dem hydraulischen Druck, der in der Kreislaufpathologie eine grosse Rolle spielt. Eine grosse Bedeutung hat auch die Blutverteilung an der Peripherie, zumal ja die Bäder ihre Wirkung von der Peripherie aus entfalten.

Hr. His-Berlin: «Studien über Radiumemanation». Die klinischen Untersuchungen haben gezeigt, dass die Zeit der Wirksamkeit des Radiums eine beschränkte ist, weil die Emanation den Körper schnell verlässt. Es sind in letzter Zeit Vorkehrungen getroffen worden, die dahin wirken, das Radium längere Zeit dem Organismus zugänglich zu machen. Das Radium hat einen starken Einfluss auf den

Stoffwechsel. So ist z. B. festgestellt worden, dass die Harnsäure durch das Radium aus der schwerlöslichen in eine leichtlösliche Form übergeführt wird. Damit wäre ein altes Postulat in der Behandlung der Gicht und der harnsauren Diathese erfüllt. Dass man bei der einen Form der Gicht mit dem Radium Heilerfolge erzielte, die bei der andern Form ausblieben, dürfte auf die mannigfachen Formen und Ursachen der Gicht zurückzuführen sein. Von den Anwendungsformen der Radiumemanation haben sich die Trink- und Inhalationscuren wesentlich mehr bewährt als die Bäder.

Hr. Loewenthal-Braunschweig: «Demonstrationen aus dem Gebiet der Radiumemanation». Er setzte auseinander, in welcher Weise der Radiumemanationsgehalt von natürlichen Heilquellen zur Einatmung benutzt werden kann, und demonstrierte ein solches «Emanatorium», in welchem mehrere Patienten sich gleichzeitig aufhalten können, ferner einen Maskenapparat zur Einzelbehandlung mittelst Radiogenwasser. Ausserdem zeigte er höchst interessante Apparate zur Erzeugung und Erhaltung der Radiumemanation.

Hr. Weisz-Pistyan: «Ueber ungeregelte Verhältnisse bei Bestimmung und Bewertung der Radiumemanation». Die Schwierigkeiten liegen im Wesen der gebräuchlichen Messinstrumente, in der unbestimmten Methodik, die in wichtigen Details keine Normen kennt, in der Vielfältigkeit, Ungleichmässigkeit und Unbeständigkeit der zu untersuchenden Materialien und schliesslich in der Frage der Einheit. Mit Hilfe der elektroskopischen Methode können wir uns höchstens von der Emanation einen Begriff machen, nicht aber von der Summe der verschiedenen Strahlungsarten und aller Begleiterscheinungen, die der Umwandlungsprocess im Gefolge hat. Deswegen scheint der Standpunkt verfrüht zu sein, Wasser, das nur Emanation enthält, mit irgend einer radioactiven oder radiumhaltigen Heilquelle ausschliesslich auf Grundlage des Elektroskops zu vergleichen resp. zu identificieren.

Was die Dosierung der Bäder betrifft, schien die Ueberlegenheit radioactiver Piscinen (Bassinbäder) geradezu verblüffend zu sein.

Hr. Krieg-Baden-Baden: «Die physiologische Wirkung der radiumhaltigen Kochsalzqellen von Baden-Baden». Sie beeinflussen die Atmung und Körpertemperatur nur wenig, üben jedoch eine grosse Wirkung aus auf die Zahl und Form der Pulse, den Blutdruck, die Diurese sowie auf die Ausscheidung von Harnstoff und Harnsäure. Den Einfluss der Kochsalzquellen führt Vortr. auf drei Factoren zurück, auf die Emanation, auf die Radiumsalze und das Radiothor, sowie auf die Wirkung der Salze in den Quellen überhaupt. Ein wirklicher Ersatz der Thermalquellen durch blosse Radiumpräparate erscheint Vortr. nicht möglich. Man sollte sich daher davor in Acht nehmen, durch künstliche Radiumbäder natürliche Thermalquellen ersetzen zu wollen, die ebenso wenig einen Ersatz für die natürlichen Heilquellen bieten können, wie andere künstliche Mineralwässer.

Aus der sehr regen Discussion sei hervorgehoben, dass Hr. Bickel-Berlin seiner Genugtuung Ausdruck gab, dass der Widerstand, den man im Anfang seinen experimentellen Untersuchungen entgegensetzte, jetzt geschwunden sei und dass man seine Ansicht teile, dass die Emanation in den Quellen viele Erscheinungen der natürlichen Brunnen erklärte. Hr. Docent Dr. Strasser-Wien hob die schmerzlindernde Wirkung der Radiumemanation hervor, speziell bei Tabikern, ferner die Aehnlichkeit der Gammastrahlen mit den Röntgenstrahlen.

Hr. Lachmann-Landeck stimmte Hrn. Weisz bei, dass Verbesserungen auf dem Gebiete der Radiumemanationsmessung durchaus notwendig wären. Auch betonte er die interessante Tatsache, dass man durch die Radiumemanationsforschung alte empirische Grundsätze in der Balneologie bestätigen könnte, für die man bis dahin keine Erklärung gehabt hätte. Schliesslich wies Hr. Fuerstenberg-Berlin noch darauf hin, dass man von emanationshaltigen Bädern keinen Erfolg erwarten könne, aber von Trink- und namentlich Inhalationscuren.

Hr. Heffter-Berlin: «Ueber Jodwirkung». Man muss unbedingt der Ansicht von W. Heubner zustimmen, dass die Jodwirkung als eine Salzwirkung anzusehen ist. Innerlich eingenommene Jodalkalien werden schnell durch den Harn wieder ausgeschieden; aber es erscheint nur ein Bruchteil der aufgenommenen Jodmasse im Harn, die individuell schwankt, aber bei den einzelnen Individuen ziemlich constant bleibt. Wir müssen annehmen, dass das Jod sich im Körper angespeichert hat. Allerdings können wir nicht genau sagen, in welcher Form. Die Ausscheidung von Jod nach der Jodkaliaufnahme verläuft sehr unregelmässig. Bei der Jodanspeicherung scheint die Schilddrüse eine grosse Rolle zu spielen.

Hr. Rothschild-Soden a. T.: «Weitere Erfahrungen mit meinem Mischtuberculin». Vortr. hat ein neues Heilmittel gegen die Tuberculose angegeben, das in mancher Beziehung dem Koch schen Neutuberculin ähnlich ist, aber sich dadurch charakterisiert, dass es durch Zusammensetzung und Mischung unter sich verschiedener Bacillenstämme hergestellt ist. Es enthält möglichst verschiedene Formen der Tuberculose in sich und gewährt so die meisten Garantien, mit ein und demselben Tuberculin bei den verschiedensten Arten der Tuberculose Erfolge erzielen zu lassen. Vortr. hat sein Mischtuberculin in 74 Fällen angewandt und in 40 Fällen vollständige Heilung erzielt, er ist der Ansicht, dass die von ihm angegebene Variation des Tuberculins leichte Fälle von Tuberculose sicher, mittelschwere wahrscheinlich heilen dürfte.

Hr. Schubert-Eberswalde: «Höhenklima und Waldklima». Vortr. betonte die Bedeutung der Witterungsverhältnisse für das Wohlbefinden des Menschen. Eine eigenartige Rolle nimmt in klimatischer Beziehung die Höhenlage ein, und zwar dadurch, dass man bei geringer Entfernung grssse Differenzen erzielen kann. Von grosser Bedeutung sind für das Klima des Gebirges die vertikalen Strömungen der Luft. Auch üben die Temperaturverhältnisse einen wesentlichen Einfluss auf den Feuchtigkeitsgehalt der Luft aus. Der Einfluss des Waldes auf das Klima ist vielfach umstritten worden. Der Wald hat keinen nennenswerten Einfluss auf die Temperatur und die Feuchtigkeit der Luft, dagegen auf die abendliche Abkühlung, auf den Wind und den Niederschlag.

Hr. Tobias-Berlin: «Weitere Erfahrungen über die Glühlichtbehandlung des Bronchialasthmas». Vortr. ist der Ansicht, dass bei der Einwirkung der Glühlichtbäder auf das Bronchialasthma die schweisstreibende Wirkung nicht als die Hauptsache anzusehen ist, da man mit anderen diaphoretischen Massnahmen nicht denselben Effect erzielen kann. Ehe man zur Behandlung des Bronchialasthmas mit Glühlichtbädern geht, ist es wichtig, eine sichere Diagnose zu stellen. Denn zu starkes Emphysem mit Bronchitis oder die Complication mit Tuberculose verbieten die Glühlichtbehandlung. Auch spielt der Zustand des Herzens sowie die allgemeine Disposition eine grosse Rolle. Das Glühlichtbad soll höchstens 15 Min. lang dauern, dann wird es gut vertragen und erzeugt hinreichenden Schweiss. Die Dauer der Cur soll auch nicht zu lange sein. Die Combination der Glühlichtbäder mit hydrotherapeutischen Proceduren möchte Vortrag. nicht empfehlen,

Hr. Matthes-Cöln: «Welche Anforderungen sind an die Einrichtungen des Badehauses an einer modernen Klinik zu stellen?» Vortr. ist der Ansicht, dass die einfachen Bäder auf den einzelnen Abteilungen des Krankenhauses gegeben werden sollen; ebenso die permanenten Bäder und die kohlensauren Bäder, da sie keine zu grosse Apparatur erfordern und die Nähe des Krankenbettes von grosser Bedeutung ist. Für die grösseren Badeapparate sind jedoch Centralisationen der Badeeinrichtungen notwendig, die mit den einzelnen Abteilungen durch heizbare Gänge verbunden werden müssen. Auf die Einrichtung von Moorbädern sollte man lieber verzichten. Die Moorsalze als Ersatz für Moorbäder hält Vortr. für unvollkommene Producte. Der Ruheraum der Badeanstalt muss central liegen. In ihm müssen Wärme- und Kühlleitungen vorhanden sein. Die heissen Badeproceduren aller Art müssen mit dem Duscheraum in directer Verbindung stehen, während vom Sandbad aus die Kranken direct ins Freie gebracht werden müssten. Mit dem Badehaus sind auch die anderen Räume für physikalische Therapie zu verbinden, mit Ausnahme der gymnastischen Apparate, die der chirurgischen Abteilung anzugliedern sind. Sehr erwünscht ist die Unterbringung aller Räume in einer Etage, am liebsten zu ebener Erde. Eine Abtrennung der physikalischen Therapie von der Klinik, d. h. eine eigene physikalische Heilanstalt, mit eigener Leitung hält Vortr. für falsch. Die physikalische Therapie muss wie die übrige Materia medica Gegenstand der Klinik bleiben und die Vorlesungen über physikalische Therapie sollten auch von Klinikern gehalten werden. In der Discussion wendet sich Hr. Determann-St. Blasien gegen die centralen Duscheanlagen. Hr. Laqueur-Berlin hält die Bedeutung der Verbindung der hydrotherapeutischen mit der medicomechanischen Anstalt für wichtig. Hr. Tobias-Berlin spricht sich ebenfalls gegen die Moorextracte aus, empfiehlt aber Moorpackungen und Moorsitzbäder. Hr. Loebel-Dorna hält die Holzwannen in vielen Fällen nicht für empfehlenswert, da sie nicht sauber genug zu halten sind. Hr. Lenné-Neuenahr empfiehlt den Versuch zu machen, statt des italienischen Fango das Eifelfango anzuwenden, das Hr. Matthes ebenfalls empfiehlt, da es dem italienischen gleichwertig ist.

Hr. Gutzmann-Berlin: «Atemvolummessung». Vortr. demonstrierte ein bequemes und sicheres Verfahren, um das Luftvolumen zu messen, das in der Ruheatmung entsteht, sowie beim Tiefatmen, Sprechen und Singen. Die ein- und ausgeatmete Luft bewegt zwei sehr leicht gebaute

blasebalgartige Instrumente, die die einzelnen Bewegungen automatisch anzeichnen und zugleich den Apparat ventilieren. Die gewonnenen Curven gestatten eine bequeme Messung des Atemvolumens.

Hr. Kisch sen.-Marienbad: «Plötzliche Todesfälle in den Curorten». In gewissen Curorten scheinen die plötzlichen Todesfälle sich häufiger zu ereignen als in den Städten. Das ist in denjenigen Curorten der Fall, welche von Kranken aufgesucht werden, die zum plötzlichen Tode veranlagt sind. In erster Linie gilt das von einer Reihe von Herzkranken. Die meisten plötzlichen Todesfälle sind auf unerwartet eingetretene Herzlähmungen zurückzuführen. Die Erscheinung tritt besonders bei zwei Gruppen von Herzkranken auf, nämlich bei hochgradigem Fettherz und bei starker Arteriosclerose, wobei eine Sclerose der Coronararterien vorhanden ist. Bei ihnen können scheinbar ganz geringfügige Anlässe den Anstoss zum plötzlichen Tod geben. Es sollten solche Kranke schon von ihren Hausärzten belehrt werden, im Bade recht vorsichtig zu sein und sich unter die Aufsicht eines Curarztes zu begeben.

Hr. Krone-Sooden a. d. Werra: «Ueber Inhalationstherapie mit besonderer Berücksichtigung der Soleinhalationen», Vortr. spricht den Gradierwerken wegen des dort entwickelten Ozons einen günstigen Einfluss auf die Blutzusammensetzung zu und betont, dass nach seinen Erfahrungen wir in der Abgabe frei zerstäubter Sole in den Inhalatorien ein mit Recht angewandtes und schwer entbehrliches Glied unseres therapeutischen Handelns bei allen Katarrhen der Respirationsorgane anzusehen haben.

Hr. Siebelt-Flinsberg: «Cur und Körpergewicht». Vortr. hebt hervor, dass die meisten Krankheiten mit oft recht bedeutenden Schwankungen des Körpergewichts einhergehen; diese Tatsache ist besonders wichtig für eine grosse Reihe von chronischen Krankheiten, wie sie gerade in Curorten zur Behandlung kommen Da das Körpergewicht als ein wertvoller Index für das Wohlbefinden seines Trägers anzusehen ist, sollte man ihm ein grösseres Interesse entgegenbringen.

Hr. Fuerstenberg-Berlin: «Physikalische Behandlung der Ischias». Die besten Behandlungsmethoden in der Therapie der Ischias dürften die hydrotherapeutischen Massnahmen sein, sowie die Injectionsbehandlungen nach Lange und Schleich. Für leichtere Fälle kommen auch Bestrahlungen, Galvanisation und andere physikalische Factoren in Betracht. Massage sollte man im acuten Stadium vollständig meiden oder nur ganz vorsichtig anwenden. Dagegen hat sie im chronischen Stadium gute Erfolge zu verzeichnen. Von den hydriatischen Massnahmen haben sich als die wirksamsten erwiesen die Bewegungsbäder und die schottische Dusche. Die Diät sollte wegen der mannigfachen Beziehungen der Ischias zu den Stoffwechselerkrankungen eine vorwiegend vegetabilische sein.

Hr. Determann-St. Blasien: «Ueber die Beziehungen der Viscosität des Blutes zu den Körperfunctionen». Vortr. ist der Ansicht, dass die Untersuchung der Viscosität des Blutes für die Physiologie des Blutes von grösster Bedeutung sei. Die Blutzellen haben als körperliche Elemente für die Viscosität des Blutes keine Bedeutung, dagegen spielen eine grosse Rolle der Gasgehalt des Blutes und die Wechselbeziehungen der Colloide mit den Salzen. Auch die Jodsalze vermindern die Viscosität, was allerdings angezweifelt wird. Die Viscosität schwankt bei gesunden Menschen je nach der Körperbewegung, der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und anderen Reizen mitunter ganz erheblich. Starke Eiweissdarreichung ändert nicht die Viscosität; jedoch sind bei jahrelang eiweissarm lebenden Personen die Viscositätswerte sehr gering. Eine isolierte Zunahme der Viscosität müsste auf die Circulation eine verlangsamende Wirkung ausüben; jedoch gibt es beim Gesunden eine solche Reihe ausgleichender Momente, dass man von einem Einfluss der Viscosität auf die Circulation nicht reden kann. In der Discussion betonte Hr. Ewald-Berlin, dass er die Bedeutung der Viscosität des Blutes für die einzelnen Krankheiten nicht so hoch schätzt. Hr. Adam-Berlin betont, dass man bei den Viscositätsuntersuchungen auf eine Reihe von Erscheinungen Gewicht legen müsse, welche die Untersuchung der Viscosität derartig erschwerten, dass sie in das Laboratorium hineingehörte. Hr. Dr. B. Fellner jun.-Franzensbad schliesst sich diesem Urteil an und möchte betonen, dass die Viscosität für die Kreislaufpathologie keine Bedeutung habe, sondern dass die mechanischen Momente von grösserer Wichtigkeit wären. Schliesslich hält auch Hr. His-Berlin die Erwartungen, die man an die Viscosität stellt, für übertrieben.

Hr. Strauss-Berlin: «Die Stellung der Karellschen Milchcur in der Entfettungsbehandlung». Vortr. möchte sich gegen eine schematisierende Entfettungscur wenden und betonen, dass man jede Entfettung stets individuell vornehmen müsse. Die Karellsche Cur wurde in allen Fällen gut vertragen. Namentlich waren Hunger- und Durstgefühl sehr gering und die Gewichtsabnahme bedeutend. Letztere führte Vortr. auf die Flüssigkeitsentziehung zurück und zum Teil auch auf die Kochsalzretention. Aus diesen Gründen empfiehlt er in der Nachbehandlung eine flüssigkeits- und kochsalzarme Diät. Geeignet ist die Karellsche Milchcur für schwere und mittelschwere Formen von Fettsucht mit Störungen der Herztätigkeit, sowie bei Nierenkrankheiten und Gicht.

Hr. Strasser-Wien: «Ueber Wärmeregulation im Bade». Vortr. stellte Versuche an, um die Wärmeregulation im Bade zu untersuchen. Dabei hat sich die Liebermeistersche Lehre über den gleichmässigen Gang der regulatorischen Bewegungen gegen Abkühlung und Erwärmung der Gesunden und Fiebernden bestätigt. Neue Versuche mit einem vom Vortr. construierten Thermometer, welcher eine continuierliche Beobachtung der Rectumtemperatur im Bade gestattet, zeigten, dass das regulatorische Zittern und Schwitzen auftrat, ehe die Temperatur gefallen oder angestiegen war. Vortr. kommt zu dem Schlusse, dass die Gegenregulation des Organismus so ausserordentlich fein eingestellt ist, dass sie nicht nur auf wirkliche Veränderungen der Temperatur, sondern schon auf drohende Temperaturveränderungen reagiert. Die Promptheit der wärmeregulatorischen Function der Haut zeigt sich auch darin, dass bei Leuten, deren Temperatur nach dem Bade in der Zeit der sogenannten primären Nachwirkung fällt, kein Muskelzittern zu sehen ist. Es löst also die Haut die chemische Regulation nicht mehr aus, wenn von aussen her die Gefahr der weiteren Abkühlung nicht mehr besteht. Sowohl Sauerstoffbäder als auch ganz besonders Kohlensäurebäder gestatten eine relativ starke Abkühlung bei ziemlichem Wärmegefühl der Haut. Kohlensaure Bäder von ungefähr 30 Grad C. sind schonende abkühlende Bäder, niedrig temperierte sind dagegen sehr brutale abkühlende Massnahmen.

Hr. L. Kuttner-Berlin: «Ueber die diagnostische Bedeutung occulter Magen- und Darmblutungen». Vortr. weist zunächst darauf hin, da dass nur diejenigen Versuche in Frage kommen können, welche bei gleichzeitiger fleischloser Kost angestellt worden sind. Occulte Blutungen können ihren Sitz im ganzen Verdauungscanal haben und können auch durch nervöse Störungen verursacht sein.

Bei chronischem Magenkatarrh kommen z. B. häufig occulte Blutungen vor. Auch Infectionskrankheiten und allgemeine Krankheiten können Blutungen im Magen-Darmcanal hervorrufen, z. B. Tuberculose und Typhus. Vortr. ist der Ansicht, dass die Bedeutung der occulten Blutungen für die Diagnose durchaus überschätzt wird und dass man aus den occulten Blutungen nur in den seltensten Fällen Schlüsse auf diese oder jene Krankheit ziehen kann.

In der Discussion weist Hr. Ewald-Berlin darauf hin, dass er die Skepsis des Vortr. in dieser Frage nicht ganz teile, während Hr. Strauss-Berlin eine Mittelstellung einnehmen möchte.

Hr. Gottschalk-Berlin: «Die Balneotherapie der Menstruationsstörungen». Vortr. betonte die Notwendigkeit, die Menstruationsstörungen nach Möglichkeit causal zu behandeln. Die Amenorrhoe ist in manchen Fällen bei schweren Erschöpfungskrankheiten, eine Art Selbsthilfe der Natur und soll nicht behandelt werden. Ist die Fettsucht die Ursache der Amenorrhoe, dann kommen salinische Heilquellen therapeutisch in Frage. Eine allgemein tonisierende Balneotherapie ist dann am Platze, wenn die Amenorrhoe auf Chlorose oder auf psychische Schädlichkeiten zurückzuführen ist. Protrahierte kalte Seebäder, Kaltwassercuren und intensive Abkühlungen der unteren Extremitäten sind bei der Amenorrhoe zu vermeiden. Bei der Menorrhagie soll man zunächst die bösartigen Ursachen ausschliessen, für welche eine Balneotherapie nicht in Frage kommt. Indiciert ist die Bäderbehandlung bei der Menorrhagie, wenn es sich um eine fungöse Hyperplasie der Schleimhaut und um die sogenannte chronische Metritis handelt, ferner bei alten Exsudaten, chronischen entzündlichen Adnexerkrankungen, bei Erkrankungen des Eierstockes und Atonien. In all diesen Fällen kommt das allgemein roborierende Verfahren in Frage. Bei multiplen intramuralen Uterusmyomen sind die jodhaltigen Soolbäder angebracht, und bei chronischer Koprostase, bei der Dysmenorrhoe ist die Balneotherapie angezeigt in Form von tonisierenden Massnahmen, bei entzündlichen Adnexerkrankungen in Form der Moor- und Solbäder, bei Koprostase und Dysmenorrhoea membranacea in Form von anregenden Massnahmen, schliesslich bei chronischer Endometritis und alten Exsudaten. Neben der Balneotherapie soll man aber die interne Allgemeinbehandlung sowie die gynäkologische Therapie nicht ausser Acht lassen.

In der Discussion fragt Hr. Loebel-Dorna, ob der Vortr. die Bäder auch während der Menstruation gestattet. Er

stehe auf dem Standpunkte, während der Menstruation ruhig baden zu lassen.

Hr. Fleischer-Berlin demonstrierte eine wesentliche Verbesserung und Verbilligung des Turgotonographen nach Strauss zur Messung und Registrierung des Pulses.

Hr. Fisch-Franzensbad: „Mitteilungen über die therapeutische Anwendung der Intensiv-Franklinisation". Die Intensiv-Franklinisation besteht in der Anwendung einer sehr intensiven und dennoch recht angenehm empfundenen Hochspannungselektricität von mehr als 100000 Volt Spannung, die durch eine sehr kräftige Influenzmaschine erzeugt wird, welche auf das vom Vortr. construierte „Polyelektroid" übertragen wird und zur Bestrahlung des menschlichen Körpers einer oder mehrerer Personen zu gleicher Zeit und von beliebig langer Dauer dient. Es genügen schon wenige Sitzungen, um die Wirkung der Hochfreqenzströme zu zeigen, die sich in Besserung des Appetits und der Verdauung, in Anregung des Stoffwechsels und der Circulation sowie in der Kräftigung des Organismus zeigen. Bei vielen Herz-, Nerven- und Stoffwechselkrankheiten lässt sich mit diesem Apparat eine so gute Wirkung erzielen, dass man ihn als einen wesentlichen Fortschritt der physikalischen Therapie ansprechen darf.

Hr. Burwinkel-Nauheim: «Der Aderlass, ein unentbehrliches Heilmittel in der Medicin». Vortr. ist der Ansicht, dass der Aderlass in seiner Bedeutung noch immer unterschätzt wird. Nach seiner Erfahrung müsste er sich bei einer grossen Reihe von Krankheiten bewähren, vor allem bei Kreislaufstörungen. Vortr. geht soweit, nicht nur vollblütigen Leuten mit hohem Blutdruck den Aderlass zu empfehlen, sondern auch anämischen, selbst bei sinkender Herzkraft. Stauungsherzfehler und schwere Compensationsstörungen lassen auch den Aderlass geboten erscheinen, der durch Schröpfköpfe und Blutegel nicht zu ersetzen ist.

Hr. Steyerthal-Kleinen i. Mecklbg.: «Die Therapie der progressiven Paralyse». Vortr. geht darauf ein, dass man gewohnt ist, die Prognose der echten Paralyse als eine sehr schwere anzusehen. Das mag vielleicht daher kommen, dass man vielfach eine echte Paralyse diagnosticiert, wenn andere unheilbare Krankheiten vorliegen. Die progressive Paralyse bietet nach der Ansicht des Vortr. nicht immer die absolut schlechte Prognose. Es kommen vielmehr auch abortive Formen von progressiver Paralyse vor, welche in Heilung übergehen. Vortr. empfiehlt diese Fälle mehr zu berücksichtigen, da sie einen Angriffspunkt für die Therapie geben können.

Hr. Schürmayer-Berlin: «Pathologische Fixation bezw. Lageveränderungen der Abdominalorgane». Vortr. besprach den Wert der Röntgendiagnose, durch die wir nicht nur eine Reihe von Krankheiten der inneren Organe feststellen können, sondern wir können auch die Fortschritte der Therapie constatieren, was sehr wichtig ist. So zeigte Vortr. Fälle von Senkung der Abdominalorgane, die durch eine vom Vortr. angegebene Fächerbinde in die Höhe geschoben wurden. Ebenso kann man bei Verwachsungen und ihre Behandlung die Erfolge der Therapie durch Röntgenstrahlen gut controllieren. Es ist doch als ein grosser Fortschritt anzusehen, dass man mittelst der Röntgenstrahlen auf einfachstem Wege eine Autopsia in vivo machen kann, indem man einfach den Patienten etwas Wismut in Kartoffelbrei zu sich nehmen lässt und dann das Abdomen mit Röntgenstrahlen durchleuchtet.

Hr. F. Blumenthal-Berlin: «Fermentwirkung in Krebsorganen». Vortr. betont, dass jede Krebszelle einmal eine Embryonal- oder Epithelzelle war. Von grosser Bedeutung ist, dass die Krebszellen sich in ihrer chemischen Zusammensetzung von den übrigen Zellen unterscheiden, und zwar enthalten die Krebszellen weniger Globuline und mehr Albumine. Dieser Umstand macht es erklärlich, warum die Krebszellen sich den Fermenten von aussen gegenüber anders verhalten als andere Gewebe. Auch sind in den Krebszellen selbst fermentative Vorgänge beobachtet worden, welche sich sonst im Organismus nicht zu finden scheinen. Charakteristisch ist für die Krebszellen ihr heterolytisches Ferment, welches das Eiweiss anderer Gewebe abzubauen vermag, wozu die Fermente der übrigen Gewebe nicht imstande sind. Aus dieser Tatsache kann man besonders die Bösartigkeit der Krebsgeschwülste erklären. Das heterolytische Ferment schädigt das Nachbargewebe durch Abbau seines Eiweisses, wodurch sich sein infiltratives Wachstum erklärt.

Hr. Schuster-Aachen: «Erfahrungen mit combinierter Duschemassage bei Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen». Die Technik der Duschemassage ist die, dass ein warmer Wasserstrahl von 10 m. Fallkraft 5 bis 20 Min. lang langsam von einem Körperteil zum anderen gleitet, während der Kranke in der erwärmten Badezelle halb im Wasser sitzt. Zugleich werden Massageproceduren vorgenommen. Daran schliesst sich ein Vollbad an. Dieses Verfahren, welches eine zugleich schonende und doch intensive Wirkung auf die Haut, Muskeln und Nerven ausübt und bei Rheumatismus und Gicht schon jahrhundertelang mit Erfolg angewandt wird, hat Vortr. bei schweren Erkrankungen des Centralnervensystems mit überraschender Wirkung angewandt. Der Erfolg war der, dass fast gelähmte Muskeln stark tonisiert wurden und dass die Ueberempfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit des Hautnervensystems günstig beeinflusst würde, besonders die Schmerzen bei Tabes.

Hr. Bickel-Berlin: «Die Grundlage der Diätetik bei Verdauungskrankhheiten». Bei der diätetischen Behandlung der Verdauungskrankheiten empfiehlt Vortr. vor allem die Berücksichtigung der Functionsstörungen, die motorische, secretorische, resorptive und fermentative sein können. Gegenwärtig berücksichtigt man noch nicht alle die Functionen des Magen-Darmcanals, sondern man nimmt nach dem Vorgange von Penzoldt nur auf die Motilität des Magens Rücksicht. Vortr. hat ein neues Diätschema aufgestellt unter Zugrundelegung der Secretionsverhältnisse des Magens und ihres Einflusses auf die Verdauung. Eine Combination des Penzoldtschen und des Bickelschen Schemas dürfte sich in vielen Fällen als durchaus wertvoll zeigen. Vortr. gibt dann einen Ueberblick über die Ursachen, aus denen eine Speise in der oder jener Weise die Motilität oder die Secretion beeinflusst, was besonders in seinem Laboratorium von ihm und seinen Schülern untersucht worden ist.

Hr. B. Fellner jun.-Franzensbad: «Ueber Herz- und Gefässwirkung alter und neuer Kohlensäurebäder». Vortr. hat für seine Untersuchungen an natürlichen Kohlensäurebädern den von ihm construierten Pulsometer in Anwendung gebracht. Als Einwirkung der kohlensauren Bäder fand er eine Regulation des Blutdruckes, Vergrösserung der Pulsamplitude, zwei bis dreifache Vergrösserung des Secundenvolumens. Man konnte sehen, wie die peripheren Gefässe sich erweiterten, der Widerstand nachliess, das Herz langsamer und kräftiger arbeitete und besser ernährt wurde. Allerdings ist es bei der Anwendung der kohlensauren Bäder von grosser Wichtigkeit, eine langsame und vorsichtige Dosierung anzuwenden. Der hohe Blutdruck ist ebensowenig wie eine leichte Compensationsstörung ein Grund, das Kohlensäurebad zu verbieten. Kühle kohlensaure Bäder stellen an den Organismus sehr starke Anforderungen und sind aus diesem Grunde in der Herztherapie sehr wenig empfehlenswerte Massnahmen. Interessant ist die Tatsache, die für die Therapie von grösster Bedeutung sein dürfte, dass kohlensaure Moorbäder einen gleichen Effect haben wie kohlensaure Stahlbäder.

Hr. Selig-Franzensbad: «Röntgenuntersuchungen des Herzens im Kohlensäurebad». Hinsichtlich der Süsswasserbäder fand Vortr., dass das heisse Bad eine Verkleinerung, das kalte eine Vergrösserung des Herzens im allgemeinen hervorruft. Bei den Kohlensäurebädern hat nicht nur die Temperatur, sondern auch der Kohlensäuregehalt des Bades eine principielle Bedeutung, da auch kalte Kohlensäurebäder imstande sind, das Herz zu verkleinern. Darin liegt eben der Wert der Kohlensäurebäder. Die natürlichen Kohlensäurebäder können schon bei mittleren Stärkegraden eine Volumenabnahme des Herzens hervorrufen. Dass Kohlensäurebäder das Herz verkleinern können, ist durch orthodiagraphische Untersuchungen festgestellt worden. Doch sind die Grössenabnahmen nicht so ungeheuerlich, als andere Autoren angegeben haben. Die Kohlensäurebäder bilden eines der hervorragendsten Mittel, um Herz- und Gefässsystem in ausgiebigster Weise zu beeinflussen, doch ist auch ihre Wirkung individuell wesentlich beeinflusst. Die natürlichen Kohlensäurebäder wirken energischer als künstliche.

Hr. v. Chlapowski-Kissingen: «Ueber die Wirkung des Magnesiumoxyds und -hyperoxyds bei stenocardischen Anfällen». Vortr. fand eine schnelle Coupierung der stenocardischen Anfälle durch diese beiden Präparate. Daraus zieht er den Schluss, dass die dyspeptischen Formen der Stenocardie nicht so selten sind. Man muss also bei stenocardischen Anfällen eine strenge Diät halten. Bei diesen dyspeptischen Stenocardien glaubt Vortr. Nitrite und Nitrate sowie Morphium entbehren und durch Magnesium ersetzen zu können.

In der Discussion wies Hr. B. Fellner jun.-Franzensbad darauf hin, dass viele Fälle, welche im ersten Moment sich als Angina pectoris darstellen, tatsächlich Splanchnicus-Krämpfe sind. In solchen Fällen helfen einfache Abführmittel. Sonst ist er in der Behandlung der Stenocardie für das heisse Handbad sowie für Sauerstoffanwendung.

Hr. Helwig-Zinnowitz: «Der Einfluss des Seeklimas auf das Blutbild». Verf. konnte unter dem Einfluss des Seeklimas eine Zunahme des Haemoglobins und der roten Blutkörperchen feststellen. In der ersten Zeit der

Einwirkung des Seeklimas zeigten sich vielfach Schrumpfungen und Zerfallsvorgänge der roten und weissen Blutzellen, denen aber schnell Neubildung folgte. Der letzteren Erscheinung geht eine Hebung des Gewichts und eine Besserung des Allgemeinzustandes parallel. An einigen Tabellen demonstrierte Vortr. die physiologische Wirkung des Seeklimas, dessen Erfolg durch die Reizhöhe und die Reactionskraft des Organismus gegeben ist.

Hr. Schmincke-Elster: «Ueber Thermopenetration». Vortr. wies darauf hin, dass es durch die Apparate für drahtlose Telegraphie möglich geworden ist, den elektrischen Strom durch den Körper so hindurchzuleiten, dass im Gewebe selbst höhere Wärmegrade entstehen. Er demonstrierte einen Apparat und zeigte, dass im Innern eines Fleischstückes eine so hohe Wärme gebildet wurde, dass das Fleisch gebraten wurde, während die Elektroden kühl blieben. Eine Reizwirkung durch die Elektroden auf die Haut tritt bei der Application nicht ein. Bis jetzt hat man von der Thermopenetration gute Erfolge gesehen bei der Gicht, bei rheumatischen Krankheiten, vor allem bei der gonorrhoischen Arthritis, Ischias und Neuralgien.

Hr. Rothschuh-Aachen: «Ueber die Verwendung der deutschen Thermen für die Zwecke der socialen Versicherung». Vortr. betonte zuerst, dass es ein Misstand sei, dass die Krankenkassen die Verwendung der natürlichen Quellenproducte für ihre Mitglieder nicht zuliessen, sondern die Nachahmungen dafür empfehlen. Nachdem aber verschiedentlich doch festgestellt ist, dass diese Nachahmungen nicht gleichwertig sind mit den natürlichen Quellproducten, muss das Bestreben dahin gehen, diese Vorschriften der Krankenkassen aus der Welt zu schaffen. Weiter zeigte der Vortragende, dass der Besuch von Curorten für Mitglieder der Krankenkassen und der übrigen socialen Versicherungen sich dadurch wesentlich verteuerte und mitunter unmöglich würde, dass die Kosten für Wohnung und Verpflegung sich zu hoch stellten. Aus diesem Grunde sollten die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und andere in denjenigen Curorten, die für ihre Mitglieder häufig in Frage kommen, Institute errichten, die ihrem Charakter nach zwischen Sanatorium und Krankenhaus ständen. Solche Institute sind bereits in einigen Curorten eingerichtet worden und hätten sich bereits vortrefflich bewährt.

Hr. Weidenbaum-Neuenahr: «Physikalische Therapie in der inneren Medicin». Vortr. hat sich seit einer Reihe von Jahren der Bierschen Methode der Hyperämie als Heilmittel zur Behandlung innerer Krankheiten bedient und damit gute Erfolge erzielt bei Leberschwellung, Gallensteincolik, Nierencolik, Ischias, bei Erkrankungen der Haut und der Nerven infolge von Zuckerkrankheit, sowie bei arteriosclerotischer Gangrän und bei Asthma von Seiten des Herzens oder der Respirationsorgane.

In der Discussion wendet sich Hr. Meyer-Kissingen gegen die Heissluftdusche bei Zuckerkrankheit, wovon übrigens der Redner garnicht gesprochen hatte, da Heissluftdusche und Biersche Hyperämiebehandlung sehr verschiedene Begriffe sind.

Hr. Hirsch-Kudowa: «Hufelands balneologische Lehren». Zu Hufelands Zeiten lagen Bäder und Badewesen sehr im Argen, deshalb ging Hufelands Bestreben dahin, das Badewesen zu fördern. Zunächst gab er «Nötige Erinnerung an die Bäder und ihre Wiedereinführung in Deutschland» heraus und hob die Bedeutung der Bäder für die Volksgesundheit hervor. Auch durch geeignete Zusätze suchte Hufeland den Bädern einen bestimmten Charakter zu geben. Hufelands Interesse für die natürlichen Heilquellen war ein ausserordentlich grosses. Er richtete die «Aufforderung an die Brunnenärzte Deutschlands», die Erfahrungen mit ihren Brunnen mitzuteilen, da gerade die ärztliche Erfahrung am kranken Menschen für die Bewertung des Brunnens von grösster Bedeutung sei. Sodann gab er das klassische Werk «Praktische Uebersicht der vorzüglichsten Heilquellen Deutschlands» heraus und betonte da die Nützlichkeit der Beschreibung der Curorte durch Aerzte, welche nicht im Curort wohnen. Auch den Unterricht in der Balneologie an den Universitäten hielt er für ausserordentlich notwendig. Auch trat er der damals sehr verbreiteten Ansicht entgegen, dass künstlich nachgeahmte Mineralwässer den natürlichen Heilquellen gleich kämen. Vortr. geht zum Schlusse darauf ein, dass es der Einfluss der Hufelandschen Lehren sei, der unter späteren Generationen den auch jetzt noch mit rührigem Eifer für die Gesellschaft tätigen Generalsecretär, Herrn Geheimrat Brock seiner Zeit veranlasst hat, eine Balneologische Gesellschaft ins Leben zu rufen, die in Hufelands Sinne die praktische Balneologie auf den Boden der Wissenschaft zu stellen für ihre Pflicht hält.

Hr. Nenadovics-Franzensbad: «Zur Genese der Arteriosclerose». Nach einer Uebersicht der Theorien der Arteriosclerose stellt Vortragender seine eigene Theorie auf. Für das primäre Stadium sieht er die physiologisch-pathologische relative Insufficienz der Herz- und Gefässmuskulatur an, als secundäres die Hypertrophie der Gefässwandung und als tertiäres die Degeneration des hypertrophischen Gewebes. Auf Grund seiner Theorien gibt Vortr. zum Schluss eine Erklärung über die jugendliche Arteriosclerose, die relative Seltenheit der Sclerose bei Frauen, das seltenere Vorkommen in der Pulmonalarterie gegenüber der Aorta und das verhältnismässig seltene Vorkommen in der arbeitenden Classe. An die Stelle der mechanischen Momente setzt Vortr. die biologischen Momente hinsichtlich der Entstehung der Arteriosclerose.

Die Schlussitzung des Congresses fand in dem Hörsaal der ehemaligen Lassarschen Klinik statt.

Hr. Isaac-Berlin demonstrierte eine Reihe höchst interessanter Fälle aus dem Gebiet der Hautkrankheiten, wobei er namentlich differentiell-diagnostische Momente zu Grunde legte.

Hr. Friedländer-Berlin: «Die Bedeutung der Wassermannschen Reaction für die Balneotherapie". Zunächst demonstrierte er eine Reihe interessanter Fälle, bei denen die Wassermannsche Reaction hinsichtlich der differentiellen Diagnose gute Dienste geleistet hat. Sodann wies er nach, welchen Wert die Wassermannsche Reaction für jeden Praktiker hätte. Hinsichtlich der Technik bevorzugt er die ursprüngliche Wassermannsche Vorschrift, während die sogenannten Verbesserungen oft wertlos, wenn nicht gar Verschlechterungen sind. Die Wassermannsche Reaction ist auch der Spirochäten-Untersuchung überlegen. Einen grossen Wert hat die Wassermannsche Reaction bei hereditär belasteten Kindern, bei der Ammenuntersuchung, bei einer grossen Reihe von Erkrankungen der inneren Organe, des Nervensystems und vor allem bei der Tabes, da von ihrer Reaction die Behandlung abhängt. Dass sie für die Differentialdiagnose in der Dermatologie eine grosse Rolle spielt, ist selbstredend.

Hr. Dr. Fritz Lesser-Berlin: «Die Technik der Wassermannschen Reaction». Zunächst zeigte er an Experimenten die Grundzuge der modernen Immunitätslehre, welche der Wassermannschen Reaction als Grundlage dienten, und führte zum Schluss die einzelnen Phasen der Reaction aus.

Hr. Karo-Berlin: «Die Behandlung der Nieren- und Blasentuberculose». Vortr. betonte den Wert des Tuberculins auch für die Nieren- und Blasentuberculose gegenüber der radicalen Operation und belegte seine Behauptungen mit einer Reihe von Krankengeschichten. Das Tuberculin empfahl er in Combination mit Chinin, Creosot und Atoxyl za geben.

Der Congress war von wissenschaftlich grosser Bedeutung, und es wurde mit grossem Beifall aufgenommen, dass der Vorsitzende Herrn Geheimrat Brock für seine reichen Mühen dankte. Der grösste Teil der Mitglieder der Gesellschaft blieb in Berlin, um an der Centenarfeier der Hufelandischen Gesellschaft teilzunehmen.

Das nächste Jahr soll der Congress wiederum iu Berlin stattfinden.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Zum Regierungscommissar auf der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden im Jahre 1911 ist von der russischen Regierung Prof. W. Podwysozkij ernannt.

— Der Medicinalinspector des Gouvernements Taurien, Dr. med. Tschernenko ist zum Medicinalinspector des Gouvernements St. Petersburg ernannt.

— Die Stadtverwaltung von Charkow hat ein Grundstück von 770 Quadratfaden überlassen zur Errichtung einer Augenheilanstalt, die den Namen von Prof. Hirschmann tragen soll.

— Es wird geplant, eine Subscription in ganz Russland zu eröffnen zwecks Beschaffung von Mitteln zur Errichtung eines Krankenhauses in der Stadt Winniza (Gouv. Kiew) zur Erinnerung an Prof. N. Pirogow, der hier die letzten Jahre seines Lebens verbrachte. Die Stadt hat hierzu bereits ein Grundstück bestimmt, die Landschaft hat Mittel zum Unterhalt des Hospitals assigniert. Die ministerielle Erlaubnis zur Eröffnung der Subscription steht noch aus.

— Die Berliner medicinische Gesellschaft feiert im October d. J. ihr 50-jähriges Stiftungsfest.

— Hochschulnachrichten. Moskau. An Stelle des verstorbenen Prof. Djakonow ist Prof. A. Martynow zum o. Professor und Director der Chirurgischen Klinik erwählt.

Berlin. Der dirigierende Arzt der Infectionsabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses, Privatdocent Dr. med. Georg Jochmann ist zum Professor ernannt.

Erlangen. Dr. Philipp Jung, o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie und Director der Frauenklinik folgte einem Ruf an die Universität Göttingen; an seine Stelle wurde der Privatdocent an der Universität München, Dr. Ludwig Seitz zum o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Medicinischen Facultät und zum Vorstande der Universitäts-Frauenklinik in Erlangen ernannt.

Greifswald. Prof. Dr. Paul Kroemer, Privatdocent an der Berliner Universität ist zum o. Professor und Director der Frauenklinik in Greifswald an Stelle von Prof. M. Henkel ernannt.

London. Dr. D. Waterston in Edinburgh ist zum Professor der Anatomie am Kings College ernannt.

— Philadelphia. Dr. Gg. E. Pfahler ist zum Professor der Röntgenologie, Dr. J. M. Swan zum Professor der klinischen Medicin am Medico-Chirurgical College ernannt.

Pisa. Dr. Perrando ist zum ordentlichen Professor der gerichtlichen Medicin ernannt.

Padua. Dr. Sabbatini ist zum ordentlichen Professor der Pharmakologie ernannt.

— In St. Petersburg hat in der letzten Zeit die Zahl der Erkrankungen an den Pocken merklich zugenommen.

— In Riga und in Welikij Ustjug (Gouv. Wologda) herrscht der Flecktyphus epidemisch.

— Die Pest in Russland. In der Ortschaft Bodai, Kirgisensteppe, Gouv. Astrachan, sind laut amtlicher Meldung vom 11. bis zum 16. Februar 12 Personen an der Pest erkrankt, 2 genesen und 14 gestorben. Seit dem Beginn der Epidemie, d. h. seit dem 1. Februar, bis 16. Februar sind 23 Personen erkrankt, 21 gestorben und 2 genesen — In der Ansiedelung Novaja Kasanka (Kirgisensteppe) sind vom 12. bis zum 18. Februar 5 Personen erkrankt und gestorben. Seit dem Beginn der Epidemie, d. h. seit dem 7. Februar, bis zum 18. Februar sind 13 Personen erkrankt, 11 gestorben und 2 befinden sich noch in Behandlung.

— Verbreitung der Cholera. Britisch Indien. In Calcutta starben vom 9. bis zum 15. Januar 1910 15 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. Britisch Indien. Vom 9. bis zum 15. Januar erkrankten in ganz Indien 12621 Personen an der Pest und starben 10467. — Mauritius. Vom 3. December bis zum 6. Januar erkrankten auf der Insel 105 Personen an der Pest und starben 56.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 6. bis zum 12. Februar fanden 8 Erkrankungen und 1 Todesfall statt. — Oesterreich. Vom 30. Januar bis zum 5. Februar fanden 3 Erkrankungen in Steiermark, je 1 in Oberösterreich und Böhmen statt; in der Woche vom 6. bis zum 12. Februar fand in Oberösterreich, Niederösterreich (Wien), Böhmen und Mähren je 1 Erkrankung statt.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) In St. Petersburg am 15. Februar der Oberarzt der 8. Flottenequipage, Dr. C. S. Morkotun, geb. 1861, approbiert 1884; 2) in Warschau am 13./26. Februar Dr. A. I. Nowakowskij, geb. 1876, approbiert 1900; 3) in Odessa am 13. Februar Dr. A. N. Rigan im Alter von 59 Jahren.

— DRUCKFEHLERBERICHTIGUNG: In Nr. 6, S. 97, rechte Spalte, 4. Zeile von unten muss es heissen: «die Zahl der Erkrankten im Alter bis zu 5 Jahren betrug 53 pCt. der Gesamtzahl.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. März 1910.

Tagesordnung: 1) Moritz: Asthenia universalis congenita und das Stiller'sche Symptom.
2) Iversen: Ueber ein neues Arsenpräparat Ehrlichs und seine Wirkung bei Febris recurrens.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. März 1910.

Tagesordnung: 1) Westphalen: Casuistische Mitteilungen.
2) v. Lingen: Zur Casuistik der Fremdkörper in der Peritonealhöhle.

Der Redaction sind folgende Bücher, Breschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Fischers Kalender für Mediciner. Berlin. Fischers medic. Buchhandlung. H. Kornfeld. 1910. Mk. 2.

E. Ringier. Leiden und Freuden eines Landarztes. Frauenfeld. Huber & Co. 1909. Mk. 3.

A. Groth u. M. Hahn. Die Säuglingsverhältnisse in Bayern. Sonderabdruck aus d. Zeitschrift d. K. Bayr. Stat. Landesamt. München. Lindauersche Buchh. (Schöpping). 1910. Mk. 2.

А. Коровинъ. Дипсоманія. какъ ритмъ и истощеніе. Москва. В. Рихтеръ. 1910. 1 руб.

W. Stoeckel. Lehrbuch der gynäkologischen Cystoskopie und Urethroskopie. Berlin. August Hirschwald. 1910.

И. И. Янковскій. Къ вопросу о колото-рѣзанныхъ и огнестрѣльныхъ проникающихъ поврежденіяхъ брюшной полости. Диссертація. Юрьевъ. 1909.

Studi Sassaresi della Universita di Sassari. Fasc. III. 1910.

R. Gaupp. Ueber den Selbstmord. München. Otto Gmelin. 1910. Mk. 1.

S. Goldschmidt. Asthma. München. Otto Gmelin. 1910. Mk. 2.80.

E. Neter. Das einzige Kind und seine Erziehung. (Aus «Der Arzt als Erzieher». Heft 25). München. Otto Gmelin. 1910. Mk. 1.40.

Aub. Wirkung des galvanischen Stromes bei Erschöpfungszuständen des menschlichen Gehirns. München. Otto Gmelin. 1910. Mk. 1.

E. Sommer. Ueber die Radioactivitätsverhältnisse der natürlichen Heilquellen des deutschen Sprachgebietes. München. Otto Gmelin. 1910. Mk. 2.

Heine. Anleitung zur Augenuntersuchung bei Allgemeinerkrankungen. Jena. Gustav Fischer. 1910. Mk. 2.50.

P. Th. Müller. Technik der serodiagnostischen Methoden. Jena. Gustav Fischer. 1910. Mk. 2.

J. Schaffer. Die Plasmazellen. Jena. Gustav Fischer. 1910. Mk. 1.20.

E. Kromayer. Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Aerzte. Jena. Gustav Fischer. 1910. Mk. 3.60.

H. Schridde und O. Nägeli. Die Hämatologische Technik. Jena. Gustav Fischer. 1910. Mk. 3.60.

R. Sommer. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. IV. Band. 4. Heft. Halle a. S. Carl Marhold. 1909. Preis pro Band Mk. 12.

M. Matthes. Die Behandlungsmethoden des chronischen Magengeschwürs. II. Band. 4. Heft. Halle a. S. Carl Marhold. 1910. Mk. 1.40.

S. Seligmann. Augendiagnose und Kurpfuschertum. Berlin. Hermann Barsdorf. 1910.

Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Herausgegeben von Prof. Dr. P. Dittrich. Lief. 31—33: Neunter Band, 2. Lieferung: Forensische Psychiatrie. 2. Band. Wien u. Leipzig. W. Braumüller. 1910.

R. Behla. Die Bestätigung der künstlichen Züchtung des Krebserregers. Berlin. Richard Schoetz. 1910. Mk. 1.50.

F. Weber. Die Bedeutung der projectierten Bachtschysarai-Jalta-Bahn für die Entwickelung des Heilstättenwesens in der Krim. Separatabdruck aus der Zeitschrift für Tuberculose. Band XV. Heft 4. 1910.

Н. Г. Фрейбергъ. Врачебно-санитарное законодательство въ Россіи. Выпускъ первый и второй. 1908—1910.

Справочникъ по общественно-санитарнымъ и врачебно-бытовымъ вопросамъ. Изданный обществомъ русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. Москва. 1910.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 10 St. Petersburg, den 6. (19.) März 1910. XXXV. JAHRGANG.

Der osmotische Druck und seine Bedeutung im Organismus.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress in Dorpat am 23. August 1909).

Von

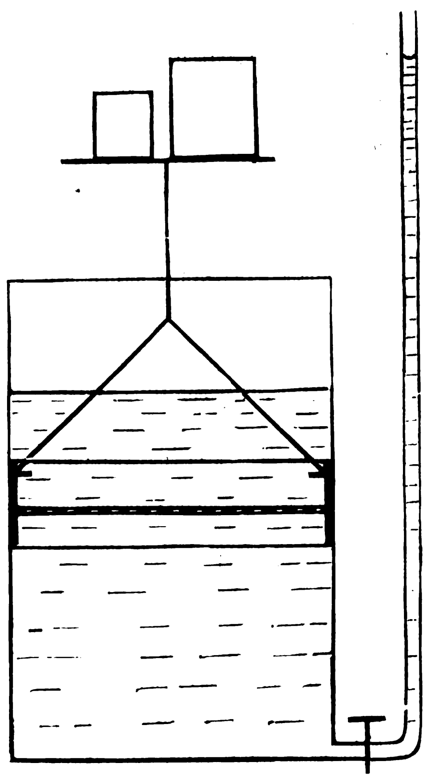
Dr. A. v. Antropoff.

Meine Herren! Auch ohne auf dem materialistischen andpunkt zu stehen, von dem aus betrachtet die phy-ikalische Chemie imstande sein müsste, einmal die letzten Rätsel der Lebenstätigkeit der Organismen aufzudecken, ist es doch nicht zu bestreiten, dass in der Erforschung der Vorgänge des Werdens der Organismen und ihrer Selbsterhaltung, die Betrachtungen vom Standpunkt der physikalischen Chemie aus eine immer hervorragendere Rolle annehmen, dass sie schon viele wichtige Re-sultate gebracht haben und in ausgezeichneter Weise zu neuen Forschungen anregen.

Diese Erkenntnis war es wohl, welche den Vorstand es hier tagenden Congresses bewogen hat, mich auf-fordern, heute über ein Gebiet der physikalischen Che-mie vorzutragen. Ich habe hierzu den osmotischen Druck gewählt, weil es keine lebende Zelle gibt, deren Zustand nicht durch den in ihr herrschenden osmoti-schen Druck wesentlich bedingt ist. Dabei erreichen die osmotischen Druckunterschiede über kurze Entfernungen Werte von über 40 Atmosphären. Solche Drucke können natürlich grosse Arbeit leisten, aber es scheint das umgekehrte vielleicht in noch höherem Mass der Fall zu sein, indem der Organismus zur Ueberwindung von osmotischen Druckkräften eine ungeheure Arbeit zu leisten hat.

Meine Herren! In Anbetracht dieser bedeutenden Rolle des osmotischen Druckes im Organismus wollen wir jetzt zur Beantwortung der wesentlichsten den osmo-tischen Druck betreffenden Fragen gehen: Was nennen wir osmotischen Druck? Wann, wo und wie äussert er sich?

Wir wollen diese Fragen zu beantworten suchen, in-dem wir uns zunächst folgende kleine Vorrichtung con-struiert denken (s. Fig.).



Ein Ring lasse sich wie ein Kolben in einem Cy-linder bewegen. Die ganze Oeffnung des Ringes sei durch eine aufgespannte Tierblase verschlossen. Der Ring trage eine Vorrichtung, die es gestattet, denselben mit Gewichten zu belasten. Das in unserer Figur vom Cylinder seitlich aufsteigende Rohr sei zunächst durch einen Hahn abgesperrt und kommt für unsere Betrach-

tungen zunächst nicht in Betracht. Jetzt füllen wir den Cylinder unter der Membran mit einer Lösung von Rohrzucker in Wasser und über der Membran mit reinem Wasser. — Es zeigt sich dann, dass der Kolben gehoben wird, indem Wasser durch die Membran in die Lösung eintritt. Verhindern können wir das Aufsteigen des Kolbens durch Auflegen von Gewichten auf denselben. Es zeigt sich dabei, dass für jede Lösung bei bestimmter Temperatur pro Flächeneinheit des Kolbens ein ganz bestimmtes Gewicht erforderlich ist, um dem von unten wirkenden Druck das Gleichgewicht zu halten. Den so gemessenen Druck der Zuckerlösung nennt man ihren osmotischen Druck.

Ist das Gewicht kleiner, so steigt der Kolben und die Lösung unter demselben wird zunehmend verdünnter. Mit der zunehmenden Verdünnung wird aber auch, wie es sich zeigt, der osmotische Druck geringer und der Kolben wird folglich so weit steigen, bis der osmotische Druck dem auf dem Kolben ruhenden Gewicht entspricht. Setzen wir aber, nachdem zwischen osmotischem Druck und Gewicht sich das Gleichgewicht eingestellt hat, ein grösseres Gewicht auf den Kolben, so beginnt derselbe zu sinken. Dabei wird Wasser durch die Membran hindurch aus der Zuckerlösung herausgedrückt; letztere wird concentrierter, oder, man kann auch sagen: der Zucker wird in der Lösung comprimiert. Auch dieses geht wieder so weit von statten, bis der osmotische Druck durch die zunehmende Concentration der Lösung dem jetzt vergrösserten Gewicht das Gleichgewicht halten kann.

Der osmotische Druck kann sich aber auch in etwas anderer Form betätigen. Denken wir uns jetzt den Kolben ein für alle mal in einer Lage befestigt, so dass er weder sinken noch steigen kann, und den Hahn des Seitenrohres, das oben offen ist, geöffnet. Dann wird das Wasser durch die Membran eintreten und die Lösung im Seitenrohr so lange steigen, bis ihr hydrostatischer Druck ein weiteres Eintreten des Wassers durch die Membran verhindert. Der durch die Steighöhe der Flüssigkeit und der vordem durch die auf dem Kolben ruhenden Gewichte gemessene Druck sind natürlich vollkommen identisch. Die Grösse des Druckes erhalten wir stets, wenn wir die Last, sei es der Flüssigkeitssäule, sei es des Kolbens mit den Gewichten, durch die Fläche dividieren, auf welcher die Last ruht.

Die Anordnung mit dem beweglichen Kolben ist ausserordentlich anschaulich, und mit Hilfe derselben als Anschauungsmittel, hat van 't Hoff die Grundlagen der modernen Theorie der Lösungen geschaffen. Zu wirklichen Experimenten muss aber die Anordnung mit dem Seitenrohr in einer praktischen Ausgestaltung gewählt werden, da die Herstellung eines brauchbaren Kolbens auf grosse Schwierigkeiten stossen würde.

Wir haben bisher nur von einer Zuckerlösung gesprochen, die auch tatsächlich die grössten Dienste in diesen Forschungen getan hat. Es wurde aber stets beobachtet, dass diese Druckerscheinungen mit den verschiedensten Lösungsmitteln und auch mit den verschiedensten gelösten Substanzen und Membranen auftreten können. Sie sind aber in manchen Combinationen gut und in anderen schwach oder auch garnicht entwickelt. Schliesslich beobachtet man nicht nur dann den osmotischen Druck, wenn die Membran die Lösung vom Lösungsmittel trennt, sondern wenn nur die Concentrationen der Lösungen von beiden Seiten der Membran verschiedene sind. Der osmotische Druck entspricht dann der Differenz der Concentrationen. Ist der Kolben unbelastet, so bewegt er sich so lange nach der Seite der verdünnteren Lösung bis der Concentrationsunterschied ausgeglichen ist.

Wir wollen nun die Frage allgemein beantworten, wann der osmotische Druck auftritt. Die Antwort lautet: Dann, wenn eine Lösung und ein Lösungsmittel oder 2 Lösungen von verschiedener Concentration durch eine Wand von einander getrennt sind, die wohl das Lösungsmittel, nicht aber den gelösten Körper durchlässt. Solche Wände nennt man halbdurchlässig oder semipermeabel. Es zeigt sich dabei eine grosse Mannigfaltigkeit in Bezug auf die Stoffe, für welche eine Wand durchlässig ist oder nicht. Dabei gibt es natürlich auch alle Abstufungen zwischen absoluter Undurchlässigkeit und geringer oder bedeutender Durchlässigkeit für einen Stoff. Von besonderem Wert war es natürlich, Wände von vollkommener Halbdurchlässigkeit zu finden, da sich nur mit solchen der osmotische Druck bestimmen lässt. Die natürlichen Membranen, wie auch die Tierblasen, weichen von dem geforderten Ideal sehr ab. Die Erforschung des ursprünglich an ihnen gefundenen Phänomens des osmotischen Druckes hat dadurch einen grossen Aufenthalt erlitten, dass zuerst nur die natürlichen, unvollkommen halbdurchlässigen Membranen bekannt waren. In eine andere Phase traten daher die Forschungen, als M. Traube und der Botaniker Pfeffer Mittel fanden, künstliche Membranen herzustellen, die sich den idealen Forderungen genügend näherten. Traube fand z. B., dass eine Membran von gerbsaurem Leim durchlässig ist für Wasser und für Salmiak, aber vollständig undurchlässig für Ferrocyankalium. Die brauchbarste halbdurchschlässige Wand wurde von Pfeffer in der Weise hergestellt, dass er eine poröse Tonmasse mit einer Lösung von Kupfervitriol tränkte und die so behandelte Masse in eine Lösung von Ferrocyankalium stellte. Es entstand dadurch im Inneren der Tonmasse ein gallertartiger Niederschlag von Ferrocyankupfer. Die klassischen Versuche Pfeffers mit dieser Membran haben van't Hoff zum Ausgangspunkt seiner Entdeckungen gedient. Die Pfeffersche Membran ist durch eine bedeutende mechanische Widerstandsfähigkeit ausgezeichnet, ist durchlässig für Wasser und undurchlässig für Rohrzucker und eine grosse Zahl von Salzen.

Schliesslich hat Nernst ein Princip angegeben, nach dem haldurchlässige Wände mit den mannigfaltigsten Functionen hergestellt werden können.

Meine Herren! Hiermit sei die Frage erledigt, unter welchen Bedingungen der osmotische Druck auftritt.

Fragt man sich, wo der osmotische Druck auftritt, so muss man, von künstlichen Versuchen absehend, in erster Linie an den Organismus denken. Der ganze Organismus ist doch ein Compositum von in verschiedenster Weise halbdurchlässigen Membranen, die stets in Berührung mit den verschiedensten Lösungen sind. Ich erwähnte schon, wie grosse Werte der osmotische Druck im Organismus annehmen kann, und so ist es klar, dass diese Erscheinung im Haushalt der Lebewesen eine eminente Rolle spielen muss. Aus der Fülle der hierher gehörenden Erscheinungen will ich nur folgende wenige als Beispiele herausgreifen.

Zunächst einige Aufgaben, die der osmotische Druck im Kreislauf des Blutes erfüllt. — Die roten Blutkörperchen haben schon lange zu Studien des osmotischen Druckes gedient. Sie stellen Zellen dar, die von einer halbdurchschlässigen Membran umgeben und mit Plasma und dem roten Farbstoff Hämoglobin gefüllt sind. Zunächst ist die stark auswählende Halbdurchlässigkeit der Wände höchst bemerkenswert. Ich entnehme eine Zusammenstellung hierüber dem Werk von Hamburger, das in 3 Bänden den osmotischen Druck und die Jonenlehre in den medicinischen Wissenschaften behandelt.

A. Organische Substanzen:
 a. impermeabel für Zuckerarten;
 b. permeabel für Alcohole, Aldehyde (ausgenommen Paraldehyd), Ketone, Aether, Ester, Antipyrin, Harnstoff, Urethan etc.

B. Anorganische Substanzen:
 a. vollständig impermeabel für Barium, Strontium, Calcium und Magnesiumsalze;
 b. permeabel für Ammoniumsalze, freie Säuren und Basen.

Zu einer genaueren Orientierung hierüber muss ich auf das Original verweisen, in welchem nicht die Salze als solche, sondern deren Jonen betrachtet werden.

Das Innere der Blutkörperchen hat im allgemeinen einen osmotischen Druck, der dem des Serums gleich sein muss. Bringt man die Körperchen in irgend eine Lösung von geringerem osmotischen Druck, so tritt Wasser in die Körperchen ein und sie schwellen an. Ist aber der osmotische Druck der Lösung aussen grösser, so entzieht die Aussenlösung den Blutkörperchen Wasser und sie schrumpfen zusammen. Eine solche Tätigkeit des Anschwellens und Zusammenschrumpfens erfüllen aber die Blutkörperchen bei jedem Umlauf durch den Körper einmal. Man hat nämlich festgestellt, dass der osmotische Druck in den Blutkörperchen wächst, wenn das Blut mit Kohlensäure gesättigt wird, und dass derselbe sinkt, wenn man Sauerstoff durch das Blut leitet. Bekanntlich nimmt aber das Blut in den Lungen Sauerstoff und im übrigen Organismus Kohlensäure auf, so dass der osmotische Druck in den Blutkörperchen in den Lungen sinkt und im übrigen Organismus steigt. Weil aber der osmotische Druck steigt, schwellen die Blutkörperchen, während sie durch den Körper wandern, an, indem sie Wasser aus dem Serum aufnehmen und dasselbe fortwährend eindicken. Da das Serum während des Kreislaufes des Blutes immerzu Nährstoffe abgibt, müsste es an denselben verarmen, wenn nicht die roten Blutkörperchen durch die Entziehung von Wasser der Verringerung der Concentration an Nährstoffen entgegenwirken würden. — Umgekehrt wird der osmotische Druck in den Blutkörperchen in den Lungen erniedrigt; dieselben geben daher wieder Wasser ab und concentrieren ihren Inhalt. Letzterer wird dadurch wieder zur Sauerstoffaufnahme besonders gut befähigt. Auf eine ganze Reihe von anderen Erscheinungen, die dieses Schwellen und Schrumpfen der Blutkörperchen zur Folge hat, kann ich hier nicht mehr eingehen.

Als zweites Beispiel für die Rolle des osmotischen Druckes im Organismus wähle ich das gewiss sehr wichtige biologische **Gesetz von der Constanz des osmotischen Druckes im Körper**. Wie die Temperatur hat auch der osmotische Druck im Körper einen constanten Wert. Die Regulierung des osmotischen Druckes muss dabei wenigstens ebenso wunderbar erscheinen wie diejenige der Temperatur. — Durch die fortwährende Spaltung von Eiweissmolekeln wird die Zahl der Molekeln beständig vergrössert, und das müsste eine beständige Steigerung des osmotischen Druckes zur Folge haben. Durch Transpiration und durch das Atmen verliert der Körper Wasser in sehr wechselnder Menge. Schliesslich führen wir dem Körper durch Nahrung und Getränke Stoffe zu, deren osmotischer Druck zwischen den weitesten Grenzen liegt. In welcher Weise geschieht nun die Regulierung des osmotischen Druckes? Eine Untersuchung des Magen- und Darminhaltes zeigt, dass auch dieser seinen osmotischen Druck schnell auf einen constanten Druck bringt. Der Magen und Darm dienen daher nicht zur Regulierung des osmotischen Druckes, sondern auch ihr Inhalt wird durch ein anderes Organ reguliert. Es scheint nun, dass es eine der wesentlichsten Functionen der Niere ist, die Höhe des osmotischen Druckes des Körpers zu regulieren, indem sie die Ueberzahl an Molekeln, die den osmotischen Druck zu hoch steigen lassen, beständig aus dem Blut entfernt.

Der osmotische Druck des Blutes beträgt 7,7 Atmosphären und derjenige des Magen- und Darminhaltes 4 Atmosphären. Mit wie ausgiebigen Mitteln die Niere für die Constanterhaltung dieser Werte sorgt, geht beispielsweise schon daraus hervor, dass der Harn, den sie ausscheidet, beim Menschen, der viel getrunken hat, einen osmotischen Druck von nur einer Atmosphäre aufweisen kann, während er bei einem Menschen, der wenig trinkt, auf 47 Atmosphären steigen kann, so dass die Differenz zwischen dem osmotischen Druck des Blutes und des Harnes oft über 40 Atmosphären beträgt. Damit hat die Niere eine ungeheure Arbeit zu leisten, indem sie dem Blut eine Lösung von 7,7 Atmosphären osmotischen Druckes entzieht und diese Lösung dann bis zu einem Druck von über 40 Atmosphären concentriert. Pro Einheit des Muskelquerschnittes der Niere hat sie dazu eine mechanische Arbeit zu leisten, welche die Leistungsfähigkeit eines jeden anderen Muskels des Organismus übersteigt, und man kann sich nicht wundern, wenn eine kranke Niere nicht imstande ist, einen Harn von sehr hohem osmotischen Druck abzuscheiden und damit, wie die Beobachtungen gezeigt haben, der osmotische Druck des Blutes bei Nierenerkrankungen einen anormal hohen Wert hat. Der erste Versuch, dieses Problem der Nierentätigkeit vom physikalisch chemischen Standpunkt aus zu lösen, ist hier in Dorpat von **Tammann** gemacht worden.

Um ein Beispiel aus der Therapie für die Bedeutung des osmotischen Druckes im Organismus zu geben, möchte ich nur die Wirkung vieler Mineralwässer erwähnen, die entweder darin besteht, den osmotischen Druck des Mageninhaltes zu erniedrigen oder bei Mineralwässern von eigenem hohem osmotischen Druck, denjenigen des Mageninhaltes zu erhöhen und dadurch einen reichlichen Zuzug von Wasser durch die Darmwände zu bewirken.

Erinnern will ich auch noch an die bekannte Entdeckung von **Leob**, nach der eine Parthenogenese der Seeigeleier stattfindet, wenn sie in Lösungen getan werden, deren osmotischer Druck eine bestimmte Grenze überschreitet. Aus dem Ei entwickelt sich dann eine Larve bis zur vollkommenen Bewegungsfreiheit.

Meine Herren! Diese Beispiele sollten Ihnen nur zeigen, eine wie grosse Rolle der osmotische Druck im Organismus spielt. Meine eigentliche Aufgabe ist es aber, die Erscheinung des osmotischen Druckes an sich näher zu betrachten und dem Verständnis näher zu führen. Ich kehre daher zu dieser Aufgabe zurück.

Die ersten Forschungen beschäftigten sich hauptsächlich mit den Functionen der Membranen, indem man glaubte, dass diese die wunderbare Fähigkeit hätten, durch besondere Kräfte Arbeit zu leisten. Es war deshalb eine Entdeckung von grosser Bedeutung, als festgestellt wurde, dass der osmotische Druck nur von der Lösung und garnicht von der Membran abhängig ist, wenn letztere nur den idealen Bedingungen einer Halbdurchlässigkeit für die untersuchten Stoffe entspricht. Wir verstanden darunter die Fähigkeit der Membran, wie ein Sieb zu wirken, indem sie das Lösungsmittel frei durchtreten lässt, nicht aber den gelösten Stoff. Einen allgemeinen Beweis dafür, dass der osmotische Druck nicht von der Membran sondern nur von der Lösung abhängig sein kann, brachte dann **Ostwald**. Ich möchte diesen Beweis auch deshalb anführen, weil er sehr typisch für eine grosse Zahl von Beweisführungen der modernen exacten Wissenschaften ist. Er gründet sich auf den ersten Hauptsatz der Thermodynamik von der Erhaltung der Energie. Dieser kann auch so ausgesprochen werden: die Existenz eines perpetuum mobile

ist unmöglich. Ein perpetuum mobile wäre aber herzustellen, wenn es 2 Membranen geben würde, die in gleichen Lösungen einen verschiedenen osmotischen Druck erzeugen würden. Um das zu zeigen, denken wir uns, wir hätten 2 solche osmotische Cylinder mit Kolben, wie wir vorhin einen betrachtet haben. In beiden seien gleiche Lösungen vorhanden, aber verschiedene Membranen, die in beiden Cylindern ungleiche osmotische Drucke hervorbringen. Im links aufgestellten Cylinder herrsche der osmotische Druck P und im rechten p, wobei P grösser sei als p. Jetzt verbinden wir beide Cylinder durch Röhren sowohl über als auch unter den Membranen miteinander. Die Oberflächen des Lösungsmittels in beiden Cylindern müssen dann die gleiche Höhe annehmen. Durch die Membran, welche den höheren osmotischen Druck erzeugt, wird aber das Lösungsmittel beständig eintreten müssen und durch die andere Membran austreten. Durch die cirkulierende Flüssigkeit, deren Kraft proportional der Differenz der osmotischen Drucke wäre, könnten wir eine Maschine treiben, ohne dass wir dem System Energie zuzuführen hätten. Wir hätten also ein perpetuum mobile. Da die Existenz eines solchen jedoch unmöglich ist, was wir aus allen dahingehenden vergeblichen Versuchen schliessen, so muss unsere Grundlage, auf der wir dasselbe construiert haben, falsch sein und es kann nicht 2 Membranen geben, welche bei gleichen Lösungen verschiedene osmotische Drucke erzeugen.

Der osmotische Druck ist also nur von der Lösung selbst abhängig. In welcher Weise, hat van't Hoff durch seine berühmten Entdeckungen gezeigt.

Der ganze Complex der von van't Hoff gefundenen Gesetze lässt sich zusammen in folgender Weise aussprechen: der osmotische Druck ist gerade so gross, als wenn das Lösungsmittel in dem Cylinder nicht vorhanden wäre und der gelöste Körper sich als Gas in dem Cylinder befinden würde.

Es gilt nämlich sowohl für den Gasdruck, als auch für den osmotischen Druck: 1) das Gesetz von Boyle-Mariotte. Für Gase lautet es: der Druck, den ein Gas auf die Gefässwände ausübt, wächst proportional der Verkleinerung seines Volumens, und für Lösungen: der osmotische Druck wächst proportional mit der Verringerung der Menge des Lösungsmittels, in dem wir eine Gewichtsmenge einer Substanz auflösen, oder wie es uns zu sagen geläufiger ist — proportional der Concentration.

2) Das Gesetz von Gay-Lussac. Dasselbe lautet: der Druck eines Gases steigt bei constantem Volumen proportional der absoluten Temperatur des Gases. Unter der absoluten Temperatur verstehen wir bekanntlich die Temperatur gerechnet von — 273 Grad Celsius als Nullpunkt. Wir können dieses Gesetz auch so ausdrücken: der Druck eines auf constantem Volumen gehaltenen Gases wächst pro Grad um $^1/_{273}$ des Druckes, den es bei Null Grad unserer gewöhnlichen Scala ausübt. Dasselbe gilt nun auch für den osmotischen Druck, indem auch dessen Grössenzunahme mit der Temperatur pro Grad denselben Coefficienten, nämlich $^1/_{273}$ aufweist, wie die Gasdrucke.

3) Das Gesetz von Avogadro. Dasselbe lautet: alle Gase üben auf ihre Gefässwände einen gleichen Druck aus, wenn sich von denselben Gasen in der Volumeinheit die gleiche Anzahl von Molekeln befindet. Zur Controlle dieses Gesetzes brauchen wir nicht die im Volumen vorhandenen Molekeln zu zählen, obwohl das heutzutage wohl möglich ist, sondern wir brauchen nur zu wissen, in welchem Verhältnis die Gewichte der Molekeln der verschiedenen Gase zu einander stehen. Um diese Verhältniszahlen zu erhalten, können wir willkürlich das Gewicht irgend einer Molekel als Einheit festsetzen. Wir tun das, indem wir diese Verhältniszahl, oder das Molekulargewicht, wie sie gewöhnlich genannt wird, für Wasserstoff gleich 2 setzen. Die Zahl 2 ist gewählt weil die Wasserstoffmolekel aus 2 Atomen besteht und wiederum willkürlich die Verhältniszahl der Gewichte der Atome oder das Atomgewicht des Wasserstoffs gleich 1 gesetzt worden ist. Da sich mit einem Gramm Wasserstoff 35,5 Gramm Chlor zu einer Molekel Chlorwasserstoff verbinden und wir uns letzteren entstanden denken, indem ein Atom Wasserstoff sich mit einem Atom Chlor vereinigt, so ist das Atomgewicht des Chlors 35,5 und das Molekulargewicht des Chlorwasserstoffs 36,5. Da zwei Chloratome eine Chlormolekel bilden so ist das Molekulargewicht des Chlors 71. Nach dem Gesetz von Avogadro erhalten wir mithin den gleichen Druck, wenn wir 2 Gewichtsteile Wasserstoff, 36,5 Gewichtsteile Chlorwasserstoff und 71 Gewichtsteile Chlor auf dasselbe Volumen bringen. Bringen wir 2 Gram Wasserstoff, 36,5 g. Chlorwasserstoff und 71 g. Chlor auf das Volum von einem Liter, so übt jedes dieser Gase einen Druck von 22,42 Atmosphären aus. Van't Hoff berechnete nun aus den Versuchen von Pfeffer, dass auch der osmotische Druck des gelösten Rohrzuckers denselben Wert hat, wenn ein Molekulargewicht desselben in einem Liter einer Flüssigkeit aufgelöst wird und das man auch für eine grosse Zahl von anderen Substanzen dies Gesetz bestätigt findet. Die Analogie zwischen dem gelösten Zustande und dem gasförmigen Zustand ist also eine ausserordentlich vollkommene und gestattet, den osmotischen Druck in einfachster Weise aus den Gasgesetzen vorauszuberechnen.

Schliesslich darf ich es aber nicht unterlassen, anzuführen, dass die Ausnahmen von diesen Gesetzen ausserordentlich zahlreich sind. Fast alle anorganischen Salze, Säuren und Basen gehören zu den Stoffen, die sich abweichend verhalten, und es gebührt van't Hoff eine besonders hohe Achtung, dass es ihm trotzdem gelungen ist, seine deshalb nicht weniger bedeutungsvollen Gesetze zu finden. Die Abweichungen bestehen darin, dass der osmotische Druck bei grösseren Verdünnungen zu gross ist, und zwar wächst das Verhältnis des gefundenen osmotischen Druckes zu dem nach der Theorie berechneten mit steigender Verdünnung bis zu einem Grenzwert, der bei weiterer Verdünnung constant bleibt. Dieser Grenzwert beträgt für Kochsalz und viele andere Körper genau 2, für andere wieder 3, oder auch 4. Das Problem dieser eigentümlichen Abweichungen wurde mit besonderer Energie von Ostwald und Arrhenius in Riga in Angriff genommen, und es war Arrhenius vorbehalten, von Ostwald auf das wärmste beglückwünscht, die Entdeckung zu machen, dass die elektrische Leitfähigkeit einer Lösung proportional dieser Abweichung des osmotischen Druckes von dem von der Theorie geforderten Wert ist. Daraus folgerte Arrhenius folgendes: Je mehr wir eine Lösung verdünnen, in desto grösserer Zahl zerfallen die Molekeln der gelösten Substanz in ihre mit entgegengesetzter Elektricität geladenen Bestandteile, die man die Jonen nennt. Die Kochsalzmolekel zerfällt z. B. in die Jonen Na und Cl, wobei jedes Jon in der Erzeugung des osmotischen Druckes die Rolle einer Molekel spielt. Bei starker Verdünnung sind nahezu alle Molekeln des Kochsalzes zerfallen, und daher ist der osmotische Druck doppelt so gross, als wenn man annehmen würde, dass alle Kochsalzmolekeln als solche vorhanden wären. Der elektrische Strom wird von den unzerfallenen Molekeln garnicht geleitet, sondern nur von den Jonen. Diese vollführen einen Transport der Elektricität in der Lösung, indem sie selbst in entgegengesetzten Richtungen je nach dem Zeichen ihrer elektrischen Ladung wandern und schliesslich, an den Elektroden angelangt, ihre elektrischen Ladungen an die Elektroden abgeben, sich da-

durch aus den nur in Lösung vorhandenen Jonen in die freien Elemente verwandelnd. Daher ist die Abnormität des osmotischen Druckes einer Lösung proportional ihrer elektrischen Leitfähigkeit. Wo keine elektrische Leitfähigkeit vorhanden ist, ist auch der osmotische Druck ein normaler, wie bei den indifferenten organischen Substanzen. Das ist in Kürze die Theorie der elektrolytischen Dissociation von Arrhenius mit Einschluss der Theorie der Wanderung der Jonen von Hittorf.

Wir wollen damit die Frage verlassen, wie sich der osmotische Druck äussert.

Meine Herren! Es wird nicht selten die Frage aufgeworfen, warum der osmotische Druck einer Lösung, der leicht einen Wert von 50 und mehr Athmosphären haben kann, nicht das Gefäss sprengt, in welchem sich die Lösung befindet. Die Antwort ist leicht dadurch gegeben, dass dazu auch eine Expandierung der Flüssigkeit selbst durch den osmotischen Druck erforderlich wäre. Die Molekularkräfte, welche solch einer Expandierung entgegenwirken, betragen aber mehrere tausend Athmosphären. Eine Expandierung der Lösung ohne Notwendigkeit diese Molekularkräfte zu überwinden tritt nur ein, wenn die Lösung von einer halbdurchlässigen Membran eingeschlossen ist, welche die Lösung von dem Lösungsmittel abtrennt. In solch einem Fall tritt auch mit Leichtigkeit eine Sprengung der Membran oder des Gefässes ein. Im Organismus ist die Beanspruchung der Zellwände durch den osmotischen Druck trotz des absolut hohen Wertes desselben im allgemeinen gering, weil er in der Regel beiderseitig von den Membranen gleich ist. Wo aber der osmotische Druck grosse Differenzen aufweist, wie z. B. in der Niere, denke ich mir, dass derselbe stufenweise von Zelle zu Zelle steigt, so dass die einzelnen Zellwände keinen bedeutenden Beanspruchungen ausgesetzt sind.

Unsere Betrachtungen würden noch eine unliebsame Lücke aufweisen, wenn ich nicht folgenden Punkt berücksichtigen würde. Wenn Sie ein biologisches Werk aufschlagen, das den osmotischen Druck behandelt, so werden sie meistens vergeblich nach Angaben suchen, wie gross der osmotische Druck in Wirklichkeit ist. Statt dessen wird angegeben: die Gefrierpunktserniedrigung der Lösung beträgt so und so viel. Was hat nun die Gefrierpunktserniedrigung mit dem osmotischen Druck zu tun? Es ist schon lange beobachtet worden, dass der Gefrierpunkt eines Lösungsmittels niedriger wird, wenn wir in demselben eine Substanz auflösen. Es war wieder van't-Hoff, welcher zeigte, dass die Gefrierpunktserniedrigung proportional dem osmotischen Druck einer Lösung sein muss, und dass sich der osmotische Druck leicht aus der Gefrierpunktserniedrigung berechnen lässt. Von einer Ableitung der Formel, die mit Hilfe des zweiten Hauptsatzes der Thermodynamik entwickelt wird, will ich hier absehen. Ein Zusammenhang zwischen osmotischem Druck und der Gefrierpunktserniedrigung lässt sich aber leicht in folgender Weise plausibel machen. Wollen Sie sich ein cylindrisches Gefäss denken, in dem sich eine Lösung, beispielsweise von Kochsalz in Wasser, befinde. Durch Abkühlung bilde sich auf der Oberfläche eine Eisschicht von zunehmender Stärke. Da sich das Eis stets rein ohne den gelösten Körper ausscheidet, so muss das gelöste Kochsalz entgegen seinem osmotischen Druck dabei zusammengedrängt werden. Der Vorgang des Gefrierens stösst mithin auf einen Widerstand, der proportional dem osmotischen Druck der Lösung ist, und überwunden wird dieser dem Gefrieren gebotene Widerstand durch eine entsprechende niedrigere Gefriertemperatur.

Da man bei einer directen Bestimmung des osmotischen Druckes auf bedeutende experimentelle Schwierigkeiten stösst, so ist es von grossem Wert, dass wir statt dessen nur die leicht zu bestimmende Gefrierpunktserniedrigung zu kennen brauchen. Da es uns schliesslich meistens gleichgiltig ist, wie gross der absolute Wert des osmotischen Druckes ist und uns ein beliebiges Mass zum Vergleich verschiedener Lösungen untereinander genügt, so wählen wir als dieses Mass mit Vorliebe die direct gemessene Gefrierpunktserniedrigung. Denselben Dienst wie die Gefrierpunktserniedrigung kann uns auch die Siedepunktserhöhung einer Lösung leisten.

Zum Schluss möchte ich noch eine Ausdrucksweise kurz erörtern, die sich häufig in Lehrbüchern findet und uns heute fremd geblieben ist. Daselbst heisst es oft, dass eine das Lösungsmittel anziehende Kraft der Lösung und nicht ein Druck des gelösten Körpers den osmotischen Druck hervorbringe. Welche von beiden Anschauungen die richtige sei, hat zu scharfen Auseinandersetzungen geführt und sogar dazu die grossartige Theorie von van't Hoff über den osmotischen Druck für falsch zu erklären. Es wurde dabei aber vergessen, dass diese Theorie sich nur mit den effectiv gemessenen Drucken befasst oder mit Gefrierpunktserniedrigungen und verwandten Grössen, wobei es für die Theorie ganz belanglos bleibt, wodurch man sich diese Erscheinungen als zustande gekommen denkt. In Wirklichkeit liegt die Sache wohl so, dass einfach nach dem Princip der Gleichheit von Action und Reaction beide Auffassungen einander vollständig gleichwertig und gleichbedeutend sind.

Meine Herren! Die mir für den heutigen Tag gestellte Aufgabe hat mir die schöne Anregung zu einer kleinen Orientirung über die den osmotischen Druck im Organismus betreffenden Forschungen gegeben. Gestatten Sie mir noch in wenigen Worten Ihnen ein Bild von dem Eindruck zu geben, den ich dabei gewonnen habe. Es erscheint unbestreitbar, dass überall im Organismus der osmotische Druck eine sehr bedeutende Rolle spielt und dass ihm überall bedeutende Functionen zuerteilt sind. Vergeblich habe ich aber nach Beispielen gesucht, in welchen diese Functionen vollständig und einwandfrei erklärt erscheinen, wobei wir allenfalls die wenig complicierte Rolle des osmotischen Druckes beim Genuss von Mineralwässern ausnehmen können. Wodurch der osmotische Druck in den Blutkörperchen durch die Berührung mit Kohlensäure steigt und wie die Niere die ungeheuren Kräfte des in derselben herrschenden Differenzen des osmotischen Druckes überwindet, scheinen mir noch ganz unaufgeklärte Dinge zu sein. Und vielleicht sind dieses noch die am gründlichsten bearbeiteten Probleme dieses Gebietes. Dies kann uns aber nicht abhalten, dem bereits Geleisteten unsere grösste Achtung zu zollen, indem wir die fraglos ausserordentlich schwierigen Forschungen im grossen und ganzen als eine kühne Pionierarbeit in einem grossen und neuen Forschungsgebiet betrachten.

Drei moderne Intoxicationen.

Von

Dr. med. et phil. Friedrich Kanngiesser.

Braunfels a. d. Lahn.

Die Intoxicationen haben ihre Moden. Zur Zeit sind es die Cyankaliumvergiftungen (cf. die Novemberfälle in Paris und Wien) und die Sublimatvergiftungen (vgl. den erst jüngst, 26. Jan., aus Frankenthal gemeldeten Fall, wo ein Irrenhauswärter seine beiden Vordermänner durch Sublimatzusatz zum Kaffe aus dem Weg räumen wollte), die unter den Giftmorden in Curs sind. Von den Arzneivergiftungen kommt vornehmlich das Veronal in Betracht, nachdem Atoxyl und Wismut hoffentlich abgewirtschaftet haben. Von Vergiftungen mit technisch-öconomischen Mitteln sind es hauptsächlich Lysol, Benzin

und Petroleum, die in den Vordergrund treten und praktisches Interesse haben. Nur von letzteren drei soll im folgenden die Rede sein. Ich brauche wohl kaum zu bemerken, dass die dort notierten Symptome selbstredend nicht alle bei einer derartigen Intoxication auftreten müssen, sondern, dass es je nach Alter und Constitution der vergifteten Person und je nach dem Quantum und Grad der Lösung des Giftes immer nur einzelne Symptome sind, die in den Einzelfällen hervortreten.

Lysol, seit 1889 im Handel, ist eine 50% Lösung von Kresol in Kaliseife. Es wird dies Präparat als Desinficiens sowohl in reinem Zustand wie in verdünnten Lösungen verwandt. Ursache der Vergiftungen mit Lysol sind vornehmlich Selbstmordversuche. Ferner kommen Vergiftungen durch Verwechslung, Versehen und durch therapeutische Verwendung bei Wunden, gegen Hautleiden und zu Vaginal- und Uterusspülungen vor. Auch zu Giftmordversuch ist Lysol, dem Schnaps beigemengt, jüngst verwandt worden (vgl. die Schwurgerichtsverhandlung in Mannheim am 22. Januar 1910). Dosis letalis: Kinder sind gegen Lysol sehr empfindlich: schon nach Genuss von einem Theelöffel voll Lysol kann es ad exitum letalem kommen. Erwachsene sind etwas widerstandsfähiger, doch können schon 10—20 ccm. tötlich wirken. Dass eine Uterusspülung mit nur ½% Lösung für eine Patientin letal verlaufen kann, ist erst kürzlich wieder beschrieben worden, und daher sollte man endlich einmal aufhören, Lysol in der frauenärztlichen Praxis zu verwenden. Betreffs der Symptome der Lysolvergiftung nach äusserer Anwendung sei hier nur bemerkt, dass durch länger dauernde Benetzung der Finger mit Lysollösung Parästhesien entstehen können, und dass unverdünntes Lysol Hautgangrän und in Lösung auf Wunden gebracht, ringsumher Bläschen-Dermatitis, durch Resorption in den Kreislauf, Erscheinungen hervorzurufen imstande ist, — ebenso nach Uterusspülungen — die den Vergiftungssymptomen nach Aufnahme per os sehr ähnlich sind. Nach Einverleibung von Lysol in den Magen kommt es meist — für die Lysolvergiftung sehr typisch — alsbald zu ev. Stunden dauerndem Bewusstseinsverlust. Das ebenfalls meist, auch während des Comas auftretende Erbrechen führt bei den Würgbewegungen zu Aspiration von Mageninhalt, die eitrige Bronchopneumonie ev. mit subcutanem Emphysem und Tod im Gefolge haben kann. Als wichtiges Symptom bei der Lysolvergiftung findet man ausserdem, abgesehen von bei der Diagnose (s. u.) zu schildernden Aetzwirkungen am und im Mund und abgesehen von dem ebendort noch zu erwähnenden Harnbefund, enge, oft reactionslose Pupillen. Ausser Aufhebung dieses Reflexes ist auch Erlöschen des Corneal- und Patellarreflexes beobachtet worden. Von weiteren Symptomen können auftreten: Kälte der Haut und der schlaff gewordenen Extremitäten, blassblaue Verfärbung des Gesichts, Druckempfindlichkeit des Magens, Entleeren von viel gelbem Sputum, Brennen im oberen Verdauungscanal, Dysphagie, Kopfschmerz, Vertigo, ev. bloss Sopor statt Coma, kalter Schweiss. Die Temperatur ist normal, subfebril oder subnormal: letzteres meist zu Beginn der Pneumonie. Der Puls ist frequent, klein, kaum fühlbar. Die Atmung ist dyspnoisch und oft verlangsamt. Herzschwäche. Spontaner Abgang von Kot und Harn, ev. Harnretention. Für gewöhnlich keine Nierenschädigung und Harn daher meist ohne besonderen Befund: Albuminurie, Cylindrurie und Haematurie höchst selten. Der Ausgang der Intoxication ist in der Mehrzahl der Fälle Genesung nach Verlauf von durchschnittlich zwei Wochen. Magendrücken und Verminderung der HCl-Ausscheidung bleibt einige Zeit bestehen. Narbenstenosen, wie sie nach Säure- und Laugenvergiftungen leider so häufig zurückbleiben, werden nach Lysolvergiftung nur sehr selten constatiert. Exitus letalis (meist durch Aspirationspneumonie) dank der lebensrettenden Wirkung der Magenspülung nur etwa in 7 pCt. der klinischen Fälle. Section: Corrosionen des Verdauungstractes bis ins obere Jejunum. Grauweisse, pergamentartige Nekrose des Epithels, speciell auf den Faltenhöhen des Magens. Doch kann die Vergiftung, auch ohne pathologische Veränderungen am Verdauungscanal hervorgerufen zu haben, verlaufen. An den Lungen wird häufig eitrige Bronchitis mit bronchopneumonischen Herden wahrgenommen. In den Bronchien ist Mageninhalt nachgewiesen worden. Blutfülle des Hirns. parenchymatöse Entzündung der Leber. Leichte Hyperämie der Niere. Diagnose: Das Erbrochene riecht stark nach Lysol. Bräunlich, glänzende, ev. rötliche Aetzschorfe an den Mundwinkeln, am Kinn u. s. w. Weissliche Aetzschorfe auf geröteter Schleimhaut in Mund und Rachen. Der gelbgelassene Harn oxydiert sich wie der Carbolharn beim Stehenlassen an der Luft dunkelgrün. Bei Zusatz von Säuren färbt sich der Harn der Lysolvergifteten (nicht das Lysol selbst) blau, bei Zusatz von Laugen rot. Therapie: während der Vorbereitung zur Magenspülung lasse man grössere Mengen Milch oder Wasser trinken, um das Lysol zu verdünnen. Die Magenspülung selbst hat sogar nach 44 Stunden nach Aufnahme des Gifts lebensrettend gewirkt, ist also zu jeder Zeit indiciert und wie bei fast allen Intoxicationen die beste Massnahme. Sie muss so lange gehandhabt werden, bis das Spülwasser klar geworden und nicht mehr nach Lysol riecht. Ferner sind Klystiere zu geben, speciell in den Fällen, wo durch Oedem der obersten Luftwege (in solchen Fällen ev. Tracheotomie!) die Magensonde nicht vordringen kann. Gegen die Herzschwäche gebe man Analeptica: Kampfer und Coffein.

Petrolbenzin, in Deutschland auch Benzin genannt, ist ein Gemisch des Destillats von über 70° C. siedendem (amerikanischen) Petroleum, das vornehmlich die Kohlenwasserstoffe Hexan C_6H_{14} und Heptan C_7H_{16} enthält. Das Petrolbenzin des Handels enthält ausserdem noch Beimengungen von anderen Kohlenwasserstoffen. Mit Benzol C_6H_6 hat Benzin, das ein benzolfreies Gemisch darstellt, nichts zu tun. Gelegenheit zu Benzinvergiftungen ist leider häufig gegeben durch die mannigfache öconomische wie technische Verwendung, da Benzin ausser im Haushalt und in Wäschereien zum Reinigen von Kleidungsstücken, auch als Kraftquelle resp. Heizmaterial und in der Kautschukindustrie benutzt wird. Von Kindern, auch von Erwachsenen wird Benzin wegen des wasserhellen Aussehens mit Trinkwasser verwechselt. Auch zum Selbstmord ist es versucht worden. Am häufigsten aber dürften die Unfäll sein, die durch Einatmen von verdunstetem Benzin bein Abfüllen in schlecht ventilierten Vorratskammern ode beim Reinigen von Benzinbehältern entstehen [1]. Di acute Vergiftung durch Einatmen von Benzindunst äussert sich in folgendem Symptomencomplex Betäubung, Bewusstseinsverlust kann so unvermittel rasch eintreten, dass die Vergifteten sich nicht meh an die frische Luft retten können. In der Klinik constatiert man Lähmungen und Aufhebung der Reflex Wohl infolge der Acrocyanose und der Kälte der Hau wie der Extremitäten tritt heftiges Muskelzittern au das unter dem Bild eines schweren Schüttelfrostes verläuft. Dieses Muskelzittern nach vorangegangenem Bewustseinsverlust ist wohl das typischste Symptom de Benzinvergiftung. Die Pupillen sind meist stark erweitert und reactionslos. Nystagmus kann vorkommen. D Sensorium ist benommen. Beine, Blase und Mastdar

[1]) Auf die Verletzungen und Todesfälle durch Benzinexplosionen (vgl. Fabrikfeuerwehr 1909. Nr. 3. p. 11) sei hier n hingewiesen.

sind gelähmt. Zuckungen in Armen und Beinen, Krampfanfälle, auch hysterische Anfälle: hysterisches Seufzen und Lachen sind beobachtet worden. Die Atmung ist verlangsamt, unregelmässig, röchelnd ev. schmerzhaft. Der Puls ist klein, unregelmässig, öfters beschleunigt. Das Gesicht ist rot oder blaurot verfärbt. Es besteht Kopfschmerz, Brechreiz, auch Erbrechen kann vorkommen. Die Genesung kann noch selbigen Tags auftreten, in schweren Fällen aber auch durch Tage sich hinziehen. Betreffs der chronischen Vergiftung sei bemerkt, dass die in mit Benzin arbeitende Betriebe neu eingetretenen Arbeiter anfangs über Kopfschmerz und Schwindligsein klagen, sich aber meist an die Benzindünste allmählich gewöhnen. Doch haben sich auch folgende Symptome einer chronischen Vergiftung gezeigt: Kopfdruck, Appetitmangel, allgemeine Schwäche, fibrilläre Zuckungen, hysterieähnliche Erscheinungen, Gliederschmerzen, Parästhesien, leichte Paresen, psychische Depression und Magen-Darmstörungen. Hier sei auch des sog. „Benzinrausches" gedacht, in den Personen versetzt werden, die längere Zeit des Genusses halber an Benzin riechen. Ein Mädchen trug von diesem Abusus eine retrobulbäre Neuritis davon. Genuss von Benzin ist bei Kindern imstande, selbst nach Einnahme sehr geringer Mengen in kürzester Zeit ad exitum letalem zu führen. Erwachsene sind gegen Benzin etwas widerstandsfähiger. Die Symptome, die selbstredend individuell und je nach dem genossenen Quantum differieren, sind: bei Kindern: Betäubung, Bewusstseinsverlust, Lähmungen, Cyanose, Magenschmerzen, bedrohliche Herzschwäche, kleiner, meist beschleunigter Puls, Mydriasis, Verdrehung der Augen, Kälte der Haut, Meteorismus. Nach ruhigem Schlaf unter Schweissausbruch ev. Genesung. Bei Erwachsenen kommt es selten zu Betäubung. Meist Brennen in Kehle, Magen und Brust. Schluckbeschwerden, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Meteorismus, Atem kurz und schnell, kurzandauernde krampfartige Zuckungen, Muskelzittern, Trismus, Mydriasis oder Myosis, Fieber. Putride Bronchitis — durch Aspiration von Mageninhalt oder durch Ausscheidung des aufgenommen Benzins durch die Lungen; für letztere Annahme spräche der oft constatierte Geruch der Atemluft nach Benzin. Section: Entzündung des Verdauungscanals und der Luftwege. In den Lungen pneumonische Verdichtungen. Blutaustritte in verschiedene Organe. Hirn und Hirnhäute hyperämisch. Blut und Leichenflecke sollen durch ihre kirschrote Farbe an CO Vergiftung erinnern. Therapeutisch ist Magenausspülung gerade bei der Benzinvergiftung eine sehr dankbare Massnahme. Bei Vergiftung durch Benzineinatmung ist künstliche Atmung, ev. Sauerstoffinhalation indiciert. Prophylactisch sorge man für vorzügliche Ventilation in Räumen, wo Benzinverdunstungen auftreten können. Das Personal ist anzuweisen, im eigenen Interesse kein Benzin auf den Boden der Vorratskammern zu vergiessen.

Petroleum. Unter Petroleum versteht man ein Gemisch von Kohlenwasserstoffen vornehmlich der Methan-, auch der Aethylenreihe, im übrigen ist die Zusammensetzung speciell in den Beimengungen je nach Herkunft recht verschieden. Russisches, galizisches, amerikanisches Petroleum u. s. w. sind also nicht als durchaus identische Producte aufzufassen. Ursache der Vergiftungen: Giftmord, Selbstmord, Gebrauch als Abortivum, Verwechselung mit trinkbaren Flüssigkeiten, speciell durch Kinder, ferner Einatmung von Petroleumdämpfen bei der Gewinnung des Petroleum, beim Verladen der Tonnen, beim Aufenthalt in Peroleumtanks, bei der Destillation und bei technischen Verwendungen zum Antrieb von Motoren und in der Linsenschleiferei; schliesslich der verderbliche Gebrauch von Petroleum zum Einfetten des Kopfhaars und als Volksmittel gegen die Scabies[1]). Vergiftungssymptome nach Einatmung von Petroleumdämpfen: kurze Zeit alkoholrauschähnlicher Zustand, Hallucinationen, Delirien, Kopfschmerz und Schwindelgefühl. Die Beschwerden können sich bis zum Verlust des Bewusstseins steigern. Acrocyanose: bläuliche Verfärbung besonders der Hände, Lippen und Ohren. Schwarzwerden vor den Augen. Herzschwäche. Puls klein, schlecht gefüllt. Pneumonie und Schüttelfrost ev. Tod durch Syncope oder Asphyxie. Für chronische Schädigung durch Einatmen von Petroleumdämpfen wird als sehr typisch genannt: Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Vertigo, Druckgefühl im Kopf, Aufstossen, Magenbeschwerden ev. Erbrechen und Durchfälle, Ohrensausen, Reizung der Nasenschleimhaut wie beim Zwiebelschälen. Bronchitis. Gefühl von Trunkenheit und Schläfrigkeit. Ev. Zittern und Zuckungen am ganzen Körper. Klonische Krämpfe. Ohnmachtsanfälle. Sprach-, Seh- und Schlingbeschwerden. Schwerbeweglichkeit von Lippen und Zunge. Schwäche der Gesichtsmuskulatur, auch des Musculus orbicularis. Schnürende Schmerzen, die vom Nabel zur Kehle aufsteigen, und stechende Schmerzen im Rücken, Mydriasis oder Myosis. — Durch Verstauben von Petroleum auf die Haut sah man Knötchen und eitrige Pusteln. Nach äusserlicher Application — ev. sogar schmerzhaftes Oedem der Haut. Vergiftungssymptome nach Genuss von Petroleum: Es gibt Menschen, die Petroleum wie Schnaps trinken. Nach Aufnahme geringer Mengen stellen sich bei Erwachsenen, abgesehen von tagelang andauerndem Aufstossen und Petroleumgeschmack, meist keine weiteren Symptome ein. Bei Kindern sind jedoch gar nicht selten ernstere Symptome und Todesfälle nach Petroleumgenuss eingetreten. Die Symptome äussern sich in Erbrechen und Durchfällen, die ev. blutige Beimengsel enthalten, kolikartigen Leibschmerzen. Schmerzhafte Miction: Cylindrurie, Albuminurie. Cyanose ev. Icterus. Myosis oder Mydriasis. Selten Krämpfe, Lähmungssymptome, Somnolenz. Herztätigkeit und Pulsfrequenz meist erhöht. Masernähnliches Exanthem, das unter Desquamation wieder verschwand, trat in einem Fall nach Petroleumgenuss auf. Section: Magen-Darmcanal zuweilen entzündet oder bloss Schwellung der Plaques und Follikel. Hyperämie der Schleimhaut des Larynx und der Trachea. Atelektase der Lungen und Zeichen von pneumonischer Infiltration. Nieren auffallender Weise meist normal. Therapie: Magenausspülung, Klystiere. Bei Herzschwäche Coffein.

Literatur.

G. Ballerstedt. Zur Casuistik der Lysolvergiftung. Dissertation. Leipzig 1909. R. Birnbaum. Acute Lysolvergiftung d. Uterusspülung. Centralbl. f. Gyn. 1909. Nr. 44, ref. in Münch. Med. Wochenschr. 1909. Nr. 46. J. Eiselt. Lysolvergiftung etc. Prager Med. Wochenschr. 1909, ref. in M. M. W. 1909. Nr. 26. Fabrikfeuerwehr 1909. Nr. 3, p. 14. Benzinvergiftung ref. ebendort 20. Juli 1909. F. Gumprecht. Vergiftung durch Verbindungen d. Fettreihe in Handb. d. ges. Ther. I. 1909. p. 444. W Hancken. Ueber Benzinvergiftung. Centralbl. f. inn. M. 1909, ref. in M. M. W. 1909. Nr. 15. R. Heinz. Vergiftung d. arom. Verb. in Handb. d. ges. Ther. I. 1909. p. 489. E. v. Hofmann. Atlas der gerichtl. Medicin. München 1898. Tab. 40. R. Kobert. Intoxicationen II. Stuttgart, 1906. p. 128, 667, 924 und 1243. A. I. Kunkel. Toxicologie I. Jena. 1899. p. 394 und 534. W. Leidenfrost. Ein Beitrag zur Casuistik der Petroleumvergiftung. Dissertation. Jena. 1909. L. Lewin et G. Pouchet. Toxicologie. Paris 1903. p. 481, 534. Medicin. Ges. Magdeburg. Sitzung Jan. 1909. ref. in M. M. W. Nr. 16. I. Müller u. Behrendes. Lysolvergiftung. Münch. Med. W. 5. I. 1909. H. Wichern. Ueber Benzinvergiftung, ebendort. Ztschr. f. Gewerbehygiene. 1909. Nr. 12. p. 327, ref. ibidem. Nr. 32.

---

[1]) Die Fälle, wo meist Mädchen sich mit Petroleum übergiessen und in selbstmörderischer Absicht sich anzünden, ferner die Unfälle mit brennenden Petroleumlampen seien hier nur erwähnt. Was schliesslich die sog. Petroleumöfchen betrifft, so muss bemerkt werden, dass deren Verwendung wegen der Kohlensäureanhäufung im Raum, wo sie gebrannt werden, hygienisch nicht einwandfrei ist.

Referate.

Prof. Dr. C. Strzyzowski. Ein neuer praktischer Harnstoffbestimmungs-Apparat, das Doppelureometer. Schweizer. Wochenschr. f. Chemie u. Pharmacie. 1910, S. 91.

Die grosse Zahl der existierenden Ureometer, unter denen sehr brauchbare Instrumente sind, von denen aber ein jedes seine Vorzüge und Nachteile hat, dienen zur Entwicklung und Messung des N, welcher bei Einwirkung von Hypobromit auf Harnstoff entsteht, und die Genauigkeit des Resultates hängt, abgesehen von der Exactheit der Gradierung des Messrohres nur davon ab, ob der betreffende Analytiker sich die Mühe nimmt, das abgelesene Gasvolum der Temperatur- und Barometercorrectur zu unterziehen. Gerade diese letztere Arbeit, die nicht schwierig, aber zeitraubend ist, wird sehr häufig als lästig vernachlässigt, wodurch ein analytisches Resultat seinen Wert verliert. Nun gibt es ein sehr einfaches und wissenschaftlich wohlbegründetes Mittel, die Reduction des Gasvolumens bei der Harnstoffbestimmung zu umgehen und damit gleichzeitig die Möglichkeit von Rechenfehlern auszuschalten. Die Vereinfachung bei seinem Apparat in der denkbar praktischsten Weise verwertet zu haben, ist ein entschiedenes Verdienst von Prof. Strzyzowski.

Der zugrunde liegende Gedankengang der Construction des Apparates ist folgender: Wenn man gleichzeitig mit dem zu untersuchenden Urin, d. h. unter denselben Versuchsbedingungen (Druck, Temperatur, Reagentien etc.) eine reine Harnstofflösung von bekanntem Gehalt mittelst Bromlauge zersetzt, so wird die Barometer- und Temperaturcorrectur überflüssig. Ergeben z. B. 5 cm.³ (=0,05 g. Harnstoff) einer 1%-igen Harnstofflösung bei 18° C. und 757 mm. Barometerstand 18 cm.³ Stickstoff, so werden auch von dem aus dem Harn gleichzeitig unter denselben Bedingungen entwickelten Stickstoff je 18 cm.³ einer Menge von 0,05 g. Harnstoff entsprechen. Wären z. B. aus 2,5 cm.³ Harn 13 cm.³ N entwickelt worden, so ergibt die Gleichung 18 : 0,05 = 13 : X die in 2.5 cm.³ Harn enthaltene Menge Harnstoff. Noch etwas vereinfacht wird die Rechnung, wenn man gleiche Volumina Harn und Harnstofflösung anwendet, man hat alsdann nur die Anzahl cm.³ N aus dem Harn durch die cm.³ N aus der Harnstofflösung zu dividieren, um direct die Ziffer des Harnstoffgehaltes im Liter zu erhalten, und braucht nur das Komma an die richtige Stelle zu setzen. In obigem Beispiel also, bei Verwendung von 5 cm.³ Urin 18 : 0,05 = 26 : X, statt die Rechnung $\frac{0,05 \times 26}{18} = \frac{1.3}{18}$ auszuführen und mit 200 zu multiplizieren, dividiere man einfach 260 durch 18; Resultat: 14,44 g. Harnstoff im Liter.

Dies Raisonnement ist jedoch nur richtig unter der Bedingung, dass man eine 1%-ige Harnstofflösung verwendet und Temperatur und Druck während der Dauer des Versuches dieselben bleiben.

Das Doppelureometer von Prof. Strzyzowski dürfte wohl somit für den Augenblick das vollkommenste Instrument seiner Art darstellen. Die Fabrikation und den Vertrieb des Apparates hat die Firma Auer & Cie in Zürich, Sihlquai 131, übernommen.

Ed. L.

Zeitschrift für gynäkologische Urologie, herausgegeben von W. Stoeckel. Band II. Heft I.

Der Inhalt des ersten Heftes ist folgender:

A. Labhardt: Verkalktes Fibromyom der Urethra. A. Schläffli: Zur Behandlung der Cystitis, speciell der schweren postoperativen Blasenentzündung. Kuntsch: Wie bekämpft man weitgehende Schädigungen der Blase nach Radicaloperation des Cervixcarcinoms. S. Mirabeau: Kritische Bemerkungen zur functionellen Blasendiagnostik nach R. Knorr. Gutzeit: Blasensteinbildung nach Aetzung einer Blasenscheidenfistel mit Höllenstein. J. Hartmann: Zur Casuistik des Ureterprolapses durch die Harnröhre. S. Solieri: Zur Ureteroneocystostomie bei chirurgischer Verletzung des Harnleiters. R. Knorr: Die ascendierende Gonorrhoe im Harnapparat der Frau.

Labhardt hat bei einer 63-jährigen Frau eine polypöse Geschwulst am vorderen Umfang der Urethralwand entspringen sehen. Der Tumor bestand aus glatten Muskelfasern und vielfachen Kalkablagerungen.

Schläffli behandelt die postoperative Cystitis mit Salicylpräparaten und dem französischen Präparat Aniodol, ein Formaldehydpräparat, das antiseptisch wirkt. Für die gewöhnliche Anwendung braucht Sch. die Lösung von 0,25‰, die nie Reizerscheinungen bei Blasenspülungen hervorrief. Früher machte Verf. Argentum nitricum-Instillationen 1 pCt., dann steigend auf 5 pCt., 2—3 Cbcm. in die leere Blase nach Ausspülung mit Borlösung. Am meisten empfiehlt Sch. doch das Aniodol.

Kuntsch weist auf die Schädigung der Blase bei schweren Carcinomoperationen hin, die dadurch entstehen, dass wir das Blasenlager um ³/₄ seiner Haftfläche berauben, viele Nerven und zuführende Gefässe durchtrennen. Mit der mechanischen Läsion des Blasengewebes geht die Lähmung der Blasenmuskulatur einher, der Harn stagniert und zersetzt sich in der Blase. Zu den genannten Schädigungen kommt der Katheterismus, doch spielt dieser bei sauberer Anwendung nicht die Hauptrolle. Um Retention und Zersetzung des Urins zu verhindern, proponiert K. Dauerkatheter, Blasenspülungen und in schweren Fällen permanente Blasenirrigationen Stunden bis halbe Tage lang mit Kochsalzlösung durch einen Doppelkatheter.

Gutzeit beobachtete eine Blasenfistel, die geschlossen wurde, danach einige Höllensteinbeizungen. Nach einiger Zeit bildete sich ein Blasenstein.

Hartmann beschreibt einen aus der weiten Urethra sich vorwölbenden Tumor, der sich als Prolaps der Blase erwies. Drei Operationen wurden gemacht: zuerst Fixation der Blase hoch am Uterus, dann nach Bauchschnitt der Uterus an den Ligam. rot mit einem daneben liegenden Blasenzipfel jederzeit mit zwei Nähten heraufgenäht, die durch Fascie, Muskulatur, Ligament hindurchgehen, in der Mitte wird die Blase an das Peritoneum fixiert. Auch diese Operation war ohne Erfolg, daher wurde die Sectio alta gemacht. Es handelte sich um das cystisch aufgetriebene Ende des stenosierten linken Ureters, welches durch die Harnröhre nach aussen vorfiel. Der cystische Sack wurde eröffnet, der restierende Ureterstumpf wurde mit Catgut an die Blasenwand befestigt.

Solieri berichtet über zwei Fälle von Verletzung des Ureters während der Operation. In beiden Fällen wurde der Ureter in die Blase invaginiert und fixiert mit bestem Erfolg. Die Ureteroneocystostomie kann in dieser Weise ausgeführt werden, wenn von dem Ureter nicht mehr als 10 Ctm. zerstört worden ist.

Knorr bespricht die Urethritis gon., Trigonitis gon., Ureteritis, Pyelitis und Pyelonephritis gonorrhoica.

Lingen.

Bücherbesprechungen.

Lasirifa. Erholungs- und Curorte nach ihren Höhenlagen zusammengestellt. Berlin. Verlag von Aug. Hirschwald. 1909. IV+66 Seiten.

Für den praktischen Arzt ist es von Wichtigkeit, sich über die Höhenlage des Curortes, wohin er seinen Patienten schickt, zu orientieren. Diesem Zweck dient das kleine Büchlein, das, wenn es auch keinen Anspruch auf erschöpfende Vollständigkeit erhebt, doch wohl nicht nur die wichtigsten, sondern auch die weniger bekannten Curorte, angefangen von den an der Meeresküste gelegenen und bis zu 2227 M. über dem Meeresspiegel enthält. Zuerst werden die im Gebiet des Atlantischen Oceans befindlichen Seebäder und Curorte, dann diejenigen am Mittelländischen und Adriatischen Meer, ferner die Nordsee- und Ostseebäder und die im Gebiet der Ostsee gelegenen Curorte angeführt. Dann erst folgen die höher gelegenen Orte bis zur oben genannten Höhe. Die Angaben über die einzelnen Curorte sind ganz kurz gefasst und umfassen immer nur einige Zeilen, mit den zur Charakteristik des Ortes dienenden Schlagworten. Bei einigen Orten fehlt die Angabe über die geographische Lage, so z. B. bei Auerbach, Badenweiler, Säckingen, Appenzell, Harzburg. Bei fast allen Orten ist die Eisenbahn- oder andere Verbindung angegeben, umsomehr fällt es auf, dass dieselbe bei einigen fehlt, wie z. B. bei Innsbruck, St. Blasien, Füssen und so manchen anderen. Die an der russischen und finnischen Ostseeküste gelegenen Seebäder und Curorte fehlen leider ganz, ebenso wie viele andere Curorte in Russland. Die Angaben über die kaukasischen Curorte sind z. T. nicht richtig. Statt Shelesnowodsk *) (oder Jelesnowodsk) wird der Ort Seelenowodsk genannt, statt Pjatigorsk heisst es im Buch Pjätigorsk, Kisslowodsk liegt nicht 900, sondern nur 823 M. üb. d. M. Die Reiseverbindungen zu diesen Orten sind nicht angegeben. Diese Bemerkungen sollen nicht den Wert des Buches schmälern, sondern nur dem Verfasser als Hinweis dazu dienen, wo in einer etwaigen 2. Auflage des Buches Ergänzungen anzubringen wären, damit es ganz und voll seinen Zweck erfülle.

Fr. Dörbeck.

---

*) Sh oder J wie J in Journal auszusprechen.

E. Merks Jahresbericht über Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmacie. 1908. XXII. Jahrgang. Darmstadt 1909.

Der Merck sche Jahresbericht ist für den praktischen Arzt ein wertvolles Nachschlagebuch, wenn er sich über die Wirkungs- und Verordnungsweise der älteren und neueren Medicamente orientieren will. Besonders wichtig ist es, ein solches Buch zur Hand zu haben wenn es gilt, sich in der Unmenge der in jüngster Zeit auf den Markt gebrachten chemischen und organotherapeutischen Mittel zurechtzufinden, denn hier findet der Leser eine kritische Zusammenstellung der einschlägigen Literatur mit genauen Citaten der betreffenden Arbeiten. Wer diese Berichte Jahr für Jahr verfolgt, der wird sich davon überzeugen können, dass sie mit den Leistungen und Fortschritten der Wissenschaft immer Schritt halten und inbezug auf die Angabe der neueren Literatur sehr zuverlässig sind.

Fr. Dörbeck.

Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medicin im In- und Auslande. Begründet von Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Ebstein, Göttingen. Herausgegeben von Privatdocent Dr. Bendix, Köln; Dr. Beyer, Magdeburg; Chefarzt Dr. Freymuth, Belzig; Dr. Friedeberg, Magdeburg; Oberarzt Dr. Konrich, Jena; Privatdocent Dr. Meinertz, Rostock; Oberstabsarzt Privatdocent Dr. Menzer, Halle a. S.; Dr. Rigler, Leipzig; Dr. Schlüter (†), Magdeburg; Oberarzt Dr. Schreiber, Magdeburg; Oberarzt Dr. Trembur, Jena; Privatdocent Dr. Uffenorde, Göttingen; Privatdocent Dr. Vogt, Rostock; Dr. Völsch, Magdeburg. Redaction: Dr. Schreiber in Magdeburg, Dr. Rigler in Leipzig. Bericht über die Jahre 1902 und 1903. II. Band. Leipzig 1909. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. X + 794 S. Preis M. 30.

Wie in der Besprechung des I. Bandes (s. diese Wochenschrift 1909, Nr. 51, S. 682) bereits rühmend hervorgehoben war, bildet dieser Jahresbericht eine übersichtliche und sehr genaue Zusammenfassung der Literatur der verschiedenen Gebiete der inneren Medicin für die im Titel bezeichnete Periode. Der 2. Band enthält die Capitel: Vergiftungen, Erkrankungen des Nervensystems, Diagnostik, Therapie, Infectionskrankheiten und Zoonosen und Allgemeines, in welch' letzterem Capitel die allgemeine Physiologie und Pathologie abgehandelt werden. — Unsere Bemerkung in der Besprechung des I. Bandes über das Fehlen einiger wichtiger Capitel der inneren Klinik in dem Jahresbericht war durch eine missverstandene Auffassung des Anlageplanes des grossen Werkes bedingt, indem es uns schien, dass Band I den Gesamtbericht über den Zeitabschnitt 1902—1903 enthielt und Band II den folgenden Zeitabschnitt enthalten sollte. Nach dem Erscheinen des 2. Bandes des Berichtes über 1902—1903 und des ebenfalls zweibändigen Berichtes über das Jahr 1908 wurde der Irrtum klar. — Wie aus der obigen Aufzählung der Capitel zu ersehen ist, haben die Herausgeber und Redacteure in den 2 erschienenen Bänden nicht nur alle Gebiete der inneren Medicin behandelt, sondern sogar die Vergiftungen in den Kreis ihrer Betrachtung gezogen. Zur Orientierung in dem grossen Werk fehlt nur noch das Sachregister. Um aber die Ausgabe des Jahresberichtes nicht noch mehr zu verzögern, haben sich Redaction und Verlag entschlossen, das ausführliche Register, dessen Herstellung sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, als Sonderheft erscheinen zu lassen.

Das Buch kann allen Collegen, die literarisch arbeiten, als Nachschlagebuch bestens empfohlen werden.

Fr. Dörbeck.

T. Cieszyński. Der polnische Apotheker. Polnisch-lateinisches Wörterbuch. 2-te vermehrte Auflage, bearbeitet von J. Jasinski. Leipzig. 1909. Verlag von Johann Ambrosius Barth. 160 Seiten. Preis M. 2,80.

Den grössten Teil des Bändchens (die ersten 120 Seiten) nimmt ein polnisch-lateinisches Verzeichnis der in polnischen Gegenden gebräuchlichen Namen der Arzneikörper ein. Dasselbe enthält etwa 480 Wörter, darunter viele wirklich volkstümliche Benennungen, die selbst dem polnisch sprechenden Nichtpolen nicht immer geläufig sein dürften; doch finden wir im Verzeichnis auch Benennungen, die mit den lateinischen fast identisch sind, wie z. B. alizarinowy atrament—atramentum alizarinicum, eter—aether, spirytus—spiritus, wie auch solche, die in den meisten europäischen Sprachen mehr oder weniger gleich lauten, als: wata—gossypium, soda—natr. carbonicum, karmin—carminum u. drgl. m. Die Weglassung solcher Benennungen würde den Wert des Wörterbuches wohl nicht beeinträchtigen. — An dieses Wörterbuch schliesst sich ein deutsch-polnisches Verzeichnis der wichtigsten in den Apotheken vorkommenden Ausdrücke an, worauf eine Verdeutschung der im Polnischen üblichen Signaturen folgt. Die nächsten 12 Seiten enthalten Beispielsgespräche in deutscher und polnischer Sprache. Es sind dies eine Reihe von Dialogen (17) zwischen Apotheker und Kunden. Dieselben erscheinen uns zu detailliert-casuistisch; eine mehr allgemein gehaltene Zusammenstellung der gebräuchlichsten Redewendungen und Ausdrücke in beiden Sprachen dürfte von grösserem Nutzen sein. Den Schluss des Werkchens bildet ein Capitel über die polnischen Buchstaben mit Angabe der Aussprache derselben.—Den in polnischen Gegenden tätigen deutschen, der Landessprache noch nicht mächtigen Pharmaceuten kann das Büchlein gewiss gute Dienste leisten, indem es ihnen den Verkehr mit dem Publicum und dem Dienstpersonal zu erleichtern vermag.

W. Dörbeck.

Professor Dr. Edmund Leser. Die specielle Chirurgie in 60 Vorlesungen. Kurz gefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studierende. Mit 435 teils farbigen Abbildungen im Text. Neunte vermehrte und verbesserte Auflage. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1909. XXXII + 1418 S. Preis broschiert 26 M. 50 Pf.

Die allgemeine Beliebtheit des Leser schen Lehrbuches hat es bewirkt, dass nach knapp einem halben Jahr eine neue Auflage — nunmehr die neunte — notwendig geworden ist. In der vorliegenden Auflage ist im Verhältnis zu den vorhergehenden mehr Gewicht auf Diagnose und Differentialdiagnose gelegt worden. Ferner sind im Kapitel über die Erkrankungen des Mittelohres die gebräuchlichsten Operationen eingeschaltet worden. Die Abbildungen, die wiederum um 25 vermehrt worden sind, sind ganz vorzüglich. Druck und Papier sind ausgezeichnet.

Hesse.

W. Brünings. Die directe Laryngoskopie, Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Ein Handbuch für die Technik der directen ocularen Methoden. Mit 87 Abbildungen im Text und 35 Figuren auf 19 Tafeln. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1910. XII + 405 Seiten. Preis gebunden 14 M.

Der Autor des vorliegenden schönen Werkes hat es sich in erster Linie zur Aufgabe gestellt, auch den Nichtspecialisten in methodologischer Hinsicht so vorzubereiten, dass er schon den ersten broncho-oesophagoskopischen Versuch mit dem Gefühl sicheren Gelingens unternehmen kann. Wenn dieses Buch auch «aus der Praxis für die Praxis» geschrieben ist, entbehrt es doch nicht der wissenschaftlichen Grundlagen. Die wissenschaftlichen Erörterungen sind jedoch durchweg in eigenen Kapiteln von dem Gang der Untersuchung abgesondert. Sämtliche in diesem Werke veröffentlichten Hilfsmittel sind vom Verfasser in der Killian schen Klinik in Freiburg in Br. ausgearbeitet und erprobt. Die Abbildungen sind in jeder Hinsicht mustergültig, besonders die Röntgenaufnahmen ganz hervorragend gut gelungen. Der Text klar und knapp, auch den sich immer wiederholenden Fragen des Anfängers ist Rechnung getragen. Die Verlagsbuchhandlung hat sich fraglos, durch Herausgabe dieses so notwendigen Buches in würdiger Form, ein grosses Verdienst erworben. Die Anschaffung dieses Werkes kann jedem empfohlen werden.

Hesse.

Ludwig Knapp: Der Scheintod der Neugeborenen. Seine Geschichte, klinische und gerichtsärztliche Bedeutung. II. Klinischer Teil. Mit 35 Abbildungen im Texte. 1904. III. Gerichtsärztlicher Teil. Mit 20 Abbildungen im Texte. 1909. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller.

Mit dem Erscheinen des zweiten und dritten Teiles ist das Werk nunmehr beendet. Es bietet eine in jeder Beziehung vollständige und erschöpfende Darstellung dieses wichtigen Gebietes und enthält eine ungemein genaue und reichhaltige Literaturangabe. Letztere ist so ausführlich, dass wohl kaum irgend eine Arbeit von Bedeutung unberücksichtigt gelassen worden ist.

Die Zeichnungen sind anschaulich und gut ausgeführt.

Fr. Mühlen.

Centralblatt für Herzkrankheiten und die Erkrankungen der Gefässe. Unter Mitwirkung hervorragender Fachautoritäten, redigiert von Dr. S. Schwarzbart.

Die von dem 2. Jahrgang bisher erschienenen beiden Hefte enthalten folgende Originalaufsätze: Mönckeberg. Zur Frage der besonderen muskulären Verbindung zwischen Sinus- und Atrieventricularknoten im Herzen; Friedrich. Die Arteriosclerose im Jugendalter (mit 5 beachtenswerten Tabellen; Dmitrenko. Beitrag zur Symptomatologie des ersten Tones an der Herzspitze; Groedel. Was leisten die Röntgenstrahlen bei der Untersuchung des Herzens? — Anschliessend erscheint eine Fülle von Referaten aus Anatomie, allgemeiner Pathologie, Klinik, Therapie, Vereins- und Congressberichten und schliesslich Bücherreferate.

Wir können dieses Blatt, welches von bedeutenden Fachautoritäten aller Herren Länder gefördert wird, nur wärmstens der Beachtung empfehlen.

D. R.

Dr. Eugen Kapelusch. Grundlinien der speciellen Symptomatologie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose. Verlag von Wilb. Braumüller. Wien und Leipzig 1909. Preis 5 Mark.

Dem Andenken seines grossen Lehrers Prof. Notnagel widmet Verf. dieses Werklein der speciellen Symptomatologie, in welchem in alphabetischer Reihenfolge die für den Praktiker wichtigsten Symptome und Krankheitserscheinungen abgehandelt werden. In den einzelnen Capiteln werden kurz und übersichtlich die einzelnen Krankheiten besprochen, denen dieselben Symptome zu eigen sind, mit jedesmaliger Betonung der differentialdiagnostischen Nebenerscheinungen, und dadurch wird es dem Praktiker möglich, in deductiver Weise sich im gegebenen Falle zur Diagnose durchzuarbeiten.

Knapp und übersichtlich ist dieses Büchlein der Semiotik, dem wir weite Verbreitung wünschen.

Hecker.

Dr. S. Jessner (Königsberg). Hauttuberculose. Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 21. Würzburg 1909. Verlag v. Curt Kabitzsch. (C. Stuber). 76 Seiten. Preis 1 Mark 30 Pf.

Wie bekannt, hat Verf. eine Reihe von Vorträgen veröffentlicht, die in kurzer, klarer Uebersicht den gegenwärtigen Stand der Anschauungen über verschiedene Hautkrankheiten darlegen, um auf diese Weise es dem praktischen Arzt zu ermöglichen, auf der Höhe der modernen Dermatologie zu bleiben.

Das vorliegende Heft behandelt die immer mehr in den Vordergrund tretende Frage der Bedeutung der Hauttuberculose, die bald eines der wichtigsten Capitel der Tuberculose-Lehre bilden wird. Können wir doch an keinem Organ die Tuberculose so gut studieren, wie an der Haut, wo wir die Entwickelung und den Verlauf des Leidens stets vor uns sehen. Daher rechnen wir es dem Verf. als ein besonderes Verdienst an, diese kurze, alles Wichtige umfassende Darlegung gegeben zu haben, wenngleich wir in manchen Fragen nicht auf dem Standpunkt des Verf. stehen können, der freilich nur sehr vorsichtig ausgedrückt wird. So in der Frage der Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberculose. Allerdings nimmt Verf. in derselben nur eine referierende Stellung ein, aber schon allein die eingehende Besprechung dieser Krankheit in dem Hefte über Hauttuberculose dürfte für Manchen eine Captatio benevolentiae sein.

Jedenfalls aber können wir den praktischen Aerzten, die keine Zeit haben, sich mit der ins Uferlose wachsenden Specialliteratur bekannt zu machen, dieses Büchlein aufs Beste empfehlen.

O. Petersen.

Gülhane-Festschrift zum 10-jährigen Bestehen des Kaiserl. Osmanischen Lehrkrankenhauses Gülhane. Von Prof. Dr. Wieting-Pascha. Mit 56 Abbildungen. Leipzig 1909. Verlag von Georg Thieme. 442 Seiten.

In vielen Staaten bestehen specielle Anstalten zur Ausbildung von Militärärzten, so auch in der Türkei. Da aber dieselbe offenbar nicht genügende Vorbildung für die praktische Tätigkeit bietet, wurde vor 10 Jahren in Constantinopel, namentlich dank der rührigen Tätigkeit des ersten Directors, Prof. Rieders, das Lehrkrankenhaus Gülhane gegründet, um den türkischen Militärärzten vor ihrem Eintritt in die Armee Gelegenheit zu geben, Einrichtungen und ärztlichen Dienst einer Klinik und eines modernen Krankenhauses praktisch kennen zu lernen. In zweiter Linie sollte das Krankenhaus dazu dienen, Soldaten zu Krankenpflegern auszubilden.

Es ist auf 180 Betten angelegt und für 100 Aerzte und 150 Soldaten bestimmt. Der Lehrkörper besteht aus 13 Lehrern und 23 Assistenten. Das Budget beträgt ca. 30000 Mark. Im Lehrplan haben ausser Chirurgie und innerer Medicin auch Nervenkrankheiten, Dermatologie und Syphilis, Frauen- und Kinderkrankheiten und Ophthalmologie Aufnahme gefunden. Die Dauer des Studierens ist auf 1 Jahr berechnet. Im Hospital gibt es 7 klinische Abteilungen, die jedoch sehr verschieden gross sind. Während die chirurgische 68, die interne 33 und die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung 22 Betten hat, verfügt die Nervenabteilung nur über 14 und die dermatologische, otolaryngologische und die ophthalmologische über nur je 12 Betten. Ueberall dieselben Verhältnisse, man will den verschiedenen Specialfächern immer noch die Gleichwertigkeit nicht zuerkennen.

Den Hauptteil des Buches nehmen die wissenschaftlichen Berichte der einzelnen Abteilungen ein, die wertvolle Zahlen und interessante Casuistik bringen. Ausführlich beschreibt Deycke-Pascha seine Versuche mit Nastin bei Lepra.

Sehr wertvoll sind die beigegebenen photographischen Abbildungen interessanter Fälle.

Die Austattung des Buches ist eine ganz vorzügliche.

O. Petersen.

Dr. Max Joseph. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Teil. Geschlechtskrankheiten. 6. Auflage. Mit 65 Abbildungen im Text, einer schwarzen und 3 farbigen Tafeln Leipzig. 1909. 492 Seiten. Verlag von Georg Thieme. Preis 7 Mk. 20 Pf.

Die vorliegende 6. Auflage des wohl bekannten und beliebten Handbuches hat eine radicale Umarbeitung erfahren auf Grund der epochemachenden Entdeckung der Spirochäte pallida und der Wassermann'schen Blutuntersuchung auf Complementablenkung, so dass das Buch auf der Höhe der neuesten Errungenschaften der Wissenschaft steht und sich dadurch neben den vielen alten Freunden gewiss noch manche neue erwerben wird. Eine Empfehlung braucht diesem Buch nicht mehr auf den Weg gegeben zu werden, es genügt, darauf aufmerksam zu machen, dass eine neue Auflage erschienen.

Die Ausstattung ist, wie gewöhnlich bei Georg Thieme — eine musterhafte.

O. Petersen.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 7. Mai 1909.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Brehm demonstriert die Flexura sigmoidea eines 21 Jahre alten Mannes, der soeben von ihm wegen Volvulus operiert wurde. Interessant ist das jugendliche Alter des Kranken, da ja der Flexurvolvulus eine exquisite Alterserkrankung darstellt. Wie gewöhnlich, waren auch in diesem Falle Attacken von Darmverschluss vorhergegangen, also die Flexur war chronisch erkrankt, und die Beweise sind an dem Präparat deutlich sichtbar, das Mesenterium ist zu einem harten infiltrierten Strang zusammengeschnürt und mit Narben bedeckt, die beiden Schenkel liegen «flintenlaufähnlich» zusammen. Obwohl schon 10 Stunden nach Einsetzen der Krankheit operiert wurde, war die Flexur schon zum grössten Teil gangränös, die Mesenterialgefässe zum grössten Teil thrombosiert, so dass reseciert und ein Anus praeternat. angelegt wurde. Da die Bauchhöhle trübes, fäculent riechendes Exsudat enthielt und die Darmschlingen bereits injiciert und mit Fibrinbelägen bedeckt waren, ist die Prognose schlecht. (Pat. ist gestorben).

2. Heidemann hält seinen Vortrag: «Ueber die Frühbehandlung der Syphilis».

3. Christiani demonstriert ein zweifaustgrosses cystisch degeneriertes Ovarium mit blutig gelatinösem Inhalt; das ganze Ovarium ödematös durchtränkt. Es handelt sich um eine Pat., welche vor etwas über 2 Monaten zuletzt die Regel gehabt hatte, seit 12 Tagen leicht blutete und über so starke Schmerzen im Abdomen klagte, dass sie vollkommen bettlägerig war. Pat. stark verfallen; Conjunct. icterisch verfärbt. Urin stark gallenfarbstoffhaltig. Puls 134. Temp. über 39,0. Abdomen weich, eindrückbar. In der Mitte erstreckt sich bis zum Nabel ein sehr praller, etwas beweglicher, birnförmiger Tumor. Bimanuell: der Tumor—der dem 6. Monat entsprechend vergrösserte Uterus; derselbe ausserordentlich prall gespannt. Der Muttermund hoch hinter der Symphyse, kaum erreichbar durch einen den Douglas vorwölbenden, ebenfalls elastischen

Tumor, der sehr empfindlich bei Berührung, unbeweglich eingekeilt ist. Probepunction ergibt schwarzes Blutserum. Diagnose: Blasenmole event. mit Gravidit. extrauterina. Die Operation ergibt das cystisch degenerierte Ovarium mit dem wohl als Seltenheit anzusehenden blutigen Inhalt; übrigens war das andere Ovarium ebenfalls mit blutigem Inhalt, degeneriert, sodass wohl Blutung durch Druck auf das Ovarium auszuschliessen. Nach Entleerung der Blasenmole prompter Rückgang der Temperatur und Erscheinungen von Seiten der Leber, auf welche Vortragender speciell hingewiesen haben möchte.

Sitzung vom 13. August 1909

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Schmähmann stellt einen Kranken vor mit Lähmung des Nervus cutan. femor. lateral.

2. Schmähmann stellt einen Kranken vor mit beginnender spinaler progressiver Muskelatrophie.

3. Popow (als Gast) demonstriert eine Patientin, die 6 Tage post partum an Gangrän der oberen Extremitäten erkrankt war. Die Gangrän der Extremitäten gehört überhaupt zu den allerseltensten Complicationen der Geburt. Nach Burkhard wurde an der Würzburger Klinik unter 5000 Geburten nur 2 Mal Gangrän der Extremitäten beobachtet, in der Literatur finden sich nur 24 Fälle, darunter nur 1 Mal Gangrän der oberen Extremitäten; die Mortalität beträgt 25 pCt. Als Ursachen werden angegeben: 1) Embolien der Arterien, 2) primäre Thrombosen derselben, 3) totale Obliteration der Venen. In sehr seltenen Fällen ist die Gangrän durch Nervenstörungen bedingt und ist nicht immer verständlich. Im vorliegenden Falle trat die Gangrän am 6. Tage nach erfolgter normaler Geburt auf bei einer erstgebärenden Frau. Der rechte Arm nekrotisierte bis zum Ellenbogen und wurde im oberen Drittel des Oberarmes amputiert. Der linke Arm nekrotisierte auf der ganzen Beugeseite des Unterarmes, der nekrotische Lappen wurde mit der Scheere abgetragen, wobei es sich herausstellte, dass alle oberflächlichen Beugemuskeln gangränös waren, nur der Flexor profundus war erhalten. Es handelte sich um eine Gangraena humida. In der amputierten Extremität, in den Art. radialis und ulnaris fand sich dunkles, geronnenes Blut und 2 feste Gerinnsel an der Grenze der Gangrän, die Venen waren leer. Der Verlauf war günstig und glatt, am Stumpf bildeten sich weiter keine Nekrosen. Die Ursache war nach Ansicht des Vortr. eine Embolie der Arterien. Da das Herz ganz gesund war und die Züchtungsversuche aus dem Blut ein negatives Resultat ergaben (Agar, Gelatine, Bouillon), so stammten die Embolien wahrscheinlich aus den Uterusvenen und hatten ein Foramen ovale apertum passiert. Ergotismus ist auszuschliessen, da Secale in zulässiger Dosis verabreicht wurde und weil bei Ergotismus Krämpfe aufzutreten pflegen, auch das pathologisch-anatomische Bild wäre ein anderes gewesen: leere Arterien infolge von Spasmus.

(Autoreferat.)

Sitzung vom 8. October 1909.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Mau stellt einen Kranken vor mit ausgedehnter Pityriasis versicolor, bei dem das von ihm zum ersten Mal beobachtete Phänomen sehr deutlich ist, dass nämlich die von der Krankheit befallenen Hautpartien nicht die Fähigkeit haben zu schwitzen. Zwecks genauerer Untersuchung dieser Erscheinung bittet er die Collegen, ihm nach Möglichkeit Material zur Verfügung zu stellen, damit er ev. die Möglichkeit haben könnte, auf histologischem Wege die Ursachen des Phänomens zu studieren, die er in einer Verlegung der Drüsenausführungsgänge durch Pilzrasen vermutet.

2. Mau stellt einen Kranken vor mit Syphilis beider Hoden und Nebenhoden. Die anfangs ganz colossalen Tumoren sind auf Jodkali sehr prompt kleiner geworden und haben jetzt nur noch ¼ ihrer anfänglichen Grösse. Sonst war anamnestisch nichts über eine überstandene Lues zu constatieren, und objectiv fanden sich nur leicht vergrösserte Cubitaldrüsen.

Discussion:

Zoepffel fragt, ob in diesem Falle nach dem Vorhandensein von Spirochäten gesucht worden sei, ein ev. positiver Befund wäre sehr interessant gewesen, da ja die Spirochäten in den luetischen Affectionen der inneren Organe selten zu finden seien.

Mau erwidert, er habe die Untersuchung nicht gemacht, da das Material dazu durch eine schmerzhafte Punction hätte gewonnen werden müssen, die er dem nervösen Patienten nicht zumuten wollte, da die Diagnose ex juvantibus ja feststand.

3. Brehm stellt einen Patienten vor, bei dem er vor 2½ Monaten eine Naht des Nervus medianus und sämtlicher Beugesehnen am Unterarm ausgeführt hat. Pat. hatte sich am 25. Juli mit Glas an der Grenze des mittleren und unteren Drittels des Vorderarmes eine grosse, tiefe Schnittwunde beigebracht. Es erfolgte eine starke Blutung. Bei der Untersuchung stellte es sich heraus, dass alle Beugesehnen bis auf die beiden Flexores carpi radial., den Flexor carpi ulnaris und den Abductor pollic. long. durchschnitten waren, ebenso der Nervus medianus, die Art. radialis und ulnaris und zu ⅓ der Nervus ulnaris. die Sehnennähte wurden mit Catgut, die Nervennähte mit feinster Seide angelegt, die durchschnittenen Gefässe unterbunden, die Wunde fast ganz vernäht. Der Verlauf war glatt, die Function ist jetzt soweit hergestellt, dass Pat. mit der Hand — es ist die rechte — jetzt alle Tischlerarbeiten ausführt, obwohl er die Massagecur kaum 14 Tage gebraucht hat und sehr früh zu arbeiten angefangen hat. Die motorischen und sensiblen Functionen des Medianus an der Hand sind hergestellt, die grobe Kraft herabgesetzt. Auch kann Pat. die einzelnen Finger noch nicht völlig differenziert bewegen, was auf Verwachsungen an der Nahtstelle hindeutet.

(Autoreferat).

4. Brehm stellt eine Patientin vor, die von ihm am 17. April wegen Peritonitis tbc. operiert wurde und völlig genesen ist. Die bis dahin gesunde und einer ganz gesunden Familie entstammende Pat., 20 a. n., erkrankte ziemlich plötzlich im März mit Schmerzen im linken Bein, zu denen sich eine schnell zunehmende Auftreibung des Leibes hinzugesellte. Anfang April ergab die Punction sehr stark eiweisshaltigen Ascites, Pat. fieberte sehr hoch und verfiel zusehends. Bei der Operation fand sich beiderseitige hochgradige Tbc. der Tuben, welche unförmig infiltriert, mit Tbc.-Knötchen besäet und mit Käsemassen gefüllt waren. Auf dem Peritoneum des Uterus, der Blase und der benachbarten Darmschlingen zahlreiche Knötchen und Fibrinbeschläge. Das Exsudat erfüllte die ganze Bauchhöhle, die sorgfältig ausgetrocknet wurde, worauf die Adnexa exstirpiert und die Bauchhöhle geschlossen wurde. Der Verlauf war günstig, es trat wohl ein neues Exsudat auf, wie das in diesen Fällen meist geschieht, doch wurde es bald restlos resorbiert. Pat. hat sich dann ausgezeichnet erholt und sieht jetzt blühend aus, auch objectiv ist im Abdomen nichts Abnormes nachweisbar, Pat. ist ganz beschwerdefrei, nur die Ausfallserscheinungen machen sich ab und zu bemerkbar. Die immer noch strittige Frage über den Wert der Laparotomie bei diesem Leiden erklärt sich wohl daraus, dass man alle Fälle in einen Topf wirft. Zweifellos gibt es doch sehr verschiedene Formen der Peritonitis tbc., die gewiss Uebergänge in einander aufweisen, aus praktischen Gründen aber hinsichtlich der Prognose und Therapie auseinandergehalten werden müssen. Körte unterscheidet 3 Formen: 1) die Perit. tbc. mit Bildung grosser feiner oder abgekapselter Exsudate. 2) Die Perit. tbc. mit Bildung von Tumoren, die aus zusammengebackenen Darmschlingen und Tuberkelknötchen bestehen und wenig oder garkein flüssiges Exsudat bilden. 3) Die Perit. tbc. mit Bildung von käsig-eitrigem Exsudat, wobei alle Bauchorgane untereinander zu unentwirrbaren Massen zusammengebacken sind. Die günstigste Form ist ohne Zweifel die erste, und wer das Glück hat, viele derartige Fälle in die Hände zu bekommen, der wird sicher gute Resultate haben und zwar Dauerresultate. Wer dagegen mehr die Fälle vom Typus 2 und 3 bekommt, wird bald genug vom Operieren haben. Vortragender hatte Gelegenheit, Fälle aller 3 Typen zu sehen und zu operieren. Die beiden Fälle mit serösen Exsudaten heilten nach der Operation prompt und sind gesund geblieben. Ein Fall, bei dem ausgedehnte Tumorbildung vorlag, so dass vor der Operation eher an Carcinose gedacht wurde, besserte sich zwar, wurde aber nicht gesund. Den zwei Fällen der dritten Gruppe konnte durch die Operation garnicht geholfen werden, bei dem einen gelang es überhaupt nicht, in die freie Bauchhöhle zu kommen, da alle Bauchorgane in eine compacte Masse verklebt waren, hier und da sassen kleine Käseherde. Bei einem anderen Fall, einem Kinde, das ausserdem noch an einem Empyem der Pleura litt, half die Entleerung des mächtigen käsig-eitrigen Exsudates nichts, es etablierte sich alsbald eine Kotfistel, an der das Kind langsam dahinsiechte. Redner hält mithin gerade die Fälle mit serösem Exsudat für geeignet zur Operation, und zwar solle man sie so früh als möglich operieren, wo die Aussaat der Tbc. noch beschränkt, die Verwachsungen noch gering und der primäre Herd noch bequem aufzufinden und zu entfernen ist.

Discussion:

Stender ist auch der Ansicht, dass man die Formen mit serösem Exsudat früher operieren muss, ehe der Process sich noch zu sehr ausgebreitet hat und das Exsudat schon andere Beschaffenheit angenommen hat. Er hat einen Fall behandelt, der unter ganz ähnlichen Erscheinungen erkrankt war wie der eben vorgestellte; es handelte sich um eine 30-jährige Dame; sie hatte in der ersten Zeit auf den Rat ihres Arztes

sich durch eifriges Reiten behandelt und war lange nicht zu einer Operation zu bewegen. Schliesslich wurde sie von Dr. v. Brackel operiert; es fand sich reichlich seröses, leicht getrübtes Exsudat und Tuberculose der Tuben, in der ganzen Bauchhöhle reichliche Aussaat von Knötchen auf dem Peritoneum. Die Operation brachte für 1 Monat erhebliche Besserung, dann traten die Beschwerden wieder auf, und es entwickelten sich zahlreiche grosse Tumoren, so dass der Process mithin in ein anderes Stadium getreten war. bei dem ein weiterer Eingriff aussichtslos erschien, die Kranke ging zu Grunde.

Brehm: Der soeben von Dr. Stender mitgeteilte Fall beweist, dass man mit dem Eingriff nicht zu lange zögern soll, namentlich bei den acut einsetzenden Formen mit hohen Temperaturen, die Consumption der Kräfte ist da eine ganz rapide, die soeben vorgestellte Patientin hatte sich in 14 Tagen geradezu unheimlich verändert. Man darf also nicht warten, bis die Reactionskraft des Herzens erschöpft ist, um so mehr als der Eingriff erfahrungsgemäss gut vertragen wird und nicht schadet.

5. Mau hält seinen Vortrag über: «Naevus linearis unilateralis» (mit Demonstration eines Kranken». (Erscheint im Druck).

6. Bei der statutenmässigen Neuwahl des Präsidiums werden wiedergewählt: Dr. Zoepffel zum Präses, Dr. Falk zum Vicepräses, Dr. Brehm zum Secretär, Dr. Stender zum Cassameister.

Sitzung vom 5. November 1909.

Präses: Dr. Zoepffel. Secretär: Dr. Brehm.

1. Alksne stellt einen Patienten vor, den er wegen Entzündung einer Schilddrüsencyste operiert hat. Die Geschwulst hatte sich angeblich in 5 Tagen gebildet und war so gross geworden, dass sie Atemnot hervorrief. Durch die Incision wurde eine Cyste eröffnet, die mit dicklicher, durchsichtiger Flüssigkeit gefüllt war. Eigentümlich war hier die schnelle Entstehung der mächtigen 2-faustgrossen Geschwulst. Da Pat. fieberte, wurde die Geschwulst nicht exstirpiert, sondern nur eröffnet. Die Schwellung ging dann prompt zurück, und es persistierte nur eine mässig secernierende Fistel.

2. Alksne demonstriert ein grosses Myom, welches von ihm exstirpiert wurde, da es Stuhlverhaltungen hervorrief, indem es im kleinen Becken eingekeilt war und die Flexura sigmoidea comprimiert hatte. Eventuell war auch der Ureter comprimiert, denn die Urinmengen waren auffallend gering.

3. Alksne demonstriert einen Nierenstein, der u. a. auch durch einige gelungene Röntgenaufnahmen diagnosticiert worden war (die Platte wird herumgegeben). Der Plan, den Stein zu entfernen und die Niere primär zu nähen musste aufgegeben werden, da die Niere zwei offenbar inficierte Cysten enthielt und die Nähte durch das Parenchym immer wieder durchschnitten. Ausserdem hatte der spitze Stein bei der sehr schwierigen Luxation der Nieren das Becken angespiesst. Die Niere wurde daher exstirpiert, da die functionelle Prüfung (Phloridzin, Indigocarmin) die andere Niere als functionstüchtig erwiesen hatte. Der Verlauf war 16 Tage hindurch günstig, Pat. stand schon auf, da stellte sich eine heftige Eiterung der Wunde und ein ausgedehntes Erysipel ein. Daran schliesst sich eine acute Cystitis und Pyelitis, welch letztere entweder auf metastatischem Wege oder ascendierend entstanden war. Unter pyämischen Erscheinung ging der Kranke, ein fettleibiger Potator, 7 Wochen post. operat., an Herzschwäche zu Grunde.

4. Alksne referiert über 2 Fälle von veralteter Schulterluxation, die von ihm operiert wurden. Der erste Fall heilte nach blutiger Reposition sehr gut, das abgebrochene Coracoid bildete das Repositionshindernis. Beim zweiten Fall, der ein grosses Hämatom der Axilla hatte, musste der Kopf des Humerus reseciert werden und beim Vorholen desselben setzte eine heftige Blutung aus einem Längsriss der Arteria axillaris ein, welche durch die Naht gestillt wurde. Eine Gangrän blieb aus. Die Function ist bisher unbefriedigend. Die Gefässnaht ist durchaus zu empfehlen und, wenn es sich um Längsrisse handelt, auch garnicht sehr schwierig, die Blutung aus den Stichcanälen steht immer auf Compression.

5. Brehm hält seinen Vortrag «Ueber Mammatumoren». (Erscheint im Druck).

Discussion:

Christiani weist darauf hin, dass die exacte Carcinomdiagnose im Frühstadium durchaus nicht leicht sei. Er stimmt dem Vortr. darin durchaus bei, dass der pathologische Anatom in solchen zweifelhaften Fällen nicht immer ausschlaggebend sein kann, sondern klinische Symptome, Alter v. Pat., Functionsfähigkeit des Organs, Resultate des eventuellen Eingriffs mit in Betracht gezogen werden müssen. Das Verhalten der Membrana propria ist nicht ausschlaggebend, sie kann gut erhalten sein bei zweifelloser Malignität, oft kann der Anatom das zweideutige Bild garnicht entscheiden. Was für die ersten Anfänge des Mammacarcinoms gilt, kann er für das Uteruscarcinom im vollsten Umfange bestätigen, es werde fast immer zu spät zur Operation geschickt, und auch die moderne radicale Wertheimsche Operation gibt einstweilen garnicht sehr glänzende Resultate. Daher ist es geboten, Prophylaxe zu treiben; er ist der Ansicht, dass man bei älteren Frauen mit dem Opfer eines ohnehin nicht mehr functionierenden Organs nicht so ängstlich sein dürfe, dadurch würde manche Frau vor dem Krebs bewahrt bleiben.

Fain warnt davor, in solchen Fällen zu radical vorzugehen und Organe zu entfernen, die man noch erhalten könnte. Er hat einen Fall behandelt, wo die Mamma durchaus den Eindruck machte carcinomatös erkrankt zu sein, es bestand eine ausgedehnte, harte, eiternde, fistulierende Geschwulst. Die Probeexcision erwies aber, dass es sich um eine Mastitis chronica handelte, die nach einigen Ausschabungen zur Heilung gebracht wurde, welche eine dauernde blieb. Der Fall beweist, wie vorsichtig man mit der Entfernung der Brust sein soll.

Alksne schliesst sich den Ausführungen der Herren Brehm und Christiani an. Bezüglich der Wertheimschen Operation könne er nur sagen, dass er von den glänzenden Resultaten derselben nicht überzeugt sei, er hat in Deutschland nicht wenige Ureterfisteln darnach gesehen, welche später die Nephrectomie erforderten. Bezüglich der Dauerresultate stehen noch genaue Erhebungen darüber aus, wie weit und ob die Wertheimsche Operation der vaginalen Exstirpation überlegen ist. Einen ähnlichen Fall, wie der College Fain, hat auch er beobachtet, der Fall wurde als Carcinom angesprochen und sollte operiert werden, da setzte ein Erysipel ein, welches den Tumor geradezu wegfrass. Es resultierte ein Narbenklumpen, in dem noch event. Krebskeime stecken mochten, die später einmal wachsen könnten. Er kann nicht einsehen, dass die Kranke mit einem solchen scheusslichen Narbenklumpen, der immer schmerzte, besser dran sein soll als mit einer glatten Narbe.

Brehm erwidert Fain, dass es immer misslich sei, von einem Fall aus zu verallgemeinern, ausserdem beweise der Fall eigentlich garnichts, er beweise nur, dass nicht aus jeder Mastitis chron. ein Carcinom zu werden brauche, — das habe auch weder er noch sonst jemand behauptet, er habe auch garnicht verlangt, dass jede chronisch entzündete Mamma entfernt werden soll, sondern nur gewisse Formen, die er genauer charakterisiert habe. Hinsichtlich der Erhaltung solcher chronisch entzündeten, fistulierenden Brüste stimme er Dr. Alksne durchaus bei, ein Vorteil besteht dabei kaum, von der Erhaltung eines Organs kann da auch kaum die Rede sein, die Drüse als solche ist ja ohnehin längst vernichtet.

Fain bemerkt, er habe nicht verallgemeinern wollen, muss aber dabei bleiben, dass die Entfernung von Organen für uns immer ein testimonium paupertatis ist, daher möglichst vermieden werden muss.

6. Ischreyt demonstriert eine Reihe wohlgelungener Mikrophotographien in Lichtbildern. Es handelt sich meist um Bilder des Glaukoms.

Sitzung vom 10. December 1909.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Zoepffel referiert über die Tätigkeit des I. baltischen Aerztecongresses in Dorpat.

2. Christiani referiert über die Tätigkeit der gynäkologischen Section des I. balt. Aerztecongresses.

3. Brehm referiert über die Tätigkeit der chirurgischen Section des I. balt. Aerztecongresses.

4. Zoepffel referiert über die Tätigkeit der urologisch-dermatologischen Section des I. balt. Aerztecongresses.

5. Zoepffel stellt einen Patienten vor mit einem eigentümlichen Exanthem der Hand. Dasselbe besteht seit ca. 2 Jahren fast unverändert und trotzte bisher jeder Therapie, nur vorübergehend besserte es sich nach antiluetischen Curen. Pat. hat vor vielen Jahren ein zweifelhaftes Ulcus gehabt, das sehr langsam heilte, vom Arzt aber für nicht syphilitisch erklärt wurde. Pat. hat gesunde Kinder erzeugt, Aborte sind nicht gewesen. Das Exanthem hat eigentlich nur die Vola manus und die Seitenwänder der Hand befallen, auf das Dorsum greift es nur in einzelnen Efflorescenzen über. Es besteht in ziemlich diffus die ganze Vola bedeckenden, stark schuppenden Infiltraten, in den Gelenkfugen haben sich Rhagaden gebildet. Am interessantesten ist die Randzone, wo der Ausschlag mehr aus solitären, lenticulären, mehr schinkenfarbenen Papeln besteht. Es besteht weder Jucken noch Schmerz, und die Klagen des Pat. betonen immer wieder

die deprimierte Stimmung, in die ihn der hässliche, hartnäckige Ausschlag versetzt. Zu deuten wäre er wohl aller Wahrscheinlichkeit nach als eine sogenannte Psoriasis syphilitica, obwohl sonst von luetischen Symptomen fast nichts nachweisbar ist (leichte Alopecia striata, einige vergrösserte Lymphdrüsen). Ein Ekzem müsste man wohl ausschliessen, da auf wiederholte entsprechende therapeutische Versuche nicht die geringste Besserung zu verzeichnen war, während antiluetische Massnahmen (Decoct. Zittmani, Mergal) ganz exquisite, wenn auch vorübergehende, Besserungen gebracht haben.

Discussion:

Heidemann spricht sich im vorliegenden Falle auch für Syphilis aus, bei einem Ekzem gebe es doch gelegentlich immer nässende Stellen und frische, typische Eruptionen. Die Psoriasis syphilitica sei bekanntlich sehr hartnäckig.

Mau schliesst sich auch der Diagnose an; ausser den typischen, lenticulären Papeln der Randzone sei hier auch noch eine sehr charakteristische Paronychie vorhanden, die als luetisch anzusprechen sei.

Michelson fragt, ob in diesem Falle nicht mit Hilfe der Serodiagnostik die Diagnose gestellt werden, resp. bestätigt werden könnte.

Zoepffel erwidert, dass er den Pat. bereits beredet habe, nach Riga zu fahren, um sich der Wassermannschen Reaction zu unterziehen, obwohl an der Diagnose kaum zu zweifeln sei, er weise nochmals auf die lenticulären, solitären Papeln der Randzone hin und halte gleich Mau auch die Paronychia für beweisend. Die Psoriasis syphilitica könne 10—12 Jahre bestehen, ohne sich wesentlich therapeutisch beeinflussen zu lassen.

6. Mau stellt einen Patienten vor, der von Geburt an ichthyotisch ist. Im October 1909 hatte er 3 frische Ulcera am Penisschaft, die ganz wie Ulcera mollia aussahen, doch konnte im Secret zweifellos die lebende Spirochaete pallida nachgewiesen werden. Es wurde daraufhin sogleich eine Inunctionscur eingeleitet, also bevor noch der eigentliche indurierte Primäraffect da war. In der Folge traten in den Ulcusnarben Indurationen auf, die Drüsen schwollen an, auch eine Angina specifica trat auf. Von einem Exanthem hat Pat. selbst nichts bemerkt und stellte sich vor 8 Tagen erst wieder vor. Es hatten sich an den Augenlidern, Nasenflügeln und am Scrotum eigentümliche Verhornungen mit Schüppchenbildung eingestellt.

Zoepffel weist darauf hin, dass das Zusammentreffen der Ichthyosis mit der Lues in diesem Falle sehr interessant sei, die Ulcusnarben seien tief pigmentiert; ein luetisches Exanthem, namentlich ein maculöses, sei auf der schuppenden, pigmentierten Haut kaum nachweisbar, auch Papeln könnten leicht übersehen werden. Die schuppenden Bildungen an den Augenlidern und dem Scrotum könnten vielleicht auch als Lues auf ichthyotischer Grundlage gedeutet werden.

Alskne hat derartige schuppende Bildungen der Haut nicht selten bei Lues am Scrotum gesehen und beobachtet, dass sie auf Hg. gut zurückgehen.

Mau glaubt auch die Schuppenbildung als Lues deuten zu müssen und zwar als Ausdruck eines leichten, frühen Recidivs infolge allzufrüh eingeleiteter Cur.

Feuilleton.

Wiener Brief.

Original-Correspondenz der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

Von Eiselsberg sprach auf dem letzten Naturforschertag über «die Behandlung des Kropfes mit Röntgenstrahlen». Eis. hat im Laufe der letzten Jahre dreimal Gelegenheit gehabt, bei Patienten, die mehr weniger lange Zeit vorher mit Röntgenstrahlen behandelt worden waren, Kropfexstirpationen auszuführen; allen Fällen war gemeinsam, dass jedesmal derselbe Akt, nämlich die Ablösung der tiefen Muskulatur von der Vorderfläche der Kropfkapsel sich besonders schwierig gestaltete, während die Präparation in der Tiefe, in der Gegend der Art. thyr. inf. keinerlei Abnormitäten darbot. Man hatte den Eindruck, als ob es sich um ein entzündetes Gewebe oder gar um ein Neoplasma handelte, das bereits die Kapsel durchwuchert hätte; die mikroskopische Untersuchung ergab aber einen gutartigen Kropftumor. Dasselbe beobachtete Eis. nachträglich bei einem IV. Falle, bei dem ausschliesslich zu diagnostischen Zwecken vier Röntgenaufnahmen gemacht wurden. Diese Mitteilungen sollen bezwecken, dass nicht, wie dies leider oft vorkommt, jeder Pat. mit Kropf, insbesondere wenn es sich um Basedowsymptome handelt, unbedingt erst bestrahlt, wird bevor die Operation ausgeführt wird. Ebenso zu verwerfen ist die planlose Verabreichung von Schilddrüsentabletten. Dieser Vortrag gab Anlass zu einer grossen Debatte in der Gesellsch. der Aerzte, indem G. Holzknecht die Angriffe Eiselsbergs im Namen der Röntgenologen zurückwies. Jedoch bekam Eis. Succurs von Seiten der Chirurgen. Hochenegg bestätigt, analoge Beobachtungen gemacht zu haben. Hans Lorenz berichtet von der Klinik Hochenegg. In den letzten $5^{1}/_{2}$ Jahren wurden 450 Strumaresectionen gemacht, darunter waren 8 Fälle von M. Basedowii. Wichtig ist es, frühzeitig zu operieren. J. Wagner von Jauregg sagt, dass die operative Behandlung ihre Berechtigung hat. J. W. demonstriert einen kretinischen Hund; als bei ihm ein Schilddrüsenlappen samt den Epithelkörperchen entfernt wurde, fiel die im 2. Lebensjahre noch fortbestehende embryonale Behaarung aus, die Haut schälte sich in Fetzen ab, und es wuchs dichtes Haar nach; die Milchzähne wurden durch bleibende Zähne ersetzt. Hier kann der Hypothyreoidismus nicht als Ursache des Kretinismus angesehen werden, da er durch Verkleinerung der Schilddrüse gebessert wurde. Dass Jod- und Thyreoidinbehandlung des Kropfes manchmal eine Verschlechterung herbeiführen oder gar einen M. Basedowii provocieren, ist durch Vorhandensein eines latenten M. Basedowii bei manchen Kropfträgern zu erklären. Man muss deshalb bei der Behandlung des Kropfes mit den angegebenen Mitteln sehr vorsichtig sein, letztere zuerst nur in kleinen Dosen geben, und dabei die Temperatur, den Puls und das Körpergewicht genau controllieren. Stellt sich eine Verschlechterung ein, so muss die Medication sofort aussetzen. B. Schlagenhaufer macht auf die Gefahr der persistierenden Thymus bei Strumectomie wegen Basedow aufmerksam. Unter 22 Todesfällen nach letzterer fand sich 21 Mal eine persistierende Thymus; sie wog bis 125 g. L. Freund berichtet über 23 von ihm mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle von Kropf (17 parenchymatös-colloidale und 6 Basedow). Unter den ersten war bei 6 kein Resultat, bei den übrigen eine geringe Verkleinerung des Kropfes zu bemerken, von den Basedowfällen waren 5 chronisch, und 1 acut. In allen Fällen wurde durch Röntgen eine Besserung des subjectiven Befindens erzielt, bei 2 eine Erhöhung des Körpergewichtes, ein Einfluss auf den Exophthalmus war nicht zu bemerken. Bei der Nachuntersuchung von 14 Fällen wurde bei allen ein Recidiv gefunden; eine neuerliche Röntgenbehandlung hatte nicht mehr denselben Erfolg wie die erste. Die Röntgenbehandlung des Kropfes ist in Fällen indiciert, in welchen wegen Myocarditis oder hochgradiger Arteriosclerose eine Operation nicht möglich ist. Die Röntgenbehandlung und die Galvanisation stehen der chirurgischen Behandlung nach. Verwachsungen der Struma mit den über ihr liegenden Muskeln können auch ohne Röntgenbehandlung vorkommen; diese Complication wird durch Bestrahlung der Struma von verschiedenen Seiten und durch Verwendung eines Filters zur Abhaltung leicht absorbierbarer Strahlen verhütet. V. Eiselsberg besteht auf seiner Behauptung von dem üblen Einfluss der Röntgenstrahlen. Hatschek berichtet von Verwachsung der Milzoberfläche mit der Bauchwand nach Röntgenbestrahlung. Im Schlusswort weist Holzknecht darauf hin, dass in der Aetiologie der meisten Fälle von Basedow Hyperthyreose und Dysthyreose eine Rolle spielen, dadurch erklären sich die Erfolge der Operation, indem ein Teil des secernierenden Parenchyms ausgeschaltet wird. Auch nach Operationen kommen Recidive und sogar Todesfälle vor; bei manchen Fällen hat das Möbiusserum gute Erfolge. Die Röntgenbehandlung setzt die Secretion der Schilddrüse herab. Die Verwachsungen können auch durch eine nicht eitrige Strumitis erzeugt sein, und auch bei nicht bestrahlten Strumen vorkommen.

Prof. Herrmann Schlesinger sprach über Entziehungscuren bei Morphinismus mittelst Skopolamin-Dionin. Sch. hat bereits vor Monaten über seine Erfahrungen berichtet, die er bei der Behandlung schmerzhafter Affectionen mittelst Skopolamin-Dionin-Morphiuminjectionen gemacht hatte. Dabei war es ihm aufgefallen, dass man unmittelbar nach Verabfolgung von Skopolamin die Morphiumdosis sehr stark verringern konnte, ohne dass dabei die günstige schmerzstillende Wirkung verloren ging. Sch. hat daher in vier Jahren Versuche angestellt, ob man mittelst Skopolamins bei reinem Morphinismus Entziehungscuren vornehmen kann. Die Entziehung erfolgte bisher immer überraschend leicht mit auffallend geringen Abstinenzerscheinungen ohne irgend welche gefährliche Nebensymptome. Diese Methode wurde mehrmals bei Morphinisten, darunter bei einem Arzte vorgenommen, die schon Entziehungscuren hinter sich hatten und übereinstimmend versicherten, dass die Abstinenzerscheinungen auffallend wenig sich bemerkbar machten. Die Entziehung wird in der Weise vorgenommen, dass von folgender Lösung: Morphium 0,2, Skopolamin 0,00025, Dionin 0,3, Wasser 10 g, am ersten Tage 2, sogar $2^{1}/_{2}$, 3, bis $3^{1}/_{2}$ und 4 Spritzen injiciert wurden und in den nächsten Tagen sehr rasch mit der Zahl der Injectionen vor allem aber mit der Menge des Morphiums herunter gegangen wird. Man verringert die Morphiummenge relativ rascher als die Skopolamindosis, jedoch ist es nicht notwendig

oder zweckmässig, dass der Kranke sich dauernd in Skopolamin-Dämmerschlaf befindet. Sch. ist in der Regel schon vom 3. Tage bei einer Morphiummenge von 2—3 cg. angelangt. Von da an muss aber das Tempo der Entziehung wesentlich verlangsamt werden, wenn man Beschwerden vermeiden will. Immerhin konnte Sch. in seinen Fällen im Verlaufe von 8 bis 12 Tagen das Morphium vollständig entziehen. Erst dann wird das Dionin und zuletzt das Skopolamin weggelassen. Schon vorher werden statt Morphiuminjectionen Kakodylinjectionen vorgenommen, um den geschwächten Organismus zu stärken. Der Kranke erfährt in der Regel erst geraume Zeit nach der vollständigen Entziehung, dass er morphiumfrei geworden ist. Bezüglich der Abstinenzerscheinungen wäre zu erwähnen, dass Diarrhoeen und gastrische Erscheinungen überhaupt nicht besonders in den Vordergrund treten, die so lästigen und quälenden Parästhesien waren nach Angaben der Kranken nicht ausgesprochen, wie bei anderen Curen. Die Lösung darf nie länger als einige Tage benutzt werden.

Albert Müller und Paul Saxl haben Untersuchungen über den Tonus der glatten Muskulatur und die Capacität des Magens angestellt. Es wurde am Fisteltier die Capacität des Magens bestimmt. Während normal der Magen 200—240 cm³ fasste, wies diese Menge unter dem Einfluss von Medicamenten und physiologischen Agentien (Nahrung etc.) bemerkenswerte Aenderungen auf. Pilocarpin, Physostigmin und Strychnin steigerten den Tonus des Magens erheblich, die Capacität sank auf 70—90 cm³, während sie bei Atropindarreichung 300 cm³ betrug. Narcotica steigern die Magencapacität ganz ungemein und setzen den Tonus des Organs auf ein Minimum herab. K. Reitter bemerkt in der Discussion, dass schon Pawlow 1879 darauf hinwies, dass bei narkotisierten oder morphinisierten Hunden der Magen in seinem Tonus nachlässt.

Marburg berichtet über Untersuchungen, die Casamajor über die Histochemie der Ganglienzellen anstellte. C. fand, dass neben einer dem echten Fette nahestehenden Substanz, Lecithin im hellgelben Zellpigment sich finde und schliesslich eine feinkörnige Masse, die sich mit der Weigertschen Fibrinfärbemethode blau tingiere, also dem Fibrin nahestehe. Neben dieser albuminoiden Substanz aber findet sich in der Ganglienzelle meist in den Dendriten und im Acnsencylinder ein in kugeligen, kleinen Schollen angeordnetes Glykogen. Es scheint letzteres ein Bestandteil der normalen Zelle zu sein, da es sich nicht nur am Diabetikergehirn nachweisen lässt. (Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.)

A. Bum spricht über die Infiltrationstherapie der Ischias. B. hat, angeregt durch Kurzwelly, bei der idiopathischen Ischias zumeist Injectionen von 1‰ Eukain-Kochsalzlösung mittelst der kleinen Schleichschen Spritze in die Schmerzpunkte versucht, um bald zu Einspritzungen grösserer Flüssigkeitsmengen mittelst 100 bis 120 cm.³ fassender Spritze überzugehen. Von der Ueberzeugung geleitet, dass hier nicht der chemische, sondern ausschliesslich der mechanische Einfluss der unter hohem Drucke eingebrachten Flüssigkeitsmenge in Frage komme — Leichenversuche (Tandler) haben gezeigt, dass im Augenblick der Injection die Nervenscheide des Ischiadicus spindelförmig erweitert wird und der Nervenstamm sich in grosser Ausdehnung aufbäumt, —bestimmten B., den Eukainzusatz fortzulassen und nur physiologische Kochsalzlösung zu verwenden. Peer und Renton fanden gelegentlich operativer Behandlung hartnäckiger Ischialgien, sowie als zufälligen Obductionsbefund das Vorhandensein spinnwebeartiger Adhäsionen zwischen Nervenscheide und deren Umgebung, deren stumpfe Lösung in vivo prompt Aufhören der Schmerzen erzeugte. B. glaubt daher, dass auch die Infiltration der Nervenscheide mit ihren durch die Leichenversuche dargetanen mechanischen Consequenzen. Dehnung, resp. Sprengung solcher Adhäsionen erzielt. Tierversuche (Marburg-Grünbaum) ergaben, dass von einer chemischen Wirkung der Kochsalzlösung keine Rede ist; im Gegensatze hierzu steht der Effect der Alcoholinjectionen (Schlösser), die schwere degenerative Veränderungen und klinische Lähmungen des Ischiadicus erzeugen. Solche Einspritzungen, die auch am Menschen mit dem vorauszusehenden Resultat vorgenommen wurden, erscheinen bei motorischen und gemischten Nerven contraindiciert. Die Technik der Infiltrationstherapie verlangt richtiges Treffen der Nervenscheide und sterilisierbares Instrumentarium. Als Indication gelten mit Ausschluss der acuten und Exarcerbationen chronischer Fälle alle Fälle idiopathischer, subacuter und chronischer Ischias, zumal solche, deren Beschwerden hauptsächlich bei Bewegung des Beines auftreten, ein Verhalten, das auf Vorhandensein perineuraler Adhäsionen schliessen lässt. Weit mehr als die Hälfte der Fälle haben dauernde Heilung gefunden.

H. Marschik demonstrierte 2 Fälle von Periostitis frontalis luetica. Sie sind besonders interessant dadurch, dass neben der syphilitischen Erkrankung tatsächlich auch nicht luetische Nebenhöhleneiterungen bestanden, und daher die Vermutung einer Stirnhöhlencomplication begründet war. Die Röntgenaufnahmen im ersten Falle, bei dem es sich um eine Pat. mit Kieferhöhlen- und Siebbeineiterung handelte und heftige Kopfschmerzen und Anschwellung der Stirnhöhlengegend den Verdacht auf Stirnhöhleneiterung erweckten, zeigte Fehlen der Stirnhöhlen. Im zweiten Falle waren ebenfalls die Nebenhöhlen längere Zeit behandelt und excochleiert, in letzter Zeit auch die Stirnhöhle nach Kilian radical operiert worden. In der Zwischenzeit hatte die Pat. Lues acquiriert. Der weitere Verlauf war compliciert durch eine Fisteleiterung nach aussen und eine Schwellung oberhalb der Operationswunde, die jeder Behandlung trotzte. Die Incision der Geschwulst ergab ein Gumma, das mit der operierten Stirnhöhle in Verbindung stand und durch sie nach aussen secernierte. Excochleation des Gummas, Drainage nach aussen und durch die Nase, sowie consequente Quecksilbercur ergab befriedigenden Verlauf (Wiener laryngolog. Gesellschaft).

A. Stenczel stellt zwei Fälle von Lues gummosa vor. Beide waren zur Zeit der Aufnahme noch unbehandelt, und zwar bestanden bei dem einen Tubercula cutanea, ein Ulcus serpiginosum cruris, sowie ein von der Vorderfläche des linken Aryknorpels auf die Stimmlippen hinübergreifendes Infiltrat der Kehlkopfschleimhaut, während der andere mit exulcerierten Hautgummen an der Wurzel des Gliedes, am Damm, Scrotum und im Bereiche der behaarten Kopfhaut zur Behandlung kam. Der eine Fall wurde mit Innunctionen, der andere nach der Welanderschen Säckchenmethode, beide nebenbei intern mit Decoct. Zittmanii und Arsen behandelt; bei beiden waren nach 20 Tagen alle manifesten Erscheinungen verschwunden. Bei beiden Kranken traten zeitweise bedrohliche Erscheinungen von Herzschwäche auf; dabei lässt sich am Herzen kein pathologischer Befund nachweisen. Es dürfte sich in beiden Fällen um luetische Complicationen im Herzmuskel handeln. (Wissensch. Verein der Militärärzte).

E. Bresowsky stellt einen Fall von artificieller Hautgangrän vor. Der 20 Jahre alte Dienstbote präsentierte sich mit der Klage, dass die untere Extremität vor einigen Tagen zu schmerzen begann. Unmittelbar über dem Sprunggelenk ist der Fuss ringsherum schwärzlich verfärbt, die Haut trocken, nekrotisch, mit lebhaft rotem, entzündlichem Hofe umgeben; in der Umgebung der nekrotischen Fläche kleinere Stellen, teilweise kleinere Blasen mit lebhaft hyperämischem Hof. Wiewohl die Pat. bestimmt die spontane Entstehung betonte, schloss B. aus dem gleichzeitigen Bestehen der gangränösen und entzündlichen Erscheinungen, dass die Affection durch Laugenstein hervorgerufen sei. Ueber eindringliches Forschen gestand endlich Pat., dass sie bei einer Freundin schlief, die nachts in selbstmörderischer Absicht Laugenessenz trinken wollte; sie schlug ihr das Glas aus der Hand, wobei sie den Fuss bespritzte. Auch diese Angabe aber entsprach nicht der Wahrscheinlichkeit, denn die scharfe Grenze und die circumscripte Form spricht dafür, dass die Pat. den Laugenstein selbst in die Haut einrieb. Es ist der 7. Fall von Gangraena multiplex auf der Abteilung Rona, bei dem eine äussere Genese festgestellt wurde.

B. stellt weiter ein infolge Fehldiagnose wiederholt operiertes Gumma vor. Der 18 Jahre alte Tagelöhner acquirierte im Nov. v J. angeblich ein Geschwür auf dem Penis, und nach kurzer Zeit entwickelte sich an seiner Oberlippe, alsbald auch an der Unterlippe eine Geschwulst, derentwegen er in einem Provinzspital zweimal operiert und des öfteren gebrannt wurde. Natürlich keine Besserung. Bei der Aufnahme: die Oberlippe in ihrem Ganzen geschwellt, bis zur Nasenöffnung reichendes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern, der Grund mit Granulationen bedeckt, die Unterlippe fehlte total. (Gesellsch. der Spitalärzte in Budapest).

Gjorgevic spricht über Züchtung der Spirochaeta pallida, anschliessend an eine Mitteilung von J. Schereschewsky in der «D. M. W.», der die Spirochäte auf Pferdeserum züchtete, das bei 60° C. bis zur gallertartigen Consistenz gebracht worden war. G. stellte sich Pferde- und Menschenserum her, das einige Tage bei 55° erhitzt wurde (1 bis 2 Stunden täglich); es wurde dasselbe womöglich steril entnommen; nachdem der Nährboden als keimfrei zu betrachten war (was sich später auch bestätigte), wurde er bei 60° bis zur gallertartigen Consistenz erhitzt. Auf diese Nährböden wurden Condylomteilchen von Pat. möglichst steril entnommen, auf einem sterilen Seidenfaden bis zur Mitte des Nährbodens eingesenkt und bei 37° stehen gelassen. Es sei bemerkt, dass im ersten Falle, der untersucht wurde, im Abstrich vom Condylom vor der Cultivierung, im Dunkelfelde, wie auch immer in Giemsapräparaten, sehr viele Spirochäten vom Typus der Pallida zu sehen waren. Infolge Unachtsamkeit des Krankenwärters waren nach dem Usus auf der Klinik die Condylome mit Salzwasserkalomel eingeschmiert. Als man den Condylomsaft nun im Dunkelfeld betrachtete, sah man fast gar keine Spirochäten, trotzdem wurden von demselben Con-

dylomen-Culturen angelegt. Nach 4 bis 5-tägigem Stehen bei 37° verspürte man einen stark faulen Geruch, und entsprechend der Stelle des hängenden Condylomteilchens bestand eine schmutzig grüne Verfärbung und zum Teil Verflüssigung des Nährbodens; Geruch und Verflüssigung nahmen immer mehr zu. Nach einer Woche wurden die Culturen untersucht. Bei der ersten angelegten Serie konnte man diese Erscheinungen nur in je einem Menschen- und Pferdeserumnährboden sehen, in der II. Serie konnte man es fast in jedem Röhrchen sehen. Zur Untersuchung musste die oberste Partie des Nährbodens zerstört werden, um zu dem flüssigen Material zu gelangen. G. bediente sich genau nach Schereschewsky der Giemsafärbung. Die Präparate zeigten Spirochäten im Dunkelfelde sehr reichlich, nicht stärker lichtbrechend und beweglich. Im Giemsapräparate bekam man Stellen zu Gesicht, wo ganze Knäuel und Zöpfe von Spirochäten waren. G. konnte sie noch nicht rein gewinnen; es wachsen einige Stäbchen und Diplococcen mit. Möglicherweise begünstigen die letzteren das Wachstum der Spirochäten. Was Aussehen und Färbbarkeit dieser Spirochäten betrifft, konnte man zwar sehen, dass sie etwas an Eigenbewegung durch den Luftzutritt eingebüsst hatten, die Gestalt jedoch behielten. Man sieht zwar Formen, die sehr steile Windungen haben, jedoch auch solche, bei denen die Windungen viel flacher sind; es sind auch viele zu sehen, bei denen die steilen mit den flachen Windungen abwechseln. Was die Zahl der Windungen betrifft, sind meist 8 bis 10 zu erkennen, jedoch sieht man auch solche, bei denen die Windungszahl 20 überschreitet; dabei handelt es sich um Spirochäten, die zu 2 oder 3 aneinander gereiht sind. Die Spirochäten sind zum Teil rötlich-blau, zum Teil ganz bläulich. Die Präparate können, an der Luft stehend, und in nicht säurefreien Einschliessungsmethoden stark leiden. Die bei der Spirochäta pall. hervorgehobenen Geisseln und Endfäden konnten nicht dargestellt werden. Die Weiterzüchtung gelang in einigen Generationen, jedoch nicht rein.

In der Gesellschaft der Spitalärzte in Budapest berichtet Karl Hochhalt über eine nach Schutzimpfung gegen Lyssa aufgetretene Paraplegie. Unfälle nach Schutzimpfung gegen Hundswut sind sehr selten. Der 33 Jahre alte Mann gelangte im Juni l. J. auf die Spitalabteilung H.'s. Vor einigen Wochen hat ihn ein wutverdächtiger Hund gebissen, weshalb er im hiesigen Pasteurinstitut 14 Injectionen erhielt. Sein gegenwärtiges Leiden begann mit geringem Fieber und Kopfschmerz, alsbald trat in den unteren Extremitäten ein Gefühl des Taubseins auf, das sich bis zum Becken erstreckte, später trat Unfähigkeit zu urinieren und Obstipation ein. An den unteren Extremitäten complette motorische Lähmung, desgleichen beiderseits an der Beckenmuskulatur. Das klinische Bild ähnelt dem unter dem Namen Landry sche Paralyse bekannten Symptomencomplex. In 53 Tagen trat Heilung auf. Therapie, Blasenkatheterismus, Strychnininjectionen. H. schliesst eine accidentelle Erkrankung aus, ebenso die echte Lyssa und bezeichnet die Affection als Kaninchenrabies, denn das mit Lyssa geimpfte Kaninchen verendet unter ähnlichen Erscheinungen. Bei den gebräuchlichen Pasteurschen Impfungen werden nicht unbedeutende Mengen artfremden und kranken Rückenmarks in den menschlichen Organismus eingeführt. Deshalb hat Högyes einen mit Kochsalz stark diluierten Impfstoff (1:100000) empfohlen, wodurch er die Aufnahme artfremden Rückenmarks vermeiden konnte. Nach Müller wurden bisher an mehr als 100000 Individuen Schutzimpfungen gegen Lyssa vorgenommen, paraplegische Complicationen traten aber nur in 40 Fällen auf, so dass dieser üble Zufall eine grössere Ausnahme bildet als der Chloroformtod in der Chirurgie. Der Nutzen der Pasteurschen Schutzimpfung ist andererseits so evident, dass der Ausbruch der Lyssa vera bei Menschen von 40—50 pCt. auf 1 pCt. herabsank.

In einer Debatte über die Wirkung des Hypophysenextractes betont Pál (Wien), dass auch in dem wasserhellen und kochbaren Extract der Firma Parke Davis & Co. nicht eine einheitliche Substanz sich vorfindet. Schäfer gibt an, dass im Pituitrinextract zwei Körper enthalten sind, ein blutdrucksteigernder und ein den Blutdruck herabsetzender, die durch Alcohol trennbar sind. Pál kann diese Angaben nicht bestätigen. Pál hat auch beim Menschen Versuche mit Pituitrin gemacht, die nichts positives ergaben. Naturgemäss zog er pathologische Fälle mit Stauung heran. Da zeigten sich aber cerebrale Symptome, die, wenn sie auch ohne Schaden verliefen, doch einen sehr beunruhigenden Eindruck machten. Unverbindlich möchte er über 2 Fälle berichten. Der eine betraf einen verzweifelten Fall von Basedow, der bereits kachektisch war und bei dem er unter Darreichung von Pituitrin eine überraschende Wendung und eine Körpergewichtszunahme von 10 kg. erzielte; der andere betraf einen Knaben mit schwerer Tetanie. Er kam mit Krämpfen zur Aufnahme, die in den ersten 24 Stunden unter Pituitrin schwanden. Prof. Tandler bemerkt, dass wenn auch die Fähigkeit des infundibularen Anteils der Hypophysis, ein inneres Secret zu liefern, nicht angezweifelt werden soll, doch gerade der glanduläre Abschnitt den cardinalen Anteil darstellt. Wenn auch der Froschaugenversuch nicht viel sage, so ist es doch auffallend, dass bei der Pferdehypophyse der drüsige Anteil prompt eine mächtige Erweiterung gibt, während der infundibulare dies nicht tut. Für die tiefgehende Einwirkung des glandulären Anteiles auf die übrigen Organe sprechen die Beziehungen desselben zum Genitale, wie das bei der Castration, beim Eunuchoid, bei der Schwangerschaft und bei der Akromegalie zu sehen ist. Wenn die Akromegalie nach der partiellen Exstirpation des glandulären Anteiles der Hypophysis sich rückbildet, eine Reihe von Symptomen derselben verschwinden, wenn schliesslich gar die normale Geschlechtsfunction wieder eintritt, so spricht dies wohl in einwandfreier Weise für die Beziehungen der drüsigen Hypophysis zum Genitale, denn der infundibulare Anteil bleibt bei allen diesen Operationen intact. Falta weist darauf hin, dass nach eigenen Versuchen das Pituitrin eine diuretische Wirkung hat. Wir haben in Versuchen nach subcutaner Injection von 1 cm³ Pituitrin deutliche diuretische Wirkungen beobachtet, der Harn stieg um 100 bis 150 cm³ an. Gegenüber Tandler bemerkt er, dass das Pituitrin sicher den Stoffwechsel in wirksamer Weise beeinflusst, ohne dass er Vergiftungssymptome beobachtet hätte. Fröhlich erklärt, dass Hypophysin keine Kaninchenatheromatose erzeugt. Mit Tandler stimmt er insofern überein, als das Pituitrin nicht alle Wirkungen der Gesamthypophyse wiederzugeben scheint. Eine Beeinflussung der Erection war trotz der darauf gerichteten Aufmerksamkeit absolut nicht zu erzielen.

Mehrere Neubesetzungen halten das Interesse aufrecht. Vor allem kommt die Nachfolge für Rosthorn zur Erledigung. Hier wird in erster Linie Hofmeier (Würzburg) genannt.

Mehr Schwierigkeiten wird die Nachfolge Schnabels auf der ophthalmologischen Klinik wegen der baulichen Rückständigkeit der Klinik bieten. Karl Hess (Freiburg), der in erster Linie ausersehen war, hat aus diesem Grunde abgelehnt.

Dimmer (Graz) macht auch Schwierigkeiten, so dass Bernheimer (Innsbruck) oder Elschnig (Prag) in Frage kämen.

In dem neuen Budget für das Jahr 1910 sind folgende Summen eingestellt. Im Etat des Cultus- und Unterrichtministeriums, für die Akademie der Wissenschaften in Wien 44500 K., für die Universität in Wien 4330008 K., um 367213 mehr wie im Vorjahre, wovon 328000 K. auf die medicinische Facultät entfallen. Im Etat des Ministerium des Innern sind für die Lebensmitteluntersuchungsanstalt 71176 K., für das Serotherapeutische Institut 183801 K., für die Impfstoffgewinnungsanstalt 47539 K. und für die Schutzimpfanstalt 9000 K. veranschlagt. Von Neubauten sind zu erwähnen: der Umbau der sogenannten alten Gewehrfabrik für den medicinischen Unterricht sowie für den physikalischen und chemischen Unterricht 900000 K., ferner 100000 K. für einen Ergänzungsbau der Universitätsbibliothek, 300000 K. für den Bau eines chemischen Institutes.

Im vorigen Jahre fand der erste Congress der österreichischen Amtsärzte statt. Von den wissenschaftlichen Vorträgen abgesehen, befasste sich der Congress mit der Reform des Standes. Das für die Stellung der Amtsärzte massgebende Grundgesetz ist das Reichssanitätsgesetz vom Jahre 1870, danach haben die Amtsärzte als sanitäre Sachverständige der politischen Behörden zu fungieren. Es gehören hierher die von den Gemeindevertretungen angestellten Sanitätsorgane in Städten mit eigenen Statuten, sodann die landesfürstlichen Bezirksärzte bei den Bezirkshauptmannschaften, die Landessanitätsreferenten bei den politischen Landesbehörden, endlich der Referent für sanitäre Angelegenheiten im Ministerium des Innern, hierzu kommen noch die Polizeiärzte, die als besondere sanitäre Organe bei den Polizeidirectionen in den Hauptstädten angestellt sind. Die Agenten, die den Amtsärzten zugewiesen sind, sind mannigfacher Art; gemeinsamer Grundzug ist, dass die Amtsärzte als solche die Interessen der Gesamtheit in sanitärer Hinsicht zu wahren berufen sind, im Gegensatze zu dem praktischen Arzte, der in erster Linie die Heilung des einzelnen Kranken anstrebt. Der Amtsarzt ist berufen, die Forderungen der socialen Medicin in die Praxis umzusetzen, damit er aber dieser Aufgabe gerecht werden kann, muss er mit der Wissenschaft unausgesetzt vorwärts schreiten und auch eine seiner wichtigen Stellung entsprechende Autorität haben. In beiderlei Hinsicht ist noch manches nachzuholen. Zwar bestehen seit einigen Jahren Fortbildungscurse für Aerzte, die alljährlich in Wien abgehalten werden, allein sie sind viel zu kurz und können daher nur einen cursorischen Ueberblick über die Resultate der rasch fortschreitenden Wissenschaft bieten. Was aber die amtliche Stellung des Amtsarztes betrifft, so geht sie über die eines Ratgebers der Behörde gegenüber nicht heraus; überdies hat die Behörde laut dem Sanitätsgesetze das Gutachten des Amtsarztes nur in der Regel einzuholen, so dass es nicht ausgeschlossen erscheint,

dass wichtige sanitäre Entscheidungen nur von Laien gefällt werden. Bei der ständig zunehmenden Belastung der Amtsärzte ist es ferner diesen Organen nicht mehr möglich, einem Nebenerwerbe durch Ausübung der ärztlichen Privatpraxis nachzugehen; heute sind die Amtsärzte fast ohne Ausnahme auf ihren Gehalt angewiesen, und es ist daher begreiflich, dass sie auch eine entsprechende Bezahlung anstreben. Die Forderungen der Amtsärzte bestehen somit im folgenden: 1. Gelegenheit zur ständigen wissenschaftlichen Fortbildung; 2. obligatorische Zuziehung zu allen sanitären Agenden und entscheidendes Votum dabei, und 3) Besserung der materiellen Lage.

Dr. Sofer.

Therapeutische Notiz.

— Wirkt Aluminium acetico-tartaricum solutum hautreizend? Schweizer. Wochenschr. f. Chemie u. Pharmacie 1910, S. 106.

Bei der Behandlung von Patienten mit Tonerde, beklagten sich einzelne, dass das Product auf Wundflächen teils brenne, teils heftige Reizung und sogar acutes Ekzem hervorrufe. Obschon diese Frage eine speciell pharmakologische ist, so dürfte die chemische Seite des betreffenden Präparates immerhin auch eine wichtige Rolle dabei spielen. Nach Vorschrift wird das Präparat folgenderweise zusammengestellt: 13 g. Calc. carb. + 36 g. Acid. acet. dil. + 30 g. Aluminium sulf. + 135 g. Aq. destill. = 214 Gesamtgewicht. Die derartig erhaltene Lösung enthält somit 7,8 pCt. Aluminiumacetat, die 3,5 g. Weinsäure zur Sättigung brauchen. Zeigte schon die essigsaure Tonerdelösung saure Reaction, so wird das Präparat durch Zusatz von 3,5 pCt. Weinsäure sehr sauer — ein Umstand, der das Brennen bei Umschlägen auf Wunden, sowie sonstige Hautreizungen vielleicht erklären kann.

Ed. L.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Hochschulnachrichten.—St. Petersburg. Die a. o. Professoren an der Militär-medicinischen Akademie Dr. A. Fawizkij (Med. Klinik) und Dr. S. Fedorow (Chirurgische Klinik) sind zu ordentlichen Professoren ernannt.

— Moskau. An der medicinischen Facultät der Universität ist der Lehrstuhl für Hygiene vacant. Anmeldungen von Bewerbern werden bis zum 22. März 1910 angenommen.

— Kasan. An der Universität ist der Lehrstuhl für Pharmakologie vacant. Anmeldungstermin für Bewerber — 21. März 1910.

— Berlin. Privatdocent Dr. F. Müller (Pharmakologie) ist zum Professor ernannt.

— Greifswald. Dr. Max Bleibtreu, Professor der Physiologie wurde für das Studienjahr 1910/11 zum Rector der Universität Greifswald gewählt.

— Genua. Dr. E. Bozzi wurde zum ausserordentlichen Professor der externen Pathologie ernannt.

— Modena. Der ausserordentliche Professor der Neurologie und Psychiatrie Dr. E. Lugaro ist zum ordentlichen Professor ernannt.

— Montpellier. Professor Dr. Gaussel ist zum Chefarzt des neuen Tuberculose-Krankenhauses ernannt.

— Der 3. Internationale Congress für Physiotherapie findet vom 29. März bis zum 3. April 1910 in Paris statt unter dem Protectorat des Präsidenten M. Fallières, unter dem Vorsitz von Prof. L. Landouzy. Der Congress wird aus folgenden Sectionen bestehen: 1) Kinesiotherapie, 2) Hydrotherapie und Thermotherapie, 3) Klimatotherapie, 4) Elektrotherapie, 5) Radiologie, Radiumtherapie, Phototherapie, 6) Krenotherapie (Mineralwasserbehandlung), 7) Diaetetik. Mit dem Congress wird eine Ausstellung verbunden sein. Ausserdem werden Ausflüge nach Versailles, Chantilly, Fontainebleau, la Malmaison und Marly veranstaltet werden. Die Administration der französischen Eisenbahnen gewährt den Congressteilnehmern einen Rabatt von 50 pCt. Anmeldungen sind an die Secretäre, Dr. A. Vaquez, 27, rue du Général Foy und Dr. A. Zimmern, 19, rue Bassano zu richten.

— In Orel herrscht der Flecktyphus epidemisch.

— In Tschernigow herrschen epidemisch Typhus und Scharlach.

— In vielen Kreisen des Gouv. Woronesh herrscht der Flecktyphus epidemisch.

— Verbreitung der Cholera. Niederländisch-Indien. In Batavia erkrankten vom 6. bis zum 19. December 58 Personen, darunter 7 Europäer. Vom 10. September bis zum 28. December wurden 840 Choleratodesfälle angemeldet.

— Verbreitung der Pest. Britisch Indien. Vom 16. bis zum 22. Januar erkrankten in ganz Indien 12405 Personen und starben 10928. — Aegypten. Vom 5. bis zum 11. Februar erkrankten 5 Personen an der Pest und starben 2. — Japan. Im Januar erkrankten und starben in Kobe-Hiogo 2 Personen an der Pest.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 13. bis zum 19. Februar fanden 4 Erkrankungen und 2 Todesfälle statt.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 7. bis zum 13. Febr. 1910 620 Personen. Darunter an Typh. abdom. 84, Typh. exanth. 3, Febris recurrens 10, Pocken 50, Windpocken 19, Masern 189, Scharlach 86, Diphtherie 115, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 2, an anderen Infectionskrankheiten 62.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 14064. Darunter Typhus abdominalis 490, Typhus exanth. 18, Febris recurrens 47, Scharlach 300, Masern 139, Diphtherie 270, Pocken 262, Windpocken 15, Cholera 0, crupöse Pneumonie 97, Tuberculose 838, Influenza 233, Erysipel 109, Keuchhusten 13, Hautkrankheiten 65, Lepra 0, Syphilis 578, venerische Krankheiten 325, acute Erkrankungen 2398, chronische Krankheiten 2105, chirurgische Krankheiten 1777, Geisteskrankheiten 3484, gynäkologische Krankheiten 315, Krankheiten des Wochenbetts 59, verschiedene andere Krankheiten 75.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 935 + 47 Totgeborene + 53 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 24, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 14, Masern 57, Scharlach 21, Diphtherie 24, Keuchhusten 15, crupöse Pneumonie 36, katarrhalische Pneumonie 104, Erysipelas 7, Influenza 14, Pyämie und Septicaemie 21, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 111, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 2, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 38, andere Magen- und Darmerkrankungen 47, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 68, Marasmus senilis 27, andere Todesursachen 274.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) In St. Petersburg am 9. Februar Dr. A. N. Kusnezow, geb. 1868, approbiert 1895; 2) in Warschau am 19. Februar Dr. N. G. Leontjew, geb. 1862, approbiert 1888; 3) in St. Petersburg am 21. Februar Dr. A. L. Heimann, geb. 1829, approbiert 1857; 4) in Riga am Flecktyphus Dr. J. L. Nagorskij, geb. 1859, approbiert 1884; 5) Dr. Chément, Professor der Chirurgischen Klinik an der Medicinischen Schule in Limoges; 6) Dr. José Maria Bandera, Professor der Physiologie an der Medicinischen Facultät in Mexico; 7) Dr. I. W. Taylor, Professor der Gynäkologie an der Universität in Birmingham; 8) Dr. W. T. English, Professor der physikalischen Diagnostik an der Universität in Pittsburg.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. März 1910.

Tagesordnung: 1) Moritz: Asthenia universalis congenita und das Stillersche Symptom.
2) Iversen: Ueber ein neues Arsenpräparat Ehrlichs und seine Wirkung bei Febris recurrens.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. März 1910.

Tagesordnung: 1) Westphalen: Casuistische Mitteilungen.
2) v. Lingen: Zur Casuistik der Fremdkörper in der Peritonealhöhle.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 11 St. Petersburg, den 13. (26.) März 1910. XXXV. JAHRGANG.

Zur Frage der Scheidentamponade bei Abort.

Referat zum I. Baltischen Aerzte-Congress.

Von

Dr. med. A. Christiani.

Am Ende des vorigen Jahrhunderts gipfelte bekanntlich die Frage der Abortbehandlung in den beiden Methoden der instrumentellen oder manuellen Entleerung des Uterus. Es waren nicht allein die Polypen- und die Kornzange, denen mit Recht jegliche Berechtigung bei der Ausräumung abgesprochen wurde, sondern auch die Curette sollte vollkommen aus dem Abortbesteck verbannt werden. Einer ihrer heftigsten Gegner war der verstorbene Gessner, welcher seine Deductionen mit den Worten schloss: „Also fort mit der Curette aus der Abortbehandlung". Allmählich haben sich aber die Anschauungen geklärt, und mit Ausnahme einzelner Fanatiker der einen oder anderen Behandlungsart, gesteht man beiden ihr Recht zu, wenn auch nach Sittner die Mehrzahl der Gynäkologen sich der mehr manuellen Therapie zuneigen mag. Dem Verlangen auch vor dem Curettement, so weit es tunlich, den Uterus stets auszutasten, kann ja nur beigestimmt werden; doch darf dieses Verlangen nicht zum starren Princip erhoben werden, da es dann beim Abort bis zur 10. Woche nur zu häufig mit der Praxis collidieren dürfte. Bis zur Bildung der Placenta, also etwa jenem Termin, ist häufig die Curette das viel handlichere und weniger rüde Instrument, nur soll sie, um schadlos gebraucht werden zu können, breit und stumpf sein; für Aborte späterer Monate tritt dagegen die manuelle Ausräumung entschieden in ihre Rechte. Um mit ein paar Worten die Frage der Uterusperforation zu streifen, für welche ja ausser der Polypen- und der Kornzange auch die Curette verantwortlich gemacht wird, so möchte ich dem nur entgegenhalten, dass auch der Finger nicht so ganz selten dieses Unheil verschuldet hat (Everke, Dietel, Albrecht). Der rohe, ungeübte Operateur durchbohrt ebenso gut mit dem Finger die Uteruswand, wie der Geübte auf ihr auch mit der Curette jede Unebenheit tastet. Dass die Curette zur Entfernung von Placenta ungeeignet, soll nicht bestritten werden; aber, m. H., auch mit dem Finger können wir in dem zerwühlten Gewebe Placentarstücke übersehen, wie selbst ein Operateur wie Zweifel freimütig bekennt.

Meiner Erfahrung nach gehört zu einer manuellen Entrierung des Uterus in frühen Schwangerschaftsmonaten eine viel grössere Dexterität wie zur Handhabung der Curette. Den Fanatikern der Digitalausräumung steht, abgesehen von jener nur durch reichliche Uebung zu erlangenden Gewandtheit auch der ganze Hilfsapparat der Klinik mit Narcose u. s. w. zur Verfügung. — Dass die Curette ausserdem einwandfrei durch Kochen sterilisiert werden kann, der Finger des vielbeschäftigten Praktikers aber, der nicht, wie der Specialist, Keimabstinenz zu üben vermag, Gefahren in sich verbergen kann, sei hier nur berührt; doch betonen möchte ich es, dass die Curette bei einiger Aufmerksamkeit auch steril in den Uterus eingeführt werden kann, der Finger aber den stets suspecten Introitus und die Vagina berühren muss, von denen die Curette durch die ausgekochten Specula ferngehalten wird. Zur Beleuchtung dieser ganzen Frage möchte ich noch kurz einer Umfrage von Engelmann bei 60 praktischen Aerzten aus Dortmund und Umgegend erwähnen. 46 derselben wandten ausschliesslich die Curette an, 9 gebrauchten sie bedingt und nur 5 räumten manuel aus, und dieses waren gerade Collegen, die sich speciell mehr mit Geburtshilfe befassten, d. h. eine grössere Dexterität besassen.

Ist dieses eine der bei Abortbehandlung discutabeln Fragen, so handelt eine weitere von dem Zeitpunkt, wann wir eingreifen sollen. Neben den Vertretern eines durchaus expectativen Verfahrens, finden wir Nachfolger von Fritsch, Dührssen u. a., welche jeden Abort durch uterovaginale Tamponade zur Ausräumung vorbereiten wollen, und schliesslich steht eine kleine Anzahl von Klinikern mit Bumm an der Spitze auf dem Standpunkt, dass sie in der Klinik für jeden Abort sofortige brüske Dilatation mit nachfolgender Ausräumung fordern. Bumm stützt seine Forderung auf die von ihm bereits vor reichlich 10 Jahren geäusserte Ansicht von der Ascendenz pathogener Keime auch aus der unberührten Vagina; eine Ansicht, welche neuerdings

durch Untersuchungen von Hellendahl volle Bestätigung gefunden hat. Doch haften der brüsken Dilatation, sonst wohl der Idealmethode, zu grosse Gefahren an, um sie der allgemeinen Praxis empfehlen zu können. Sind es hier Cervix und Uterusrisse und die Schwierigkeiten der Entwickelung älterer Foeten, so ist es bei der Dührssenschen Uterovaginaltamponade die eminente Infectionsgefahr, welche einer Verallgemeinerung dieser Methoden sich entgegenstellen. So befürwortet denn auch Bumm für den praktischen Arzt, welcher häufig allein auf sich angewiesen ist, die expectative Behandlungsmethode, welche in Bettruhe, Verabreichung von Secalepräparaten und Scheidentamponade bestehen soll.

M. H.! Wie Sie sehen, gehört also auch nach der Anschauung eines unserer modernsten Gynäkologen die Scheidentamponade zum Rüstzeug der expectativen Abortbehandlung; ja, wenn Sie unsere deutschen Lehrbücher durchstudieren, werden Sie überall dieselbe Empfehlung wiederfinden. Nur einzelne Autoren sind es heute, welche ihre Stimmen gegen dieses Universalmittel zu erheben wagen.

Wenn ich mich nun den Indicationen zuwende, denen wir bei der Abortbehandlung zu genügen haben, so gilt es, um mit Bumms Worten zu reden, den Blutverlust auf das geringste Mass zu beschränken und der Gefahr der Fäulnis des Eies und der Sepsis zu begegnen. Verringert nun die Scheidentamponade wirklich den Blutverlust? vermag sie überhaupt eine gefahrdrohende Blutung zu stillen? ja, beschleunigt sie die Ausstossung der Frucht? Und wenn es der Fall sein sollte, wie verhält es sich mit der Fäulnisgefahr, wie mit der Gefahr der Sepsis?

Dass die Scheidentamponade kein Mittel ist, um eine profuse Abortblutung zu sistieren, ist seit dem Falle von Klotz, wo eine Frau trotz, vielleicht aber auch infolge der Scheidentamponade sich in 12 Stunden verblutete, gleichsam auch experimentell festgelegt. Dieser Fall gab damals auch den Anlass, dass Czempin die Cervix-, Dührssen die Uterovaginaltamponade in die Therapie einführten. Da aber die Verblutungsgefahr bei Abort bekanntlich eine ausserordentliche geringe ist, so verbluten sich eben auch trotz Scheidentamponade unter normalen Verhältnissen keine Frauen. Die stärksten Blutungen erleben wir gewöhnlich bei Aborten jüngeren Datums, kurz vor Ausstossung des Ovulums; tamponiert man dann, hört die Blutung nach aussen auf, da in noch kürzerer Zeit als der Tampon durchblutet, auch das Ei vollkommen gelöst ist, womit die Blutung steht. Entfernen Sie dann den Tampon nach kürzerem oder längerem Abwarten, liegt die Frucht hübsch hinter demselben. Ob da ein Minimum von Blut gespart wird, vermag ich nicht zu entscheiden; tamponieren Sie jedoch nicht, so ist jedenfalls der Erfolg derselbe, wovon man sich jederzeit durch die Beobachtung überzeugen kann. Und wird die Blutung wirklich zu profus, lebensbedrohlich, dann sind wir in diesem Stadium auch stets in der Lage, auszuräumen. Ein Eingriff, der meiner Ansicht nach nicht viel mehr Zeit und jedenfalls keine subtilere Vorbereitung von Patientin und Operateur erfordert als die kunstgerechte Scheidentamponade — und sicher die Blutung beherrscht. Ueber Müllers Standpunkt, zu tamponieren, damit die Frau Kräfte und Blut für die Ausräumung sammele, können wir heute wohl zur Tagesordnung übergehen. Denn so lange die Ausstossung unvollkommen, blutet es eben weiter, nur das von den Tampons ein gewisses Quantum Blut erst aufgesaugt, wird, bevor es an der Vulva erscheint. Selbst wenn man beim frühen Abort theoretisch wenigstens eine Blutersparnis durch die Scheidentamponade zugeben will — Gerinnung infolge von Raumbeengung — so hat die Scheidentamponade für die Blutstillung bei älteren Aborten sicher keine Bedeutung, da bei der dann schon vorhandenen Ausdehnungsfähigkeit des Uterus das Blut sich ja ungehindert ins Cavum ergiessen kann. Der Abort der älteren Monate vollzieht sich mehr weniger unter dem Bilde der normalen Geburt, und die Blutung ist vor Ausstossung des Foetus gewöhnlich nicht besorgniserregend. Zur Stillung einer Nachblutung beim Partus oder zur Ausstossung der Placenta oder von Teilen derselben, tamponieren wir aber doch auch nicht, warum also hier?

Noch crasser tritt der Unterschied hervor, wenn man nur die schweren Erkrankungen im Anschluss an Tamponade berücksichtigt. Von den aussentamponiert fiebernd Aufgenommenen erkrankten schwer 41,6 %, während die Innentamponierten eine schwere Morbidität von nur 12 % aufwiesen, also ein Unterschied von 30 % zu Ungunsten der unter den Verhältnissen der allgemeinen Praxis tamponierten Frauen. College Mühlen hat mir ebenfalls freundlichst eine Statistik über seine Aborte zugestellt, aus welcher ersichtlich, dass auf Conto der Tamponade etwa 9 % der Fieberfälle entfallen. Als interessante Tatsache will ich dagegen hier verzeichnen, dass Chazan, ein überzeugter Anhänger der Scheiden- resp. Uterustamponade, unter 300 Aborten 300 Heilungen ohne Nachkrankheiten zu verzeichnen hat. Da das Verlassen der Tamponade unwillkürlich zu einem activeren Vorgehen führen muss, so hätte ich Ihnen gerne aus den vorliegenden Publicationen eine grössere Morbiditätsstatistik der Anhänger der Scheidentamponade gegenüber einer bedingt activeren Therapie vorgelegt. Leider lässt sich aber das vorhandene Material ohne kritische Einsicht in die Krankengeschichten mit einander nicht vergleichen; so hat Lantos z. B. bei activer Therapie die auffallend geringe Morbidität von 1,66 %, Kuppenheim dagegen 16,6 %, die Leipziger Klinik über 17 %. Stumpf hat bei Tamponadebehandlung eine Morbidität von 10 %, bei seinen Operierten aber eine solche von 40 %. Es ist doch klar, dass die Tamponadebehandlung hier ihre Rückwirkung ausgeübt hat. Eine sehr wichtige Frage über die Vorzüge der einen und anderen Behandlungsart ist natürlich das Auftreten von späteren Nachkrankheiten, und ich will hier nur nochmals auf die Arbeit von Schaeffer hinweisen, aus der hervorgeht, dass bei den tamponierten Frauen 3 mal häufiger Nachkrankheiten auftraten wie bei den Curettierten.

Mein eigenes Material lässt sich leider für die Beurteilung der Scheidentamponade nicht verwerten, da ich dieselbe seit Jahren nicht mehr angewandt habe und Wert nur eine vergleichende Beurteilung am selben Material hat. Ich behandele den Abort nach folgenden Grundsätzen: vor Ausstossung des Foetus expectativ bis zum Eintritt einer Indication; dann bei Aborten jüngeren Datums Dilatation und Ausräumung, gewöhnlich instrumental in einer Sitzung, bei älteren Fehlgeburten Laminariaerweiterung bis auf 2 Finger und dann Ausräumung; brüske Dilatation oder operative Eröffnung der Cervix nur bei Lebensgefahr. Retention von Placenta oder Eiteilen wird stets sofort in einer Sitzung beseitigt und zwar desto häufiger manuel, je ausgebildeter die Placenta, je kürzer die Cervix, ohne aber dem Princip die exactesteste und individuel schonendste Methode der Wahl zu opfern, so dass selbst bei Placentarretention späterer Monate die breite Curette einmal das handlichere Instrument sein kann. Ich möchte nur betonen, dass ich auch in poliklinischer Praxis die Tamponade nie vermisst, ihre Unterlassung nie zu bereuen gehabt habe.

Und nun noch ein paar Worte über die Uterustamponade. Dass der physiologische Wert derselben sowohl bei der Blutstillung wie zur Anregung von Wehen ein anderer ist als derjenige der Scheidentamponade, soll nicht bezweifelt werden. Nur entspricht leider dem Wert auch die eminente Infectionsgefahr und die Schwie-

rigkeit der Technik. Bezeichnend für letztere ist schon die Menge verschiedener Stopfer, deren Vorzüge wohl nur den Erfindern ganz zu gute kommen mögen. Als letztes Modell ist in unserer vorwärtshastenden Zeit natürlich auch ein Rapidtamponator publiciert worden. Abgesehen davon, dass bei der Uterustamponade von ungeschickten Händen die Cervix ebenfalls durchbohrt werden kann (Blumenthal), ist die Technik bei garnicht oder wenig verstrichenem Halsteil eine so schwierige, dass eine vollkommene Ausstopfung der Gebärmutterhöhle und damit effective Blutstillung nur Specialisten der Tamponade, wie Dührssen, gelingen mag. Gewöhnlich findet man die Tamponade nur als Drainagestreifen aus dem Uterus hinaus, und ebensogut auch hinein. Selbst Chazan gibt neuerdings die mangelhafte Blutstillung durch Uterovaginaltamponade zu, womit der Wert der Methode für die allgemeine Praxis wohl fallen muss. Zur Anregung von Wehen und Erweiterung der Cervix besitzen wir ungefährlichere Mittel als die Jodoformgazetamponade, so z. B. die Laminariastifte. Auch wäre die Anwendung von Ichthyolglycerin oder nach dem Vorschlag Henkels von Chininalcohol, wenn man überhaupt tamponiert, dann schon vorzuziehen. Mir selbst steht zwar nur eine geringe Erfahrung über diese Imprägnierungsmittel der Tampongaze zur Verfügung, doch habe ich mit dem Chininalcohol zur schonenden Entleerung des Uterus bei inficierten Aborten gute Resultate erzielt und werde die Tamponade bei Infectionen auch weiter nachprüfen.

Auch die weitere Voraussetzung, dass durch Scheidentamponade Contractionen des Uterus ausgelöst werden, wodurch einerseits die Eröffnung der Gebärmutter beschleunigt werde, andererseits die Ausstossung des Eies oder von Teilen desselben befördert wird, ist physiologisch nicht begründet. Es ist nicht gelungen zu beweisen, dass durch mechanische Dehnung der Scheide auch ein Reiz, sei es direct, sei es reflectorisch auf die Cervicalganglien ausgeübt werden kann. So ist auch Scheidentamponade neben anderen mechanischen oder selbst elektrischen Methoden von der Vagina aus ein ganz insufficientes Mittel zur Einleitung von Frühgeburt oder Abort. In gleicher Weise stehen der Behauptung, dass bei der Tamponade zurückgebliebene Eiteile (Winter, Puppe) durch den Lochialfluss sich von selbst abstossen, klinische Beobachtungen entgegen (Schaeffer), welche die Zahl der Nachkrankheiten bei expectativer Aborttheraphie unverhältnismässig höher erscheinen lassen.

Und nun zum 3. und wichtigsten Punkt: der Fäulnis- und Sepsisgefahr.

M. H.! Die seinerzeit von Menge und Kroenig vertretene Ansicht von der pathogenen Keimfreiheit der schwangeren Vagina besteht heute, wie neuere Untersuchungen ergeben haben, nicht mehr zu Recht. Auch die schwangere, unberührte Scheide enthält ausser Saprophyten neben anderen pathogenen Keimen den Streptococcus pyogenes puerperalis. In der mit der Blutung bedingten Aenderung der vaginalen Reaction sind für die anaëroben Bakterien einerseits sehr günstige Lebensbedingungen geschaffen, andererseits bildet das Blut einen Weg für die Einwanderung pathogener Keime vom Vestibulum her. Hellendahl beobachtete bei 44 protrahiert verlaufenden Aborten, von denen 12 nicht untersucht worden waren, in allen Fällen Anwesenheit pathogener Keime in der Cervix resp. dem Uterus, und zwar konnte er an den äusseren Schichten des aus der Cervix hinausragenden Blutpfropfes durch Serienschnitte das Hineinwandern beweisen. Die Entfaltung der pathogenen Eigenschaften ist dann nur von der Art des Epithelschutzes abhängig. Angenommen also, dass wir durch unsere Desinfectionsmethoden die Scheide keimfrei machen könnten, — leider bekanntlich ein pium desiderium — so entzieht sich jedenfalls der Keimgehalt der Cervix oder des Uterus vollkommen unserem Einfluss. Tamponieren wir, so bildet sich durch Secretstauung und Gerinnung des Blutes erst Recht ein günstiger Nährboden für die Entwickelung der Keime, welche jetzt nicht mehr durch mechanische Ausschwemmung decimiert werden. Dass bei der Tamponade ausserordentlich häufig Fieber beobachtet wird, ist eine bekannte Tatsache, welche die Vorschrift zur Folge hatte, die Tamponade niemals über 24 Stunden liegen zu lassen, ja einige Autoren reducierten dieselbe sogar bis auf 2 Stunden. Die Annahme Kroenigs, dass es sich bei den häufigen kurzdauernden Temperaturerhöhungen um Resorptionsfieber handele, ist von Hellendahl mit Recht nicht unwidersprochen geblieben. Jedenfalls besteht die Tatsache, wie aus einer Dissertation aus der Leipziger Klinik ersichtlich, dass selbst die in der Klinik unter allen aseptischen Cautelen tamponierten Aborte eine um 6% höhere Morbidität aufweisen als die in gleichem Zeitraum nicht tamponierten; ausgeschlossen von der Scheidentamponade waren dabei alle unvollständigen oder fiebernden Fehlgeburten.

Und nun, M. H., welche Gefahren dürften nicht einer Tamponade anhaften, welche nicht unter jenen Cautelen ausgeführt wurde und bei welcher sei es durch Hände, Instrument oder Material pathogene vollvirulente Keime in die Vagina eingeführt werden. Dass unser imprägniertes Tamponadematerial, so z. B. die vielfach angewandte Jodoformgaze, keimtötend wirke, ist leider nur ein frommer Wunsch, und wir wissen heute, dass Jodoformgaze ebenso gut sterilisiert werden muss, wie auch das andere zur Ausstopfung benutzte Material. Der einzige Vorzug besteht in der Desodorierung der saprophytischen Stoffwechselproducte, und selbst falls das Material einwandfrei steril, so ist von der sterilisierten Büchse bis zum hinteren Scheidengewölbe noch ein weiter Weg, auf welchem die Sterilität nur zu leicht virulentester Pathogenität weichen kann. Wenn Koch die Verwendung mit 4% Carbollösung oder 10% essigsaurer Thonerde durchgefeuchteter Gaze als sicher keimtötend befürwortetet, so geht hiermit der Zweck vollkommen verloren, da feuchte Gaze drainiert, also erst recht die Blutung nicht stillt. Für lege artis Ausführung einer Scheidentamponade gehört unbedingt aseptische Assistenz, viel notwendiger noch als zu einem Curettement. Auf dem von Chazan empfohlenen Rücken des eigenen Fingers kann man weder die Gaze von der Berührung mit der äusseren Haut und dem Vestibulum sicher schützen, noch eine einigermassen feste Ausstopfung ohne Verletzungen erzielen.

Wie häufig wird aber wohl ganz einwandfrei steriles Material benutzt? Bis auf die Dührssenschen verlöteten Büchsen ist all' das im Handel befindliche Verbandmaterial zum mindesten suspect, ebenso wie auch die schönste Watte in keimfreier Verpackung. Und schliesslich erst all' das Tamponadezeug, welches von der Hebamme benutzt wird und welches Brenner seinerzeit nicht mit Unrecht als „Lumpen" bezeichnet hat. Diese Verhältnisse sind auch in weiteren hier anzuführenden Zahlen aus der Leipziger Klinik ausgesprochen; aus denselben ist nämlich ersichtlich, dass die Morbidität der tamponiert eingelieferten Aborte fast das Doppelte von den in der Anstalt tamponierten ausmacht.

M. H.! Da es mir von grösster Bedeutung erschien, die Stellungnahme gerade des praktischen Arztes zu den eben besprochenen Fragen kennen zu lernen, so haben wir an Sie die Fragebogen über Abort und Pl. praevia gerichtet. Es sei mir gestattet, Ihnen unseren aufrichtigsten Dank für das rege Interesse auszusprechen, welches Sie der angeregten Sache entgegengebracht haben. Von 325 ausgesandten Bogen sind 86 eingehend

beantwortet worden, während ausserdem 8 Collegen melden, dass sie sich mit Geburtshilfe überhaupt nicht mehr beschäftigen. Ueber ein Viertel der Collegen hat sich also zu den angeregten Fragen geäussert, und zwar sind es mit Ausnahme von 13 Specialärzten lauter Collegen, die allgemeine Praxis ausüben, in überwiegender Mehrzahl sogar Collegen, denen ein ausgebreiteter ländlicher Bezirk unterstellt ist. Von den 86 Collegen tamponieren die Scheide 58, also 70%; weitere 8 Collegen führen die Uterustamponade aus, soweit ersichtlich, aber nur auf stricte Indication als Vorbereitung zur Ausräumung; 5 von diesen Collegen tamponieren auch nach der Ausräumung bei stärkerer Blutung, während ein College, der die vorhergehende Tamponade verwirft, den Uterus nach der Ausräumung stets tamponiert. Gegner der Scheidentamponade sind somit 30% unserer Collegen, während 20% überhaupt die Tamponade nicht anwenden. Die Mehrzahl der die Scheidentamponade verwerfenden Collegen hält sie für unwirksam und schädlich. So schreibt z. B. ein College; sie ist blos Selbstbetrug; ein anderer: sie führe zu Zeitverlust und Schwächung der Pat. 5 Collegen, die auf eine praktische Erfahrung von mindestens 20 Jahren zurückblicken, haben die Scheidentamponade verlassen, weil sie niemals Nutzen, sondern nur Schaden von derselben erlebt. Doch auch unter den Collegen, welche die Scheidentamponade principiell nicht für schädlich halten und die ich daher unter jene 58 Anhänger gezählt, betonen es zwei ältere Collegen, dass sie trotz sehr grosser Praxis nie in die Lage gekommen sind, zu tamponieren. Sehr bezeichnend ist die Stellung von 4 Collegen; sie halten die Tamponade zwar für schädlich, wenden sie aber doch aus alter Gewohnheit an. Rechnen wir diese 6 Aerzte von den 58 Befürwortern der Tamponade ab, so bleiben nur 52 unbedingte Anhänger der Scheidentamponade oder 60% nach. Dieses Verhältnis erleidet auch keine Verschiebungen, wenn man die Specialärzte gesondert betrachtet, da von den 13 Specialcollegen nur 5 gegen die Scheidentamponade sind, ein 6. College sie zwar principiell nicht verwirft, aber auch nicht anwendet.

Ausschlaggebend für den Wert der Scheidentamponade scheint mir nun die Stellung von Collegen zu sein, die Landpraxis ausüben. Und da tritt die scheinbar auffallende Erscheinung zu Tage, wenigstens für diejenigen, welche in der Tradition der Scheidentamponade befangen sind, dass ein Teil der Landärzte sie gerade wegen der Entfernungen perhorresciert, da es ihnen zu gefährlich erscheint, die Pat. ohne Controlle tamponiert zurückzulassen. Infolge des Zeitverlustes durch die weiten Entfernungen sind die Collegen ihrer Angabe nach fast stets in der Lage gewesen, sofort auszuräumen oder sie warteten eben unter eigener Beobachtung die spontane Ausstossung ab. Diesen der Praxis entstammenden Tatsachen gegenüber erscheint die Indication Walthers, der auf dem Lande trotz ihrer eminenten Gefahr selbst die Uterovaginaltamponade dort angewandt wissen will, wo der städtische College ruhig abwarten könne, nicht mehr ganz zeitgemäss. Es tamponieren, wie schon oben erwähnt, auch aus meiner Enquete 4 Herren noch vaginal, trotzdem sie die Tamponade für gefährlich halten, weil, ja weil es eben so hergebracht. Ob es da nicht gilt, sich von einem alten Vorurteil frei zu machen? Und ebenso wie diesen 4 Collegen, wird es ja noch vielen vielen Anderen ergeben.

M. H.! Also auch aus Ihrer Mitte ist die Scheidentamponade als Universalmittel des praktischen Arztes nicht unwidersprochen geblieben, und zwar sind es 40% der Herren, die für dieselbe nichts oder nur wenig übrig haben. Ein sehr bedeutsames Resultat der Enquete, wenn man die Stellungnahme unserer führenden Lehrer damit vergleicht. Es ist wohl auch diese autorative Vertretung Schuld daran, dass aus den nicht klinischen Kreisen, der Domäne der Scheidentamponade, in Deutschland sich so wenig Stimmen gegen dieselbe erhoben und auf ihre Zwecklosigkeit ja Gefahren hingewiesen haben. Der Kliniker, der sie selbst schon seit Jahren verlassen, bevorzugt eine active Therapie oder die gefahrvolle Uterustamponade, entschliesst sich aber nicht, dieses Verfahren auch dem in der Praxis alleinstehenden Arzt zu empfehlen, und überlässt ihm eben die alte Scheidentamponade. Von den wenigen Stimmen, welche in Deutschland gegen die Tamponade erhoben worden sind, sei hier das Urteil eines vielbeschäftigten Praktikers aus jener Dortmunder Enquete angeführt: er hält die Scheidentamponade für das ungeeignetste Mittel bei der Abortbehandlung. So gering also die Ausbeute über die Nutzlosigkeit der Scheidentamponade in der deutschen Literatur, so liegen andererseits aus Ungarn, Frankreich und Norwegen eine Reihe von Arbeiten vor, welche sie unbedingt gegenüber dem einfachen expectativen Verfahren verwerfen.

M. H.! Bekanntlich wird die Scheidentamponade auch den Hebammen in den Schulen gelehrt. Wie steht es nun damit? Was für einen Zweck verfolgen wir mit dieser Massnahme? Es kann sich doch nur darum handeln, dass die Hebame bis zur Ankunft des Arztes durch die Tamponade der Verblutungsgefahr entgegentritt. Wie es mit derselben steht, haben wir schon oben gesehen, und selbst wenn die Gefahr der Verblutung beim Abort häufiger vorläge, so kann die Hebamme sich wohl nur in den seltensten Fällen die Technik aneignen, die Scheide so fest zu tamponieren, dass auch nur theoretisch Sistieren der Blutung denkbar wäre. Die Erlaubnis der Tamponade beim Abort verführt zur Polypragmasie der Hebammen auch bei den allerharmlosesten Blutungen, zur Selbstbehandlung und zur Infection und schlieslich zur Verschleppung der Fälle. Dass Infection durch die viel ungewandtere, ohne Assistenz mit allerlei möglichem und unmöglichem Zeug tamponierende Hebamme ins Ungeheuere wachsen muss, braucht hier wohl nicht erwähnt zu werden. Die Behandlung des Abortes gehört in die Domäne des Arztes, was auch mit Recht von dem grössten Teil der Collegen aus der Enquete betont worden ist, und wo der Arzt nicht zur Stelle ist, soll die Hebamme sich expectativ verhalten, da sie dann weniger Schaden anrichtet, als bei nutzloser Tamponade. Es ist nun sehr erfreulich, dass auch die Enquete ergeben hat, dass über die Hälfte von Ihnen, m. H., gegen eine Tamponade durch die Hebammen ist, und zwar sind es unter 80 Antworten 45, welche strict eine solche ablehnen, weitere 12 Antworten wollen die Ausstopfung der Scheide nur in dringendsten Fällen gestatten und 23 Collegen haben sich für Erlaubnis derselben ausgesprochen. Also nur 30 % sind heute noch unbedingt für dieselbe zu haben. Von den Gegnern der Hebammentamponade finden Sie so apodictische Aussprüche wie: den Hebammen die Tamponade überlassen, daran ist gar nicht zu denken; bin strict gegen die Tamponade der Hebammen auf dem Lande; sie ist unbedingt zu verbieten; und dergl. mehr. Wie Sie also sehen, sind auch hier wiederum gerade Landärzte unbedingt gegen dieselbe, obgleich zu Gunsten der Tamponade von ihren Anhängern einzig die Entfernungen angeführt werden dürften.

Wenn ich hiermit schliesse, ohne heute schon bindende Schlüsse aus dem Resultat der Enquete ziehen zu wollen, so kann doch schon das festgelegt werden, dass die Scheidentamponade fast von der Hälfte der prak-

tischen Aerzte der Ostseeprovinzen verlassen worden ist und dass den Hebammen die Tamponade beim Abort wohl unbedingt zu verbieten ist.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Städtischen Obuchowhospitals für Männer zu St. Petersburg. Chefarzt Prof. Dr. H. Zeidler).

Zur Casuistik der metastatischen Leberabscesse nach Erysipel *).

Von

Dr. L. Stuckey.

Die metastatischen Leberabscesse sind im allgemeinen keine seltene Erscheinung. Am häufigsten entwickeln sich diese Abscesse im Anschluss an entzündliche und ulceröse Erkrankungen im Gebiete der Verzweigung der Pfortader. Hier nehmen die tropischen Leberabscesse nach Dysenterie den ersten Platz ein. In unserem Klima kommen diese Abscesse bei Typhus abdominalis, Darmtuberculose, Cholera asiatica, Appendicitis, bei entzündlichen Processen des Mastdarms, des Pankreas und ausnahmsweise des Magens vor.

Den zweiten Weg für die Entstehung der metastatischen Leberabscesse stellt die Leberarterie dar, wobei hauptsächlich die ulceröse Endocarditis und septische Allgemein-Infection in Betracht kommen.

Nun kann aber die Verschleppung der Infectionskeime auch durch die Vena cava inferior stattfinden, also gegen den Blutstrom.

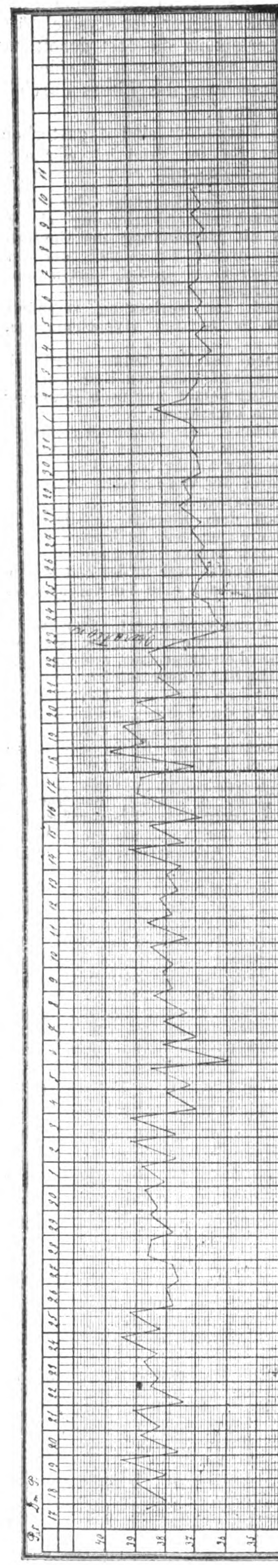
Dieses kann 1. durch die Blutstagnation im rechten Vorhof bei Lungen- und Herzaffectionen und 2. durch die Steigerung des intrathoracalen Druckes beim Husten, Niessen u. s. w. zustande kommen.

Die Diagnose des Leberabscesses kann nicht immer leicht ausfallen, und daher ist man sehr oft genötigt, zur Probepunction zu greifen. Da aber die Nadel der Probespritze dabei sehr oft durch die noch frei gebliebene Pleura resp. Peritonealhöhle durchdringen muss, so sollte eigentlich diese Probepunction, wie das auch übrigens in den meisten Krankenhäusern geschieht, ausschliesslich schon auf dem Operationstische ausgeführt werden. Beim positiven Ausfall der Punction lässt man die Nadel in situ, nimmt die Spritze ab und stopft die Oeffnung der Nadel mit einem kleinem Wattebausch zu. Dieser technische Kunstgriff von Stromeyer-Little ist von grossem Vorteile. Erstens dient die Nadel als Wegweiser zum Abscess, denn zieht man die Nadel heraus, so kann man sehr leicht die Richtung verlieren. Zweitens beugt man auf diese Weise der Gefahr vor, die Pleura resp. das Peritoneum zu inficieren. Denn wird die Nadel herausgezogen, so kann immer ein Tropfen vom im Lumen der Nadel zurückgebliebenen Eiter in die Pleura gelangen und eine eitrige Pleuritis resp. Peritonitis hervorrufen, besonders wenn die Probepunction, wie das sehr oft geschieht, ein oder mehrere Tage vor der Operation ausgeführt wird.

Im folgenden möchte ich kurz über 5 Fälle von metastatischen Leberabscessen berichten, die in der chirurgischen Abteilung des männlichen Obuchowkrankenhauses zur Beobachtung kamen.

Bei 4 Kranken entwickelten sich die Abscesse infolge von Erysipel. Im fünften Fall, den ich etwas genauer

*) Vortrag, gehalten im Wissenschaftlichen Verein der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals am 15. September 1909 und im Verein St. Petersburger Aerzte in St. Petersburg am 21. November 1909.



anführen werde, war die Ursache ein Panaritium. Da er aber als Krankenpfleger der erysipelatösen Abteilung sich erst eine Verletzung daselbst geholt hatte, so wird wohl die Infection dieselbe sein. Leider ist die bakteriologische Untersuchung des Eiters durch einen Zufall nicht gemacht worden.

Von diesen 5 Patienten sind 4 gestorben, der letzte Fall hingegen ist genesen, und ich werde mir erlauben, Ihnen denselben vorzustellen.

D. P., 32 Jahre alt, Krankenpfleger der erysipelatösen Abteilung, bekam nach einer Verletzung ein Panaritium des rechten Daumens mit Entzündung der Cubital- und Axillardrüsen, welches am dritten Tage nach der Erkrankung gespalten wurde. Zwei Tage darauf hörten die Schmerzen in den entzündeten Drüsen auf.

Am 7. Tage nach der Verletzung verspürte der Kranke heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium. Er fing an, zu fiebern.

Am 16. Tage nach der Verletzung wurde der Patient in die innere Abteilung aufgenommen. Hier wurden ausser Fieber und starken Seitenschmerzen nur noch Rasselgeräusche unter der rechten Scapula constatiert.

Die Temperaturcurve hatte während seines Aufenthaltes im Krankenhause einen remittierenden Charakter mit Schüttelfrösten, es konnte aber an ihr nichts Typisches gefunden werden. Zweimal wurde die Widalsche Reaction gemacht, sie fiel aber jedesmal negativ aus.

Am 6. Tage nach dem Eintritt in die innere Abteilung konnte an den Scleren ein leichter Icterus constatiert werden. 4 Tage darauf setzten starke Schweisse ein.

Die Wunde am Daumen war in der Zeit schon fast verheilt. Allmählich entwickelte sich eine Vorwölbung des rechten Hypochondriums.

Die Leber war etwas vergrössert, aber wenig empfindlich. Unser Chefarzt A. A. Netschaew stellte die Diagnose eines metastatischen Leberabscesses, und der Kranke wurde in die chirurgische Abteilung übergeführt.

23./VII 1909. Operation in Chloroformnarkose. Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Schnitt parallel dem rechten Rippenrande. Die Leber erscheint etwas vergrössert. Von der convexen Oberfläche aus ist in der Leber ein grosses hartes Infiltrat durchzufühlen. Die Serosa ist über dem Infiltrat trübe, das Parenchym selbst etwas verfärbt. Keine Verwachsungen. Isolation der freien Bauchhöhle durch Tamponade. Die Probepunction des Infiltrats ergab dicken Eiter. Die Spitze wurde von der Nadel abgenommen und die letztere mit einem Potainschen Apparat vereinigt. Bei der Aspiration konnten noch etwa 250 c. c. dicken Eiters entfernt werden. Durch einen senkrechten Schnitt wurde in der Tiefe von ungefähr 2 c. eine grosse Abscesshöhle mit geringen Resten von Eiter eröffnet. Die Abscesshöhle wurde tamponiert und ein trockener aseptischer Verband angelegt.

Der Kranke überstand den Eingriff recht gut. Die Temperatur fiel am selben Tage bis 36,0 und blieb fast während der ganzen Nachbehandlung normal. Am 5. Tage nach der Operation wurden die Tampons aus der Abscesshöhle entfernt und ein Drain eingeführt. Am 9. Tage wurden die Isoliertampons gewechselt. Die Wundheilung verlief ohne Complicationen.

Ausser dem eben erwähnten Fall hatte ich noch einmal Gelegenheit, einen metastatischen Abscess des rechten Leberlappens zu operieren, der sich in der Folge eines Erysipels nach einer Schrotschussverletzung des rechten Unterschenkels entwickelte. In diesem Fall war aber der Leberabscess nicht die einzige Erscheinung der septischen Allgemeininfection mit Metastasen, der auch der Kranke nach ca. 2 Monaten erlag.

A. A. 30 Jahre alt. Aufgenommen 14./II 1908. Gestorben 11./VI 1908.

Nach einem Schrotschuss in den rechten Unterschenkel erkrankte der Patient an Erysipel. Die Wunden eiterten recht stark, und es wurden mehrere Male Retentionsherde eröffnet.

Vom 25./III an war die Temperatur normal und vom 8./IV fing sie wieder allmählich an, zu steigen. Den 12./IV stieg sie plötzlich bis 39,5°. Am 15./IV wurde noch ein kleiner Retentionsherd am Unterschenkel eröffnet, aber der Eingriff blieb ohne jeden Einfluss auf die Temperatur, die sich jetzt zu einer ganz atypischen Curve ausbildete. Die Milz war vergrössert. 17./IV klagte der Kranke über Schmerzen im Epigastrium. Die Leber wurde jetzt auch vergrössert gefunden, und am 23./IV konnte man den unteren Leberrand 3 Finger breit unter dem Rippenrande palpieren. Die Leber selbst war empfindlich. Es wurde die Diagnose eines Leberabscesses gestellt und zur Operation in Chloroformnarkose geschritten. Die Bauchhöhle wurde durch einen Schnitt parallel dem rechten Rippenrande eröffnet. Keine Verwachsungen, auch kein Exsudat in der freien Bauchhöhle. Die Serosa der Leberoberfläche ist auf einer begrenzten Stelle getrübt. In der Leber selbst ist ein doppelfaustgrosses hartes Infiltrat durchzufühlen. Isolation der freien Bauchhöhle durch Tamponade. Die Probepunction ergab dicken Eiter. Durch einen Schnitt wurde eine gänseeigrosse Abscesshöhle eröffnet, die gleich collabierte. Die Abscesshöhle wurde austamponiert und ein aseptischer Verband angelegt.

Die Operation blieb eigentlich ohne jeden Einfluss auf die Temperatur, welche jetzt einen ganz atypischen Charakter mit Schüttelfrösten und starken Schweissen bekam. Der Kranke ging unter dem Bilde einer Allgemeininfection mit Metastasen (des l. Talocruralgelenkes, der Occipitalgegend und des rechten Oberarmes) am 11./VI zu Grunde.

Die Section wurde verweigert.

Ebenso starben auch die 3 Patienten, über die Dr. W. J. Dmitriew im wissenschaftlichen Verein der Aerzte des städtischen Obuchow-Hospitals berichtet hat.

Alle diese Leberabscesse entwickelten sich nach einem Erysipel des rechten Oberarmes und stellten nur eine partielle Erscheinung der septischen Allgemeininfection vor. Ausserdem waren sie multipel. Einer von diesen Fällen wurde auch operativ behandelt.

Referate.

O. Franck. Tracheotomia transversa. Münchener med. Wochenschrift Nr. 6. 1910.

Diese bereits von Antyllus geübte Methode empfiehlt Verfasser auf Grund eigener Erfahrung angelegentlich. Die Operation wird folgendermassen ausgeführt: 4—5 cm. langer Querschnitt hart auf die cartilago cricoidea unter Anheben einer Längsfalte (zur Vermeidung einer Gefässverletzung). Beim Zurückbeugen des Kopfes klafft die untere Wundlippe im allgemeinen weiter als die obere, so dass die Topographie der subcricoidalen Halspartie vorliegt. In der Mitte die linea albicans, rechts und links oder auch singulär von den Venae med. colli begleitet. Einritzen der linea albicans in der ganzen freiliegenden Partie und stumpfes Auseinanderdrängen der Muskulatur bis zum Isthmus. Leichtes Anziehen des Isthmus mit dem linken Zeigefinger und querer Einschnitt in die Trachea hart unterhalb der Circumferenz der Cricoidea. Die sofort klaffende Trachealwunde wird links und rechts bis zum queren Durchmesser erweitert. Nach Einführung der Canüle wird die Hautwunde beiderseits durch Knopfnähte verschlossen.

Diese Methode bietet kurz zusammengefasst folgende Vorzüge:

1) Bezüglich der Operation: klare Topographie, peinliche Gefässschonung ohne Isthmusverschiebung, spontan klaffende Trachealwunde und Entbehrlichkeit aller Instrumente mit Ausnahme des Messers.

2) Bezüglich des Resultats: primäre Wundheilung, Erhaltung des Trachealrohrs, unsichtbare, nicht eingezogene Hautnarbe.

P. Schichhold. Die tonsillare Behandlung der sogenannten rheumatischen Erkrankungen. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 6. 1910.

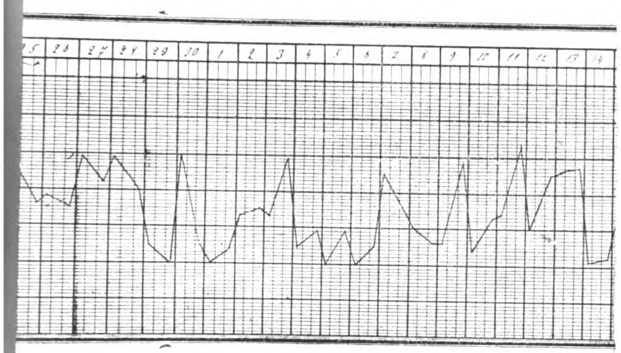
Bereits 1904 hat Gürich auf die Bedeutung der eitrigen Mandelentzündung bei Entstehung des Gelenkrheumatismus aufmerksam gemacht und eine energische tonsillare Behandlung empfohlen. Letztere besteht in Spaltung der Mandelgruben und Abtragung der Mandeln mit dem Hartmannschen Conchotom. Da die Entfernung der Mandel bis zur Basalplatte in einer Sitzung wegen der eintretenden Blutung nicht immer möglich ist, wird dieselbe nach ca. 1 Woche beendet. Verfasser hat auf diese Weise 70 Fälle operiert und nur 1 Mal eine gefährliche Blutung am 3. Tage nach der Operation bei einem Patienten mit Aorteninsufficienz erlebt. Seine Erfahrungen fasst Verfasser in folgenden Punkten zusammen: 1) Der oder die Erreger der rheumatischen Erkrankungen liegen in mit Eiter gefüllten Mandelgruben und können gelegentlich auftretender Mandelentzündungen in den Kreislauf eintreten und specifische Krankheitserscheinungen hervorrufen. 2) Eine völlige Heilung und besonders eine Verhütung von Recidiven ist nur durch eine möglichst radicale Entfernung der Tonsillen nach dem Gürichschen Verfahren möglich. 3) Neben den Gelenkerkrankungen werden auch Complicationen günstig beeinflusst. Entzündungen des Endocards und Myocards können nur dann einer Heilung

zugeführt werden, wenn sie jüngeren Datums sind. Aeltere verrucöse Auflagerungen bleiben unbeeinflusst. 4) Ausser auf die rheumatischen Erkrankungen scheint die Tonsillarbehandlung einen günstigen Einfluss auch auf andere, mit der Mandelentzündung einhergehende Krankheiten auszuüben, insbesondere auf Nierenentzündungen.

Weyert.

Bericht über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Organisation der ärztlichen Hilfe in Russland im Jahre 1907, herausgegeben von der Verwaltung des Haupt-Medicinalinspectors. St. Petersburg 1909. Отчетъ о состоянiи народнаго здравiя и организацiи врачебной помощи въ Россiи за 1907 годъ. Управленiе Главнаго

	Auf 1000 Einwohner: Geburten.	Sterblichkeit.	Zuwachs.
Europäisches Russland	46,3	27,8	18,5
Rumänien	41,7	26,7	15,5
Ungarn	36,0	25,2	10,8
Spanien	32,9	24,0	8,9
Oesterreich (1906)	34,8	22,5	12,3
Bulgarien (1906)	44,3	22,5	21,8
Serbien	39,4	22,4	17,0
Italien	31,4	20,8	10,6
Frankreich	19,7	20,2	0,5
Deutschland	32,2	18,0	14,2
Irland	23,2	17,7	5,5
Schweiz	26,8	16,8	10,0
Belgien (1906)	25,7	16,4	9,3
Schottland	27,0	16,2	10,8



und Verminderung des Zuwachses.

Dieser allgemeine Wohlstand ist um so bemerkenswerter, als dem Berichtsjahr das Jahr 1906 mit besonders grosser Missernte vorausging, und es festgestellt ist, dass Jahre mit Missernten die Verringerung des Zuwachses der Bevölkerung stark beeinflussen.

Wie in früheren Jahren, waren Geburten, Sterblichkeit und natürlicher Zuwachs der städtischen Bevölkerung bedeutend niedriger als bei der Landbevölkerung: in den Städten waren die Geburten gleich 37‰, die Sterblichkeit 26,8, der natürliche Zuwachs 10,2, in den Kreisen sind diese Zahlen dementsprechend verändert: 47,7 für die Geburten, 28 — Sterblichkeit, 19,7 — Zuwachs. Die Verminderung der Sterblichkeit fand im Berichtsjahr ausschliesslich unter der Landbevölkerung statt, in den Städten stieg sie dagegen etwas an (auf 0,3 pCt. der Bevölkerung). Die Anzahl der Städte, welche keinen Zuwachs gaben, verringerte sich auf 50 gegenüber 95 im Jahre 1905. Die Sterblichkeit überwog die Anzahl der Geburten unter allen Kreisen nur in dem St. Petersburger (2654 Geburten und 2692 Todesfälle).

Im Vergleich mit den westeuropäischen Staaten waren die Geburts- und Sterblichkeitsziffern im europäischen Russland bedeutend höher — ebenso wie auch in den früheren Jahren; in gleicher Weise überwog der Zuwachs der Bevölkerung in Russland denjenigen in den übrigen europäischen Staaten, übrigens mit Ausnahme von Bulgarien, wo ein Maximum des natürlichen Zuwachses, nämlich 21,8 auf 1000 zu verzeichnen war. In der folgenden Tabelle sind die Coefficienten der natürlichen Bewegung der Bevölkerung in den europäischen Staaten zusammengestellt, in abfallender Ordnung nach der Grösse der Sterblichkeit. Die gegebenen Daten beziehen sich auf das Jahr 1907.

in St. Petersburg, an Scharlach—gleichfalls in St. Petersburg, dann kommen Warschau und Moskau, an Diphtherie — wiederum in St. Petersburg, an Typhus abdom. steht Petersburg an zweiter Stelle (nach Marseille). Die höchste Sterblichkeit an Lungentuberculose war unter den russischen Städten wiederum in St. Petersburg, wenn sie auch hinter der Sterblichkeit von Paris, Budapest, Bukarest und Lyon zurücksteht. In Bezug auf die Kindersterblichkeit stehen unter allen europäischen Städten, an erster Stelle Moskau (314 auf 1000) und St. Petersburg (259), dann kommen Breslau (232), Sophia (215), Warschau (206), München (20) u. a.

Die Gesamtzahl der registrierten Kranken betrug im Berichtsjahr 69060317 oder 461 auf 1000 Einwohner (im vergangenen Jahre 447). Davon kommen 26 pCt. auf die Städte und 74 pCt. auf die Kreise.

Von Epidemien, welche besondere Massregeln erforderten, steht an erster Stelle die asiatische Cholera. Im Anfang des Berichtsjahres erschien die Cholera in Ssamara, verbreitete sich dann in den an der Wolga gelegenen und südlichen Gouvernements des europäischen Russlands, West-Sibirien, teilweise in den centralen Gouvernements, wo sie sich übrigens nicht weiter entwickelte. Die Choleraepidemie des Jahres 1907 zeichnete sich nicht durch Intensität aus, wenn sie auch ein bedeutendes Gebiet ergriffen hatte. In 49 Gouvernements und Gebieten wurden 12716 Cholerafälle registriert, davon 6421 mit tötlichem Ausgang.

Besondere Massregeln erforderten auch die Epidemien der Pest und des Scorbuts. Pestausbrüche wurden im Verlauf des Berichtsjahres wiederholt beobachtet. Am bedeutendsten war die Epidemie im Semiretschje-Gebiet; ausserdem waren einzelne Pestfälle in den Gouvernements Astrachan und Ssaratow, im Ural- und Transbaikal-Gebiet und in Odessa. Der

Scorbut wies eine bedeutende, epidemische Verbreitung im Gouvernement Ufa und in dem Turgai-Gebiet auf.

In Bezug auf die Versorgung der Bevölkerung mit ärztlicher Hilfe war das Berichtsjahr günstiger als die vorhergehenden. Im ganzen Reich gab es 18215 Civil-Aerzte, darunter 986 Frauen,

72 pCt. der Aerzte wohnten in den Städten und nur 5092 (28 pCt.) — auf dem Lande. In den Städten kam ein Arzt im Durchschnitt auf 1500 Einwohner, auf dem Lande — auf 25000. Auf die gesamte, sowohl Stadt- wie Landbevölkerung kam 1 Arzt auf 8200 Einwohner (im europäischen Russland 1 auf 7400, im asiatischen 1 auf 17000). In Petersburg kam 1 Arzt auf 730 Einwohner, in Odessa 1 auf 750, in Charkow 1 auf 760, in Warschau 1 auf 790, in Moskau 1 auf 1000. Am besten war die Landbevölkerung mit ärztlicher Hilfe versorgt in den Gouvernements: Wladimir, Jekaterinoslaw, Moskau, Petersburg, Taurien, im Schwarzmeer-Gouvernement, im Gouvernement Irkutsk und in den Ostseeprovinzen, am wenigsten — in den centralen asiatischen Gebieten (in den Städten kam 1 Arzt auf 7600 Personen, auf dem Lande 1 auf 104400).

Zur unentgeltlichen Behandlung der Landbevölkerung waren im Reich 3406 ärztliche Bezirke vorhanden, die von Landschafts-, Dorf- und Bezirksärzten verwaltet wurden. In den Ostseeprovinzen, dem Weichsel- und dem Transkaspischen Gebiet gab es keine ärztlichen Bezirke. In Bezug auf die Einwohnerzahl und die Ausdehnung waren die Bezirke sehr verschieden: die kleinsten waren mit einer Bevölkerung von 10 bis 20 Tausend (Moskau, Petersburg, Taurien, Tschernigow u. a.) und mit einem Radius des Bezirks von 15 Werst (Wolhynien, Bessarabien, Wladimir, Woronesh u. a.); die grössten — mit einer Bevölkerung von 70 Tausend (Wilna, Orenburg, Tiflis u. a.) und mit einem Radius von mehr als 100 Werst (Archangelsk, Jenisseisk, Irkutsk, Tobolsk, Amur, Jakutsk, Turgai u. a.).

Folgende Personen zählten ausserdem zum medicinischen Personal: 23128 Feldscher, darunter 3159 Frauen, 9381 Pharmaceuten, 2186 Zahnärzte, 2908 Dentisten, 11819 Hebammen.

An Krankenhäuser und Ambulanzen gab es im ganzen Reich 7142 mit 176183 Betten; davon entfielen auf specielle Krankenhäuser — Irrenanstalten, Gebärasyle u. a. — im Durchschnitt 48183 Betten. Im Laufe des Berichtsjahres passierten die Stadtkrankenhäuser 2594114 Personen, von denen 140454 Personen starben = 5,4 pCt. Irrenanstalten gab es im ganzen 141 mit 33007 Betten und zum Anfang des Jahres 1908 waren dort 37362 Kranke. Gebäranstalten, -Asyle und Abteilungen für Gebärende in allgemeinen Krankenhäusern waren 626 mit 5160 Betten; Kranke und Gebärende gab es daselbst 202233.

Pasteursche Impfinstitute gab es 19 in den grössten Städten des Reiches. Im Laufe des Berichtsjahres liessen sich mit Schutzimpfungen gegen Lyssa 24500 Personen behandeln, von denen 119 starben.

Das Apothekenwesen hat sich im Vergleich mit dem vorhergehenden Jahr unbedeutend entwickelt. Die Zahl der Apotheken mit freiem Verkauf von Arzneimitteln betrug 4170, davon waren normale 2590, Dorfapotheken 1438, Apothekenabteilungen 111, homöopathische Apotheken 31. In den Städten befanden sich 1990 Apotheken oder 47,7 pCt., auf dem Lande 2180 oder 52,3 pCt. In St. Petersburg kam 1 Apotheke auf 16700 Einwohner, in Moskau — 1 auf 20000, in Warschau — 1 auf 13200, in Odessa — 1 auf 10600, in den Kreisen des Fergangebietes — 1 auf 1613100 Personen, in dem Gouvernement Wjatka — 1 auf 689600, im Turgai-Gebiet — 1 auf 562300, im Semiretschensk-Gebiet 1 auf 488100 Personen; im Jakutskschen Gebiet 1 auf 269400 bei einem Flächenraum von 3482530 Quadr.-Werst, im Gouv. Jenisseisk — 1 auf 60600, bei einem Flächenraum von 248210 Qu.-Werst, im Gebiet Akmolinsk — 1 auf 123500, bei einem Flächenraum von 170740 Qu.-Werst.

Die Gesamteinnahme der Apotheken nach Recepten und im Handverkauf betrug 23516812 Rubel; die Zahl der Recepte betrug 27926284. In den Apotheken waren 8240 Pharmaceuten und 4707 Lehrlinge beschäftigt. Die Zahl der Drogenhandlungen überstieg 4400.

Die Zahl der Feldscherschulen betrug 37, davon waren 17 männliche und 10 weibliche, die übrigen gemischt; die Zahl der Schulen für Feldscherinnen-Hebammen betrug 17, die der Hebammen-Schulen 54; die Mehrzahl dieser Schulen wurde auf Kosten der Gouvernements-Landschaften, Städte und Privatpersonen unterhalten. In den Feldscherschulen beendeten den Cursus 774 Personen, in denjenigen für Feldscherinnen-Hebammen — 350, in den Hebammenschulen — 2099 Personen.

Wissenschaftliche ärztliche Vereine wurden 180 im Reich gezählt. Sie sind mehr oder weniger gleichmässig verteilt, mit Ausnahme der Gebiete von Transkaukasien, Sibiren und Central-Asien. Die Zahl ihrer Mitglieder betrug 13700, die Zahl der Sitzungen 1300, die der wissenschaftlichen Mitteilungen mehr als 2000.

Hygienische Laboratorien zur Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln gab es im Ressort der Verwaltung des Haupt-Medicinal-Inspectors 43. Die Mehrzahl von ihnen wurde von den Städten unterhalten, einige von wissenschaftlichen Vereinen und Instituten. In den Laboratorien wurden über 34000 Untersuchungen von Nahrungsmitteln gemacht. Die Zahl der Anstalten zur Bereitung von Kumys, Kefir und künstlichen Mineralwässern betrug 4040.

Die gerichtlich-medicinische Tätigkeit des ärztlichen Personals äusserte sich im Berichtsjahr in der Ausführung von 50219 Sectionen und Leichenbesichtigungen, wobei ein gewaltsamer Tod in 35993 Fällen (72 pCt.) constatiert wurde; davon waren: Morde — 21001 (58,3 pCt.). Selbstmorde — 3748 (10,4 pCt.) und Kindsmorde — 1660 (4,6 pCt.). Gerichtlich-medicinische Besichtigungen von lebenden Menschen zur Bestimmung des Gesundheitszustandes wurden 228446 ausgeführt.

Interessant sind die Resultate der medicinischen Besichtigung der zur Ableistung der Wehrpflicht Einberufenen im Jahre 1907. Aus der Gesamtzahl von 1303251 Personen, welche in die Listen eingetragen waren, wurden 687200 oder 53,7 pCt. besichtigt; ganz untauglich zum Militärdienst erwiesen sich 75603 Personen oder 11 pCt.; 61996 oder 9 pCt. wurden für unfähig zum Dienst im stehenden Heer befunden. Am meisten zurückgewiesen wurden, wie auch in früheren Jahren, in den Weichsel-Gouvernements und in den Ostseeprovinzen, am wenigsten—in den centralen und südlichen Gouvernements.

Die Gesamtsumme der Ausgaben für das Medicinalwesen betrug im Berichtsjahr 86000598 Rbl., was im Durchschnitt für jeden Einwohner gegen 57 Kop. ausmacht; 8 pCt. dieser ganzen Summe entfiel auf die Staatsausgaben, 22 pCt. — auf städtische, 17 pCt. — auf Privatpersonen und Gesellschaften und 48 pCt. — auf die Landschaften.

Nach der Grösse der Ausgaben für das Medicinalwesen verteilen sich die einzelnen Posten folgendermassen: der Unterhalt der Krankenhäuser (ohne Personal) — 42755365 Rbl. Aerzte — 13080485 Rbl., Feldscher — 91150655 Rbl., unentgeltliche Arzneien — 7939670 Rbl., Bekämpfung der Epidemien einschliesslich die Ausgaben der Commission zur Bekämpfung und Verhütung der Pest — 799822 Rbl.) — 1888198 Rbl. Sanierung der bevölkerten Gegenden — 1853191 Rbl. Unterhalt der Pharmaceuten 1332630 Rbl., Pockenimpfung—446344 Rbl. Sanitäts-Bureaus —386944 Rbl., Hygienische Laboratorien — 127134 Rbl., übrige Ausgaben — 7075536 Rbl.

Die Hauptausgaben entfielen somit auf die Heilung der Kranken, für Sanitätsmassnahmen, einschliesslich die Bekämpfung der Epidemien, wurden im ganzen 5 pCt. der ganzen Summe ausgegeben.

F. Dörbeck.

Bücherbesprechungen.

Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medicin im In- und Auslande. Begründet von Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Ebstein, Göttingen. Herausgegeben von Dr. Beyer, Magdeburg; Dr. Brassert, Leipzig; Privatdocent Dr. Döllken, Leipzig; Dr. Ebstein, Leipzig; Dr. Freymuth, Belzig; Dr. Friedeberg, Magdeburg; Privatdocent Dr. Gregor, Leipzig; Dr. Immelmann, Berlin; Dr. Kaufmann, Mannheim; Privatdocent Dr. Klien, Leipzig; Oberarzt Dr. Konrich, Jena; Stabsarzt Dr. Krebs, Halensee bei Berlin; Privatdocent Dr. Loening, Halle a. S.; Privatdocent Dr. Lüdke, Würzburg; Privatdocent Dr. Meinertz, Rostock; Oberstabsarzt Privatdocent Dr. Menzer, Halle a. S.; Dr. Rigler, Leipzig; Oberarzt Dr. Schreiber, Magdeburg; Oberarzt Dr. Trembur, Jena; Privatdocent Dr. Uffenorde, Göttingen; Privatdocent Dr. Vogt, Rostock, Dr. Völsch, Magdeburg; Dr. Zalociecki, Leipzig. Redaction: Dr. Schreiber in Magdeburg, Dr. Rigler in Leipzig. Bericht über das Jahr 1908. Zwei Bände. XII + VIII + 938 S. Leipzig. 1909. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. Preis M. 20.

Wie in dem Vorwort zu dem ersten Bande des Berichtes über die Jahre 1902—1903 angekündigt war, ist jetzt der Bericht über das Jahr 1908 erschienen, während die Fortsetzung des Berichtes in chronologischer Reihenfolge, d. h. für die Jahre 1904 und 1905 später erscheinen soll. Diese Anordnungsweise des Erscheinens der Jahresberichte hat den Vorzug.

dass der Arzt, dem daran gelegen ist, gerade über die jüngsten Fortschritte und Leistungen der Medicin orientiert zu sein, nicht zu warten braucht, bis die älteren Jahrgänge bearbeitet werden, ehe er einen Ueberblick über den jetzigen Stand der Wissenschaft erhält. Sowohl den Redacteuren wie dem Verleger muss man für eine solche Behandlung des Materials Dank wissen, bedeutet sie doch eine schwere, gleichzeitige Doppelarbeit. In der Anordnung des Stoffes sind in dem letzten Bericht einige unwesentliche Aenderungen vorgenommen, indem die Reihenfolge der Erkrankungen eine andere und die Therapie an das Ende gerückt ist. Sonst muss von diesen beiden Bänden dasselbe gelten, was über die ersten gesagt war. Uebersichtliche Gruppierung des reichen Materials, erschöpfende Behandlung der einschlägigen Literatur, präcise Wiedergabe derselben in knapp gefassten Referaten charakterisieren dieses gross angelegte literarische Unternehmen, dem wir Erfolg wünschen und dessen Fortschreiten wir mit Interesse entgegensehen.

Fr. Dörbeck.

Dr. F. Fromme. Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes, 1910. Verlag von S. Karger. 256 S. 31 Abbildungen und 2 Tafeln.

In gedrängter, übersichtlicher Form ist es dem Verf. gelungen, alles Wesentliche aus der enormen Zahl der neueren Arbeiten aus der Physiologie und Pathologie des Wochenbettes in seinem Buche zu verwerten und ein Bild der modernen Lehre dieser Abschnitte der Geburtshilfe zu entwerfen. Der Praktiker wird dem Verf. dafür grossen Dank wissen, ist er doch kaum im Stande, die ausführliche Darstellung desselben Themas in v. Winckels Handbuch, wo es auf ca. 1000 Seiten abgehandelt ist, zu bewältigen. Fromme hat selbst sehr viel auf dem Gebiete des Puerperalfiebers gearbeitet, deshalb ist es zu verstehn, dass die Darstellung des Kindbettfiebers im Mittelpunkt des Buches steht und den grössten Raum einnimmt, dabei aber auch an Lebendigkeit gewinnt. Natürlich war es nicht zu vermeiden, dass einige Fragen etwas subjectiv behandelt sind, so z. B. wird die vom Verf. empfohlene Methode (mit Hilfe einer Lecithinemulsionbouillon) zur exacten Unterscheidung zwischen saprophytären, hämolytischen Streptococcen und pathogenen hämolytischen Streptococcen noch nicht allgemein anerkannt. Der physiologische Teil des Buches wie auch die übrigen Wochenbettserkrankungen sind etwas kürzer ausgefallen, bringen aber alles Wesentliche, und besonders ist die Diagnose am eingehendsten berücksichtigt, während die Therapie, obgleich wenig lohnend, vielleicht etwas breiter dargestellt sein könnte. Das Frommesche Buch kann allen praktischen Aerzten warm empfohlen werden. Die Ausstattung und der Druck sind gut, einige Abbildungen lassen allerdings einiges zu wünschen übrig.

W. Beckmann.

Dr. M. T. Schnirer. Taschenbuch der Therapie. Sechste vermehrte und verbesserte Ausgabe. Würzburg. A. Stubers Verlag 1910. Preis geb. Mark 2.

Dieses kleine, so ausserordentlich handliche «Taschenbuch der Therapie» erscheint nun seit dem Jahre 1905 in jährlich sich vervollständigender Ausgabe, und die Seitenzahl ist von 293 der ersten Auflage auf 408 Seiten im vorliegenden Büchlein gestiegen. Mit grösstem Rechte geniesst es denn auch so eine Beliebtheit unter den praktischen Aerzten; ist es doch geeignet, wie keins der sonst gangbaren Vademecum, den Praktiker rasch und genau über alles in der Therapie aufzuklären. Von grossem Werte sind die beiden Hauptcapitel des Büchleins, in welchen einerseits die Krankheitsformen mit ihren therapeutischen Indicationen und andererseits die einzelnen gebräuchlichen Arzneimittel in alphabetischer Anordnung sich verzeichnet finden. Neu ist das Capitel «über Tuberculindiagnostik und Tuberculintherapie», wo man eine knappe, aber durchaus brauchbare Anleitung zur Anwendung des Tuberculins finden kann. In der letzten Auflage wurden vom Verf. auch die Abschnitte über «Kosmetik», «Therapeutische Technik», «Diätcuren und diätetische Küche» beträchtlich vermehrt.

Jedem Praktiker sei es dringend anempfohlen, sich dieses Büchlein anzulegen: es wird ihm bald ein nicht zu vermissendes kleines Nachschlagebüchlein werden.

Hecker.

M. Saenger. Ueber Asthma und seine Behandlung. Berlin. 1910. Verlag von S. Karger.

Das vorliegende Werk ist eine Zusammenfassung der schon früher in verschiedenen Zeitschriften erschienenen Arbeiten des Verf. auf einem Gebiet, welches für jeden praktischen Arzt von so eminenter Wichtigkeit ist. Es ist von besonderem Wert, weil wir hier auf das genaueste die Entstehung und das Wesen des Asthmas und seine Behandlung niedergelegt finden, wie wir es wohl kaum in einem der bekannten Lehrbücher antreffen werden. Verf. verfügt dabei über eine grosse persönliche Erfahrung, die er in den letzten Jahren an mehr als 500 Asthmakranken gesammelt hat, durch welche er seine früher gemachten Beobachtungen auf das vorteilhafteste ergänzen konnte. — Besonders in der «Zählmethode» hat Verf. eine Behandlung des Asthmas empfohlen, die allgemeine Beachtung beanspruchen darf, da sie in den meisten Fällen, selbst auch in schweren, von Erfolg gekrönt ist.

Es würde uns zu weit führen, auf alle Einzelheiten hier genauer einzugehen, das Werk kann nur allen, die sich für diese Frage interessieren, aufs Wärmste empfohlen werden.

Fr. Mühlen.

Hugo Toll: Die Grundlagen der Krankenpflege. Ein Buch für Krankenpflegerinnen. Autorisierte Uebersetzung von Leo Klemperer. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller. 1909. Preis 3 M.

Da das Buch für Pflegerinnen geschrieben ist, so ist es auch allgemeinverständlich gehalten. In verschiedenen Capiteln wird eine recht genaue Uebersicht über die wichtigsten Begriffe gegeben, wie über Krankheit und Symptome, Nervosität, Entzündung und Fieber, Reinlichkeit und Bäder, über Diät, Arzeneien, Technik der Krankenpflege und über einzelne Krankheitsbilder. Einen grossen Abschnitt nimmt die chirurgische Krankenpflege ein.

Den Schluss bildet ein Entwurf eines Lehrplanes zur Heranbildung von Krankenpflegerinnen.

Fr. Mühlen.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1503. Sitzung am 20. Januar 1910.

Anwesend 74 Mitglieder und 5 Gäste. Vorsitzender P. Klemm, Schriftführer C. Brutzer.

Vor der Tagesordnung demonstriert von Rimscha einen Patienten, ca. 30 Jahre alt, mit einem Polypen, der von der hinteren Rachenwand ausging. Der Polyp ist pflaumengross und drängt sich neben der rechten Tonsille in den Rachenraum; an seiner abhängigen Partie findet sich ein erbsengrosses, nekrotisch belegtes Geschwür, sonst ist er, wie seine Umgebung, von Schleimhaut bedeckt. Der Stiel ist kurz und fingerdick. Die Ansatzstelle ist auf der hinteren Rachenwand zwischen beiden Tonsillen in der Mitte gelegen. Die Seltenheit dieser Localisation wird von Redner hervorgehoben. Da der Tumor gestielt ist, spricht R. ihn für ein Fibrom an. Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein Lymphosarcom. (Dr. Poorten). Redner demonstriert ferner das Spirituspräparat eines Polypen, der die Form und Grösse einer kleinen Birne hat, und vom Nasenrachenraum ausgehend, in den Rachen herabhing; durch Abreissen am Stiel wurde er entfernt.

Hirschberg demonstriert einen Säugling mit einem Naevus vasculosus in der Mitte der Stirn und auf dem Nacken. Beide Naevi sind ungefähr so gross wie ein 20-Kopekenstück. Diese Localisation findet sich nach Unna häufig und Unna schliesst aus dieser typischen Localisation, dass ein Druck auf die betreffenden Stellen vor oder während der Geburt für die Aetiologie der Naevi massgebend sei. Ferner demonstriert Hirschberg verschiedene Lichenformen an einer Mutter und an ihrem Kinde.

P. 1. Discussion zu der Demonstration Schönfeldts vom 16./XII. 1909. (cf. Protocoll).

von Krüdener ist der Ansicht, dass es sich im vorliegenden Fall um Aneurysma der A. carotis interna gehandelt habe. Dafür spricht ausser der Stauungspapille, die hier durch Stauung des Liquor ganz ohne Entzündungserscheinungen bestand, das Phänomen, dass das Geräusch bei Compression der linken Carotis verschwand, bei rechtsseitiger Compression nicht. Auch war das Geräusch charakteristisch sausend und so stark, wie es nur durch ein Aneurysma hervorgerufen werden kann. Dass sich auch bei Kindern ein Aneurysma bilden kann, hat Redner schon anderweitig angeführt. Ein cerebraler Tumor müsste noch ganz andere Druckerscheinungen hervorrufen.

Schönfeldt: Das Geräusch braucht nicht unbedingt als aneurysmatisch aufgefasst zu werden. Bei seiner Beurteilung müsse auch in Betracht gezogen werden, dass das Schädeldach im Kindesalter dünner sei. Druckerscheinungen waren durchaus vorhanden: der Knabe klagte über Kopfschmerzen und Erbrechen.

Th. Schwartz hat den Patienten auch im Juli 1909 gesehen, damals waren ausser Kopfschmerzen keine Symptome vorhanden, keine Stauungspapille. Redner meinte damals

ebenso wie Schönfeldt, dass es sich um eine Anämie handele. Die kurze Zeit, in der sich die bedrohlichen Symptome entwickelten, hält er für die Ausbildung eines Aneurysma nicht für genügend, und nimmt daher das Bestehen eines schnell wachsenden Tumors an.

von Mühlen hat 4 Fälle von Aneurysma der Arteria carotis gesehen und alle sind durch Unterbindung geheilt worden. Dieses wäre der 5. Fall, der genau den anderen entspricht. Ueber Kopfschmerzen klagten auch die Patienten, die an Aneurysma litten, und es käme auch zu anderen schweren Zuständen infolge des Hirndrucks bei Aneurysma. Bei einer Patientin begann das Leiden im 4. Lebensjahr. Ihr Schlaf war ein Zustand absoluter Bewusstlosigkeit, derart, dass sie durch Geräusche nicht erweckt werden konnte. Diese Patientin musste doppelseitig unterbunden werden, da das gute Resultat der ersten Unterbindung nur 1½ Jahre anhielt, und dann wohl durch die Bildung von Collateralen wieder die Beschwerden auftraten, die nach der 2. Operation definitiv schwanden; auch der Schlaf war normal geworden.

P. 2. Discussion zu der Demonstration Idelsohns vom 16./XII. 1909. (cf. Protocoll).

M. H.! Ich möchte mir erlauben, Ihnen in aller Kürze über einen ganz ungewöhnlichen Fall von hysterischer Astasie-Abasie zu referieren. Sie sehen hier ein 29-jähriges russisches Fräulein, welches von ihrer Amme luetisch inficiert worden war. Mit 3 Jahren hatte sie eine specifische Augenerkrankung (Iritis?) durchgemacht, und gegen Ende des ersten Decenniums entwickelte sich eine schnell progressierende Taubheit. Mittlererweile hatte Patientin einen genügenden Sprachschatz erwerben können, so dass ihre geistige Entwickelung ganz leidlich fortschreiten konnte. Die Verständigung mit der Umgebung erfolgte durch Ablesen von den Lippen, sie selbst sprach und spricht monoton und rauh aber deutlich. Im Jahre 1903, also mit 22 Jahren, traten unter Fiebererscheinungen Schmerzen in den unteren Extremitäten auf; ein hinzugezogener Arzt soll sich etwa folgendermassen über die Natur des Leidens geäussert haben: man könne hier nichts machen, früher oder später würde jedoch die Kranke irgend eine unangenehme Ueberraschung machen. Einige Monate später traten Lähmungserscheinungen in den Beinen auf, die allmählich auf die Arme und die Nackenmuskulatur übergingen, so dass die Kranke schliesslich ganz unbeweglich dalag und nicht einmal den Kopf bewegen konnte. Das ganze Krankheitsbild ähnelte dem einer Myelitis, und mit Rücksicht auf die voransgegangene specifische Infection wurde die Kranke antiluetisch behandelt. Unter diesem Zeichen stand auch die ganze spätere Therapie, welche immer wieder auf die supponierte luetisch-organische Natur des Leidens gerichtet wurde. Auf Veranlassung von Prof. Minor-Moskau kam Patientin im Sommer 1904 nach Kemmern in meine Behandlung: unter den grössten Vorsichtsmassregeln, die durch den im Gebiete der Phrenicuskerne localisierten Sitz des myelitischen Processes bedingt waren, gelang es, Patientin eine Innunctionscur mit etwa 20 Schwefelbädern zu applicieren. Dabei zeigten sich bedenklich hysterische Züge, welche einer verbal-suggestiven Beeinflussung zugänglich sich erwiesen; es gelang, Patientin auf eine Viertelstunde zum Sitzen zu veranlassen, eine Spazierfahrt im Stuhl zu unternehmen; die Lähmung der Kopfhalter und Extremitätenmuskeln blieb jedoch bestehen. Im Herbst gelang es Prof. Minor in Moskau, durch Suggestion die Lähmung der Halsmuskeln zu überwinden, und im Sommer 1906 machte Dr. Packiewicz (während meiner Abwesenheit auf dem Kriegsschauplatz) mit der Kranken die ersten gelungenen Gehversuche. Wie sehr das Leiden eine myelitische Affection vortäuschte, beweist die Tatsache, dass ihr 1906 an einem Bein die Tenotomie gemacht wurde und dass die Extremität in einen grossen Schienenhülsenapparat gesteckt wurde, mit dem die Patientin notdürftig gehen konnte. Badecuren in Finnland und im Kaukasus, specifische und roborierende, sowie hypnotische Curen blieben erfolglos. 1908 kam Patientin aus dem Kaukasus zurück und bot eine eigenartige, an pes equinus erinnernde Stellungsanomalie am linken Fuss mit entsprechender Functionsstörung dar, während das rechte Bein mit dem Apparat leidlich bewegt wurde. 1909 sah ich Patientin in dem geschilderten Zustande in Kemmern wieder. Ich setzte mir zum Ziel, das linke, wohl zweifellos functionell afficierte Bein gerade zu stellen, und brachte den grossen Heilapparat, wie ihn ein Curort bietet, successive in Action; aber alles erwies sich vergeblich; da ergriff ich, von meiner Geduld verlassen, den linken Fuss und machte eine energische Pronationsbewegung: unter einer lebhaften Schmerzäusserung verschwand der Krampf in der Wadenmuskulatur, und der Fuss stellte sich rechtwinklig zum Unterschenkel. Ich hielt ihn nun 10 Minuten in dieser Stellung fest und forderte die Kranke energisch auf, sich auf die nunmehr horizontal stehende Fusssohle zu stützen — seitdem war die Function des linken Beines wiederhergestellt. An die Behandlung des «organisch» kranken rechten Beines wagte ich nicht heranzutreten. Da aber die Pat. hartnäckig darauf bestand, die «Cur» fortzusetzen, so behielt ich sie vom August bis zum heutigen Tage in der Klinik, und freuen wir uns beide hier zeigen zu können, dass auch das rechte Bein in bedeutendem Masse auf eine suggestive Behandlung, die sich an systematische Uebungen angeschlossen hatte, an Kraft und Bewegungsfähigkeit gewonnen hat. Die Contractur der Zehen, welche die Zehennägel in die Haut der Fusssohle eingedrückt hatte, ist fast völlig überwunden, die Motilität in allen Gelenken des Ober- und Unterschenkels ist frei, Patientin geht ohne Stock und ohne Apparat, wenn auch noch etwas unbeholfen. Es besteht eine Neigung zur Spitzfussstellung.

Die Beurteilung des Falles bot grosse Schwierigkeiten wegen der complicierenden Lues. Die Pupillen sind different, die Licht-Reaction träge, es besteht absolute Taubheit, im rechten Facialis ein Tic convulsif als Residuum einer inveterierten Facialislähmung. Die complette Lähmung, eine merkliche Atrophie im rechten Oberschenkel (ex apparatu?), die Spitzfussstellung und angebliche Blasenstörungen liessen den Verdacht auf eine myelitische Affection begründet erscheinen. Andererseits musste die Multiplicität der Erscheinungen, die atypische Verteilung von Contractur und Lähmung, das Fehlen der klassischen Reflexphänomene (Babinski) und Sensibilitätsstörungen, die Erfolglosigkeit der specifischen Therapie, die charakteristische Psyche und die eigenartige (psychogene?) Entstehung der Lähmungen den Gedanken an eine functionelle, hysterische Natur derselben wach rufen; die Vermutung ist durch den Erfolg suggestiver und übender Massnahmen bestätigt worden; es bleibt immerhin noch zu entscheiden, ob nicht doch ein geringer Anteil organisch-luetischer Provenienz dabei gewesen ist und ob nicht die zahllosen, specifischen Curen auf diesen eingewirkt haben mögen; diese Reserve glaube ich mit Rücksicht auf die lange und complicierte Leidensgeschichte aussprechen zu müssen; die Kranke kehrt morgen zu ihren Angehörigen zurück und hat die Absicht, so bald als möglich wieder zur weiteren Behandlung sich hier einzufinden: hoffentlich bereitet sie keine neuen Ueberraschungen!

Ed. Schwarz hebt hervor, wie lehrreich und mannigfach die Fälle von Hysterie seien, und dass es namentlich schwierig sei, die Folgen von Contusionen des Rückenmarkes von Hysterie zu trennen. Er führt einen Fall an, bei dem sich eine schwere Atrophie der Schultermuskulatur ausbildete. Dennoch gelang der Nachweis, dass keine organische Läsion vorlag, und Patientin genas bei entsprechender Behandlung.

P. 3. Kemen aus Bad Kreuznach hält als Gast einen Vortrag über Radiumtherapie in Bad Kreuznach. Ein Eigenbericht ist in der Therapie der Gegenwart, 1909, Heft 11, erschienen.

Hirschberg: Die Wirkungen der Kreuznacher Quellen sind so allgemein anerkannt, dass sich ein Widerspruch wohl nirgends erheben würde. Dennoch bedarf es noch wissenschaftlicher Beweise dafür, dass der Radioactivität dieser Quellen als Heilfactor ein namhafter Anteil zufällt. Bekannt ist Kreuznach unter anderem als Bad für Gichtkranke. Es ist neuerdings erwiesen, dass die unlöslichen harnsauren Salze, Monourate, unter der Einwirkung von radioactiven Substanzen in lösliche Verbindungen übergeführt werden; Ka- und Li-Verbindungen haben eine gleiche Wirkung, aber den Vorgang selbst kennt man nicht näher. Man ist also auf Empirie angewiesen, und das ist nicht genügend. Es kann bisher nichts gesagt werden, als dass radioactive Substanzen in bestimmten Mengen in den therapeutischen Präparaten vorhanden sind. Specifische Reactionen könne man in den Veränderungen der kranken Gelenke nicht sehen.

Idelsohn macht darauf aufmerksam, dass die Indicationen für Bad Kreuznach fast dieselben seien wie für das uns nahe liegende Schwefelbad Kemmern, in dem die Untersuchungen keine Radioactivität nachgewiesen haben. Dem gegenüber ist hervorzuheben, dass Vortragender in objectiver Weise die Frage der Radioactivität als Heilfactor offen gelassen habe. Bemerkenswert wäre noch, dass die Erfolge der Ischiasbehandlung in Kemmern bessere wären als in Kreuznach.

Kemen ist den Vorrednern dankbar, durch ihre Ausführungen nochmals Gelegenheit zu haben, zu bekräftigen, dass im Salzgehalt der Kreuznacher Quellen wohl der wesentlichste Heilfactor zu sehen sei. Er verliest einen Bericht des eben tagenden Balneologencongresses und wendet sich im Anschluss daran gegen die Auffassung, als werde die Emanation durch Inhalations- und Trinkcuren als Gas dem Körper eher einverleibt als im Bade. Die Emanation diffundiere als Gas auch durch lebende Membranen, und im Bade seien dazu grosse Flächen geboten. Im Urin sei keine Emanation nachzuweisen, weil sie als Gas durch die Lungen ausgeschieden werde.

Feuilleton.

Brief aus Breslau.

Ueber «Mutationsgeschwülste (Carcinoma sarcomatodes) und ihre Stellung im onkologischen System sprach Pr.-Docent Coenen am 14. Januar in der Medicinischen Section der «Schlesischen Gesellschaft für V. C. zu Breslau». Als Mutationsgeschwülste wären nach Sticker jene von Ehrlich und Apolant zuerst beobachteten Geschwulstformen zu bezeichnen, deren Eigentümlichkeit in einer Umwandlung von Carcinom in sarcomatöses Gewebe gegeben ist. Die beim Menschen beobachteten Uebergangsformen zwischen Carcinom und Sarcom wurden von Virchow mit dem Namen «Carcinoma sarcomatodes» belegt. Von diesen Fällen sind bis jetzt nur 20 Fälle in der Literatur verzeichnet (Herxheimer, Lippmann). Vortragender hatte Gelegenheit, einen der 3 in der Literatur verzeichneten Fälle von Carcinoma sarcomatodes der Mamma zu beobachten. Für diesen Fall, der besonders durch die scharfe Absetzung des Tumors vom Drüsenkörper der Mamma charakterisiert war, nimmt C. an, dass bei zuerst verhandenem sarcomatösem Anteil durch den Reiz der Sarcomzellen auf die Epithelien das Carcinom entstand. Anders beim Fall von Dorsch, wo das Auftreten eines sarcomatösen Gewebes vorausging und die sarcomatöse Wucherung des subepithelialen Gewebes als secundär zu betrachten war. In dem dritten bekannt gewordenen Fall von Carcinoma sarcomatodes der Mamma wurde ein gleichzeitiges Nebeneinanderbestehen eines sarcomatösen sowohl als carcinomatösen Anteils festgestellt, (Schlagenhaufer). Klinisch ist das Carcinom durch seine excessive Bösartigkeit charakterisiert.

Ueber «Schwerhörigkeit bei Leukämie» sprach Görke in der Sitzung vom 21. Januar (Klinischer Abend im Allerheiligenhospital) unter Vorführung zweier Patienten, bei denen im Verlaufe einer chronischen lymphatischen Leukämie Schwerhörigkeit eingetreten war und bei denen die Functionsprüfung eine Erkrankung des Labyrinths ergeben hat. Der Verlauf des ersten Falls lässt den Grund in einer durch lymphoide Infection herbeigeführten degenerativen Veränderung der Nervenendstellen vermuten, in dem anderen Falle, bei dem im Gegensatz zum ersten plötzlich hochgradige Schwerhörigkeit aufgetreten war, dürfte eine intralabyrinthäre Hämorrhagie eine Zertrümmerung des Cortischen Organs verschuldet haben.

Prof. Stern stellte einen Fall von Nephrotyphus vor: im Laufe des Typhus trat eine Infection der Harnorgane auf; im stark eitrigen Harn eine Reincultur von Typhusbacillen. Die Infection der Harnorgane besteht nach Aufhören des Fiebers fort.

Prof. Tietze ist in der Lage, 5 Patienten vorzuführen, bei denen die Trepanation — in einem Falle wegen Tuberkeln des Kleinhirns (bei jungem Mädchen), in den 4 anderen wegen Hirndruck mit gutem Erfolge ausgeführt wurde. Bei allen vier letzteren bestanden Hirndrucksymptome. In zwei Fällen konnten zerstreute Tuberkel auf der Convexität nachgewiesen werden, die Operation liegt einige Wochen zurück. Die Schmerzen sind verschwunden. Der Verlauf wird zeigen, ob definitive Heilung eingetreten ist.

Die dritte Patientin, die früher an häufigen Krämpfen litt, bleibt seit der Operation (1¼ Jahr) frei davon; bei der vierten Patientin, die ebenfalls mit Krämpfen ins Krankenhaus eingeliefert war, sind sie nicht verschwunden aber entschieden seltener geworden. In den letzteren 2 Fällen konnten Tuberkel auf der Convexität als wahrscheinlich angenommen werden.

Zum Thema «Stickstoffinsufflation»—Herstellung eines Pneumothorax mittelst Stickstoff, um die kranke Lunge einer Körperhälfte durch Ruhigstellung zur Heilung zu bringen—sprach Eppenstein. In 3 Fällen zeitigte die Methode, deren Einführung und Ausbau an die Namen Brauer, Küttner, Friedrich, Schmidt und Lesser gebunden ist, guten Erfolg. In einigen Fällen gelang infolge pleuritischer Verwachsungen die Herstellung des Pneumothorax nicht.

Zur Druckregulierung wurde hier der Murphysche Flaschenapparat, zur Insufflation die Brauer-Küttnersche Schnittmethode, zum Teil aber auch das directe Einstechen des Schmidtschen Troikarts angewandt.

Von den übrigen Demonstrationen des klinischen Abends seien noch folgende erwähnt: Totale Hypertrophie der einen Körperhälfte, ausgesprochene Hypertrophie der linken Hälfte, des Schädels, des Rumpfes, der Extremitäten — bei einem 1-jährigen Knaben. Demonstration eines Präparats zu einem Fall von Compression des Rückenmarks durch ein intradurales extramedulläres Hämatom bei einem 52-jährigen Arteriosklerotiker. Das Hämatom war durch Ruptur eines miliaren Aneurysmas einer Arteria radicularis anterior des Rückenmarks entstanden (Schiller, Neisser).

An diese schliesst sich die Demonstration eines Falles von gastrischen Krisen bei einem 24-jährigen Tabiker; im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen sehr heftige Schmerzanfälle in der Gegend des Manubrium sterni, denen auch eine hyperalgetische Zone über dem Manubrium sterni entspricht. Es soll hier die Förster-Tietzesche Operation — die Durchschneidung der hinteren Wurzel vorgenommen werden.

In der Breslauer Chirurgischen Gesellschaft führte Drehmann einen 13-jährigen Knaben mit habitueller Patellarluxation vor, die sich darin äussert, dass die Patella bei jedem Schritt vollkommen auf den äusseren Condylus luxiert und die begründet ist in einer eigentümlichen Form des Femur: Verbiegung des Oberschenkelschaftes in der Mitte nach hinten und eine starke Retrotorsion des Femur. Der operative Eingriff bestand in Beseitigung der Verbiegung nach hinten durch eine Osteotomie in der Mitte und der negativen Torsion durch vermehrte Innenrotation des unteren Fragments. Der Knabe kann jetzt — 4 Monate nach der Operation — sehr gut gehen.

Der zweite von Drehmann demonstrierte Fall betrifft eine Paraarticuläre Correctur schwerer Flexionsankylosen des Kniegelenks. Es handelt sich um einen 15-jährigen Knaben, bei dem eine im Alter von 8 Jahren ausgeführte Resection eine rechtwinklige Beugestellung des rechten Knies herbeigeführt hat. (Auf dem Röntgenbild völlige Ankylose). Von einer Resection, die bei der hochgradigen Beugestellung die Entfernung eines grösseren Keils erfordert hätte, wurde abgesehen. Eine einfachere Methode, doppelte Osteotomie — schräge Osteotomie der Fibula und Tibia sowie eine zweite schräge supracondyläre Osteotomie — hat die Verkürzung völlig beseitigt. Dr. Schless.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Der von der russischen Regierung für die im Jahre 1911 in Dresden stattfindende Internationale Hygiene-Ausstellung ernannte Regierungscommissar, Prof. W. Podwyssozkij hat eine Versammlung von Aerzten, verschiedenen anderen Vertretern der Wissenschaft und Administrativbeamten einberufen, in welcher die Vorstände der einzelnen Gruppen und ihrer Unterabteilungen erwählt wurden. Wir geben hier die Namen der Vorstände mit Vorbehalt wieder, da Aenderungen noch möglich sind. Gruppe I — Luft, Licht, Boden, Wasser — Prof. P. Braunow, Gruppe II — Ansiedlung und Wohnung — der Obermedicinalinspector, Dr. L. Malinowskij und Architekt P. Suzor, Gruppe III — Ernährung und Nahrungsmittel die Proff. J. Pawlow, S. Przibytek, A. Danilewskij und O. Grimm und die DDr. Ignatjew, A. Kalantar und A. Demtschinskij. Gruppe IV — Kleidung und Körperpflege — Dr. W. Lewaschow, Dr. Losinskij und Dr. W. Peskow, Gruppe V — Beruf und Arbeit — DDr. D. Nikolskij, M. Uwarow und A. Pogoshew, Gruppe VI — Infectionskrankheiten — Prof. D. Sabolotnyi, Dr. W. Issajew, Prof. N. Mari, Dr. S. Dserzgowski, Dr. N. Freiberg, Gruppe VII — Krankenfürsorge und Rettungswesen — Prof. N. Weljaminow, Prof. D. Ott, Prof. A. Skatschinskij, Dr. P. Bulatow, Mag. K. Kresling, O. Aderkass, Fürst A. Lwow, N. Schwedow, Gruppe VIII — Kinder und jugendliche Personen — Dr. K. Rauchfuss, Prof. G. Chlopin, Dr. W. Gubert, Gruppe IX — Verkehr — Prof. W. Timonow, G. Kulescha, M. Mangubi, N. Romanow, Dr. N. Schmidt, Gruppe X — Militär und Marine — Dr. A. Jewdokimow, Dr. A. Sujew, Gruppe XI — Tropenhygiene — Dr. W. Issajew, Gruppe XII — Statistik — Dr. S. Nowosselskij und W. Stepanow. Sondergruppen: Tuberculose — Dr. A. Wladimirow und Dr. S. Unterberger, Alcoholismus — Dr. M. Nishegorodzew und Dr. M. Uwarow, Geschlechtskrankheiten — Prof. T. Pawlow. Krebs — ?, Zahnerkrankungen — Dr. P. Fedorow. Historische Abteilung — Prof. G. Skoritschenko und Dr. F. Dörbeck. Als Endtermin zur Anmeldung der Exponenten bei dem russischen Comitee ist der 20. Mai d. J. fixiert. Die Anmeldungen sind entweder an den Commissar, Prof. Podwyssozkij, Lopuchinskaja 12, oder an die Gruppenvorstände zu richten. — Obige Liste ist dem Journal «Russkij Wratsch» entnommen, da uns leider bis jetzt noch keine diesbezügliche officielle Mitteilung zugegangen ist.

— An der Militärmedicinischen Akademie in St. Petersburg ist ein Preis auf den Namen des Prof. der Chirurgie Ch. von Hübbenet gestiftet, wozu ein Kapital von 6500 Rbl. gespendet worden ist.

— Der Professor der Zoologie und vergleichenden Anatomie an der Militär-medicinischen Akademie in St. Petersburg, Dr. N. Cholodkowskij ist von der russischen Entomologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied erwählt worden.

— Der Gesuch der Aerztin Dr. Dantschakowa, die sich als Privatdocent an der Universität in Moskau habilitieren wollte, ist von dem Minister der Volksaufklärung abschlägig beschieden worden.

— Aachen. Dr. W. Gemünd, Docent für Hygiene, ist zum Professor ernannt.

— Berlin. Dr. phil. Georg Lockemann, Vorsteher der chemischen Abteilung am Institut für Infectionskrankheiten und Privatdocent an der Friedrich Wilhelms-Universität, ist zum Professor ernannt.

— Düsseldorf. Dr. Pfalz, Docent für Augenheilkunde und Director der Augenklinik, ist zum Professor ernannt.

— Frankfurt a. M. Dr. phil. Heinrich Bechhold, wissenschaftliches Mitglied am Institut für experimentelle Therapie zu Frankfurt a. M., ist zum Professor ernannt.

— Giessen. Dr. med. et phil. Rudolf Otto Neumann, a. o. Professor für Hygiene und Bakteriologie an der Universität Heidelberg, wurde als Nachfolger von Prof. H. Kossel zum ordentlichen Professor der Hygiene und Director des hygienischen Universitätsinstituts in Giessen ernannt.

— Leipzig. Privatdocent Dr. Hermann Heineke, erster Assistenzarzt bei Prof. Trendelenburg an der chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Leipzig, ist zum ausseretatsmässigen a. o. Professor ernannt.

— München. Dr. Max Borst, ord. Professor in Würzburg, wurde als Nachfolger Bollingers zum ord. Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie und zum Director des pathologischen Instituts ernannt.

— Paris. Dr. F. Widal wurde an Stelle des verstorbenen Prof. Brissaud zum Professor der internen Pathologie, Dr. Ch. Achard zum Professor der allgemeinen Pathologie und Therapie ernannt.

— Der 8. Internationale Congress für Physiologie findet am 27—30. September in Wien unter dem Vorsitz von Exner statt. Anmeldungen von Vorträgen sind an Prof. O. v. Fürth, Wien IX, Währingerstrasse 13, zu richten.

— In der 26. Lieferung des russischen Chirurgichen Archivs schildert der Redacteur, Prof. N. Weljaminow in einem Artikel unter dem Titel «25 Jahre aus dem Leben des ersten russischen chirurgischen Journals» in lebhaften Farben die Schwierigkeiten, mit denen er bei der Gründung, und Leitung des Journals in den ersten Jahren zu kämpfen hatte und das beinahe feindselige Verhalten ihm gegenüber seitens der hohen ärztlichen Administrativbeamten, die er um Unterstützung des Unternehmens bat. Die materiellen Opfer, die der Redacteur aus eigener Tasche leistete, waren sehr gross, da die Herausgabe des Journals ständig ein Deficit von 2000 Rbl. und mehr pro Jahr ergab. «Es ist eine alte Geschichte, doch bleibt sie ewig neu».

— Verbreitung der Cholera. Niederländisch-Indien. In Batavia erkrankten vom 20. December bis zum 2. Januar 80 Personen an der Cholera, darunter 11 Europäer. Unter der Besatzung eines holländischen Kriegsschiffes, im Hafen von Batavia, kamen 2 Cholerafälle vor. Auf der Insel Java, im Inneren der Preanger Residentschaften wurden vom 11. bis zum 20. December 329 Erkrankungen und 470 Todesfälle constatiert.

— Verbreitung der Pest. Britisch Indien. Vom 23. bis zum 29. Januar erkrankten in ganz Indien 14309 Personen und starben 12364. — Türkei. In Djedda wurde am 23. Februar ein Pesttodesfall constatiert. — Aegypten. Vom 12. bis zum 18. Februar erkrankten 7 und starben 7 Personen.

— Poliomyelitis. In Preussen wurden vom 20. bis zum 26. Februar 10 Erkrankungen und 3 Todesfälle constatiert.

— Die Zahl der Pockenerkrankungen in St. Petersburg hat eine bedeutende Höhe erreicht. Die städtische Sanitätscommission ermahnt die Einwohner zur Vaccination resp. Revaccination.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 14. bis zum 20. Febr. 1910 577 Personen. Darunter an Typh. abdom. 74, Typh. exanth. 3, Febris recurrens 7, Pocken 46, Windpocken 27, Masern 201, Scharlach 79, Diphtherie 92, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 5, an anderen Infectionskrankheiten 43.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 13906. Darunter Typhus abdominalis 465, Typhus exanth. 24, Febris recurrens 42, Scharlach 286, Masern 153, Diphtherie 277, Pocken 220, Windpocken 10, Cholera 0, crupöse Pneumonie 104, Tuberculose 812, Influenza 227, Erysipel 119, Keuchhusten 12, Hautkrankheiten 65, Lepra 0, Syphilis 563, venerische Krankheiten 329, acute Erkrankungen 2334, chronische Krankheiten 2104, chirurgische Krankheiten 1760, Geisteskrankheiten 3491, gynäkologische Krankheiten 329, Krankheiten des Wochenbetts 65, verschiedene andere Krankheiten 74.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 856 + 47 Totgeborene + 39 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 21, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 8, Masern 58, Scharlach 17, Diphtherie 15, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 37, katarrhalische Pneumonie 95, Erysipelas 2, Influenza 8, Pyämie und Septicaemie 7, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 115, Tuberculose anderer Organe 27, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 54, andere Magen- und Darmerkrankungen 30, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 75, Marasmus senilis 20, andere Todesursachen 249.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 21. bis zum 27. Febr. 1910 631 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 58, Typh. exanth. 11, Febris recurrens 8, Pocken 49, Windpocken 40, Masern 210, Scharlach 102, Diphtherie 82, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 2, an anderen Infectionskrankheiten 69.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 13468. Darunter Typhus abdominalis 460, Typhus exanth. 30, Febris recurrens 39, Scharlach 291, Masern 130, Diphtherie 272, Pocken 209, Windpocken 7, Cholera 0, crupöse Pneumonie 98, Tuberculose 783, Influenza 232, Erysipel 114, Keuchhusten 12, Hautkrankheiten 67, Syphilis 498, venerische Krankheiten 331, acute Erkrankungen 2245, chronische Krankheiten 2031, chirurgische Krankheiten 1704, Geisteskrankheiten 3483, gynäkologische Krankheiten 271, Krankheiten des Wochenbetts 58, verschiedene andere Krankheiten 71.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 865 + 35 Totgeborene + 44 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 18, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 0, Pocken 11, Masern 49, Scharlach 15, Diphtherie 13, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 47, katarrhalische Pneumonie 90, Erysipelas 3, Influenza 11, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 22, Dysenterie 3, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 54, andere Magen- und Darmerkrankungen 51, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 73, Marasmus senilis 15, andere Todesursachen 251.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 16. Oct. 1909 in Wolotschisk, Gouv. Wolynien, Dr. S. Berger, geb. 1828, approbiert 1861; 2) am 21. Februar 1910 in Woronesh Dr. N. Schaternikow am Flecktyphus; 3) am 1. März in St. Petersburg Dr. W. Popow, geb. 1838, approbiert 1861; 4) am 1. März in Gagry, Dr. W. Chorwat, geb. 1862, approbiert 1889; 5) am 1. März in Gatschina Dr. W. Israszow, geb. 1857, approbiert 1862; 6) in Starokonstantinow, Gouv. Wolynien, Dr. K. Obuchowitsch am Flecktyphus, geb. 1870, approbiert 1895; 7) Dr. G. Bezzi, Prof. der Chirurgie in Modena; 8) Dr. C. B. Ribeiro, Prof. der Kinderheilkunde in Rio de Janeiro; 9) Dr. E. Wende, Prof. der Dermatologie in Buffalo; 10) Dr. F. Cabot, Prof. der Urologie in New-York; 11) Dr. H. Cushing, Prof. der Gynäkologie in Cleveland, 12) Dr. Ogata in Osaka, der Begründer des Roten Kreuzes in Japan und der medicinischen Schule in Osaka.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 23. März 1910.

Tagesordnung: 1) Lorenz. 2 Fälle von Carcinoma cavi nasi
2) Amburger. Ueber einen Fall von Hypophysistumor.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

Nach der Sitzung collegiales Beisammensein zur Feier des Stiftungstages des Vereins.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. März 1910.

Tagesordnung: 1) Westphalen: Casuistische Mitteilungen.
2) v. Lingen: Zur Casuistik der Fremdkörper in der Peritonealhöhle.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 12 St. Petersburg, den 20. März (2. April) 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Zur Therapie des Gebärmutterkrebses.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerzte-Congress.

Von

Dr. med. G. von Knorre-Riga.

Das Studium des Gebärmutterkrebses, das Bestreben, die von diesem schlimmsten Frauenleiden befallenen unglücklichen Kranken einer Heilung zuzuführen, steht bis auf die heutige Stunde im Vordergrunde der Aufgaben, die wir Frauenärzte uns stellen. Wir können mit Genugtuung sagen, dass auf diesem Gebiete von Gynäkologen in so vorbildlicher Weise gearbeitet wird, dass dieselbe von allen anderen Specialdisciplinen im Kampfe gegen das Carcinom aufgenommen zu werden verdient.

Wie bei jedem Leiden, so gewinnen wir auch hier die ins Feld zu führenden Waffen auf Grund pathologisch-anatomischer Befunde, auf Grund der Experimentalpathologie, so wie nicht minder durch klinische Beobachtungen und eine vorurteilsfreie Kritik der durch unsere therapeutischen Massnahmen erreichten Resultate.

Es ist daher von wesentlichem Interesse, Umschau zu halten nach den durch die allgemeine Krebsforschung gezeitigten Ergebnissen, da naturgemäss die fürs Carcinom im Allgemeinen gewonnenen Forschungsresultate auch unbedingt Bezug auf den uns speciell interessierenden Krebs der Gebärmutter haben müssen.

Ich wende mich zuerst der Experimentalpathologie zu, als dem eben modernsten Forschungsgebiete. Auf Grund der Beobachtung, dass der Krebs, wenn er ein Individuum befallen hat, oft in den verschiedensten Organen gleichzeitig aufgefunden wurde, wie auch durch den Umstand, dass nach radicalen Operationen entfernt vom ursprünglichen Sitz neue Herde auftraten, lag die Annahme nahe, dass es sich um eine Infectionskrankheit, um eine Allgemeinerkrankung des ganzen Organismus handeln müsse.

Es wurde nach den Erregern dieses Leidens gesucht. Bacillen und Coccen wurden gefunden — ich erinnere hier nur an die Namen Scheuerlen, Doyen — Sera hergestellt und mit viel öffentlicher Reclame in Umlauf gesetzt, aber der Beweis der bacteriellen Herkunft des Krebses — das Erzielen eines Carcinoms nach Impfung einer Reincultur — konnte bisher nicht erbracht werden.

Andere Forscher, wie Thoma, Schmeltz, glaubten in den Carcinomzellen Gebilde gefunden zu haben, die sie als Amoeben, Sporozoen ansprachen und somit den Krebs als parasitäre Erkrankung aufgefasst wünschten. Aber auch hier ergaben Nachprüfungen, dass die gefundenen Gebilde Producte des Zellzerfalls waren. Schon Virchow kannte sie, schon er hatte sie gefunden, beschrieben und richtig gedeutet. Aus neuester Zeit ist besonders auf die Arbeit von Borrmann hinzuweisen. Bei seinen Studien über die Entstehung des Hautcarcinoms — wobei er allerkleinste Carcinome zu untersuchen Gelegenheit hatte — konnte er nie die von anderen gesehenen Amoeben, Sporozoen, Bacillen etc. finden und doch hätte er diese Gebilde am ehesten in solchen Frühstadien des Krebses antreffen müssen. Auch nach seiner Auffassung sind die als Parasiten gedeuteten Gebilde Producte der Zelldegeneration.

Der Vollständigkeit wegen sei hier noch der Adamkiewicz-Pfeifferschen Lehre gedacht, welche die Krebszelle selbst als Parasiten ansah, ihr also die Abstammung von der Epithelzelle absprach und sie als ein coccidienähnliches Gebilde gedeutet wissen wollte — eine Anschauung, die wohl als allgemein widerlegt bezeichnet zu werden verdient.

Als wichtigste positive Resultate, welche durch die Tier- und Menschenexperimente eines Hannau, v. Eiselsberg, v. Bergmann, Hahn, Michaels und anderer zu Tage gefördert worden sind, müssen wir erstens die Uebertragbarkeit der lebensfrischen Krebszelle auf die gleiche Art im Sinne der Transplantation verzeichnen — etwa in der Weise, wie wir es nach Thiersch gewohnt sind, grosse Hautwunden durch Einpflanzen kleiner, demselben Individuum entnommener Hautläppchen zur Verheilung zu bringen — und zweitens das wichtige Ergebnis, dass das übergeimpfte Carcinom sich anfangs nur local entwickelt und stets in der Structur dem Mutterboden gleicht. Dieses letztere erhärtet auch die nicht seltene klinische Beobachtung, dass nach Exstirpation eines Ovarialcarcinoms in der Laparotomienarbe sich ein Krebs entwickelt, der ganz der früher entfernten Geschwulst gleicht und nie

die Structur des Hautcarcinoms annimmt. Wenn nun einerseits die Experimantalpathologie bisher leider nichts Sicheres über die Aetiologie hat finden können, so dürfen wir andererseits nicht verkennen, dass nur auf diesem Wege durch weitere unermüdliche Arbeit Klarheit über die Ursachen des Carcinoms gebracht werden kann.

Mehr positivere Resultate hat die pathologisch-anatomische Untersuchung zu Tage gefördert, wenn wir auch hier dieselbe grosse Lücke unausgefüllt finden, indem es bisher nicht gelungen ist, Sicherheit über die Genese des Krebses zu erhalten. Auch die allerkleinsten bisher unter dem Mikroskope gefundenen Carcinome haben nach Borrmann dieselbe bereits hinter sich und lassen nur ein Studium ihres Wachstums zu.

Als feststehend können wir auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchungen Folgendes ansehen:

1) dass der Krebs stets örtlich beginnt;
2) dass er epithelialer Herkunft ist und sich, dank der ihm innewohnenden colossalen Wachstumsenergie, schrankenlos in das ihn umgebende Gewebe ausbreitet;
3) dass er neben diesem directen fortschreitenden Wachstum noch sprungweise auf dem Wege der Lymph- und Blutbahnen weiter verschleppt wird und durch diese Metastasierung aus einer örtlichen zu einer allgemeinen Krankheit wird;
4) dass er leicht regressiven Metamorphosen anheimfällt und durch Störung des Stoffwechsels zum bekannten Bilde der Krebskachexie führt.

Diese hier skizzierten Resultate auf unsere pathologisch-anatomischen und klinischen Beobachtungen am Uteruscarcinom übertragend, constatieren wir:

1) dass auch der Krebs der Gebärmutter als ganz locales Leiden, sei es von den Deckepithelien, sei es von den Drüsenzellen der Cervix oder des Corpus seinen Ausgangspunkt nimmt.

2) Von hier durchwuchert er dann, je nachdem, ob er „primär mehr an der Oberfläche oder in der Tiefe der Drüsen seinen Anfang genommen", bald schneller, bald langsamer die Uterusmuscularis.

3) Gleichzeitig hiermit dringt er aber auch nach Abel und Landau „in den Saftlücken des Bindegewebes, also in den perivasculären und periglandulären Lymphräumen vorwärts" und gelangt so in die den Uterus umgebenden Parametrien.

4) Auf dem Wege der Lymphbahnen gelangt der Krebs dann bald an die hypogastrischen Drüsen, um dann direct oder auch mit Auslassung einer Etappe — auf die iliacalen und die der Aorta und den grossen Bauchvenen aufliegenden Lymphdrüsenpackete überzugreifen. Aus dem anfangs rein localen ist ein Allgemeinleiden geworden.

Wie schnell dieser Uebergang auf die Drüsen erfolgt, lässt sich aus klinischen Beobachtungen nicht bestimmen. Aus anatomischen wissen wir, dass bei noch histologisch carcinomfreiem Parametrium von Kunrat, Pankow, Baisch in 5—19 % der Fälle die Drüsen schon krebsartig degeneriert gefunden wurden, andererseits aber selbst bei schon ergriffenem Parametrium in 50—65 % keine krebsartige Infiltration sich nachweisen liess. — Ich kann nicht umhin, schon an dieser Stelle auf die Wichtigkeit hinzuweisen, welche diese letztcitierten Befunde für unser therapeutisches Verhalten haben.

5) Wir wissen ferner, dass am Uteruskrebs sich bald Degenerationsvorgänge einstellen, welche im Gegensatz zu anderen Carcinomen sich auch frühzeitig klinisch als fleischwasserähnlicher, als eitriger oft mit hässlichem Geruch verbundener Ausfluss, als Blutung aus den Genitalien bemerkbar machen. Gerade diese infolge von Arrosion der Blutgefässe entstehenden Hämorrhagien sind im Climacterium und Postclimacterium für Krebs direct pathognomonisch und dürfen von keinem Arzte übersehen werden.

Wir brauchen nämlich durch den Nachweis eines schon infiltrierten Parametriums uns noch nicht der Hoffnung auf eine Radicalheilung zu begeben — es kann noch in 50 % der Fälle das Leiden als rein locales aufgefasst werden, und wenn die vollständige Entfernung der Parametrien samt Uterus gelingt, eine Dauerheilung erwartet werden.

Von weiteren wichtigen klinischen Beobachtungen registriere ich die Tatsache, dass die überwiegende Mehrzahl der Krebse im vorgerückteren Alter — im 4. und 5. Lebens-Jahrzehnt — sich ausbildet, wobei Erblichkeit in der Familie, häufige und schwere Geburten, früher vorhandene chronisch entzündliche Processe der Schleimhaut, Erosionen und Lacerationsectropien eine Disposition zu bedingen scheinen.

Auf Grund der Erkenntniss, dass das Carcinom des Uterus als locales Leiden beginnt, müssen wir — wenn es uns gelingt, ihn in diesem Stadium aus dem Körper zu eliminieren — die Kranke davon befreien können — es muss also der Gebärmutterkrebs als heilbar bezeichnet werden.

Zur Genüge sind Fälle bekannt, wo durch eine einfache Excision, ein Ausbrennen oder Abschaben die betreffende Frau dauernd von der heimtückischen Krankheit genas.

Leider gehören derartige Heilungen zu den grössten Seltenheiten. Es steht dem entgegen das durch klinische Untersuchungen und pathologisch-anatomische Befunde erwiesene frühzeitige und schnelle Uebergreifen der Neubildung auf den ganzen Uterus, die Scheide, Parametrien und Drüsen.

Die Geschichte der operativen Behandlung zeigt uns dieses auf's deutlichste.

Konnte Schroeder, als die operative Gynäkologie noch in den Anfängen sich befand, über einzelne Heilungen durch einfache hohe Portioamputation berichten, so zwangen ihn doch die steten Recidive, dieses Verfahren zu Gunsten der von Czerny in Heidelberg systematisch ausgebildeten vaginalen Totalexstirpation aufzugeben.

Diese Operation wurde nun bei ihrer Gefahrlosigkeit — die primäre Mortalität betrug bei grossen Sammelforschungen nicht mehr als 8 pCt. — bald Eigentum aller operierenden Frauenärzte und blieb die dominierende Methode bis in die ersten Jahre unseres Jahrhunderts. Aber eine von Hocheim auf Winters Veranlassung vorgenommene Nachprüfung der von Schroeder und später von Ohlshausen an der Berliner Universitätsfrauenklinik operierten Fälle ergab die deprimierende Tatsache, dass bei einer Beobachtungszeit von 5 Jahren im besten Falle — die Corpus- und Cervixcarcinome zusammengerechnet — eine Dauerheilung von 10 pCt. erzielt worden war, welche auf 1 pCt. herabsank, wenn der benignere Krebs des Gebärmutterkörpers ausgeschaltet wurde. — Ebenso schlecht lauteten die Nachrichten aus Frankreich, wo Pozzi unter 19 nur über eine Frau berichten konnte, die länger als 3 Jahre recidivfrei geblieben war, und Bouilly gar unter 127 Fällen nur einen zweifelhaft geheilten fand. Diesen Erfahrungen lehnen sich auch die meinigen an, wenn ich Collum- und Corpuscarinome von einander trenne. Von ersteren sind mir bis auf zwei alle in den ersten 3 Jahren nach der Totalexstirpation recidiv geworden, bei den beiden übrigbleibenden sind aber erst 3 und 4 Jahre seit der Operation verflossen, so dass ich mich noch gedulden muss, bis die geforderten 5 Jahre erfüllt sind, um von einer Dauerheilung sprechen zu können. Bei den Corpuscarcinomen

habe ich bei einer Beobachtungszeit von teilweise bis zu 10 Jahren nur 1 Fall recidiv werden sehen; die primäre Mortalität betrug bei beiden Gruppen 0 pCt.

Eine Besserung der Dauerresultate bei der vaginalen Totalexstirpation suchte Schuchardt dadurch zu erzielen, dass er mit Hilfe des von ihm angegebenen Paravaginalschnittes, sich die Parametrien weit zugänglich machte und dieselben entfernt vom Uterus mitexstirpierte.

Seine Erwartungen bestätigen sich, und er konnte bei einer viel höheren Operabilitätsziffer über eine Dauerheilung von 24,5 pCt. berichten. Diese Art des Operierens wird auch heute noch von vielen befürwortet. So operiert Winter in Königsberg den grössten Teil seiner Kranken auf die Weise und hat Schauta in Wien auf Grund des Schuchardtschen Schnittes ein Verfahren ausgebildet, dass er als vaginale Radicaloperation bezeichnet und wodurch er nach einer im vorigen Jahre veröffentlichten Statistik 38,2 pCt. Dauerheilung im Winterschen Sinne erzielen konnte.

Neben diesen Bestrebungen, die vaginale Totalexstirpation leistungsfähiger zu gestalten, suchten Wertheim, Mackenrodt, Amann jr., denen sich bald der grösste Teil der deutschen Gynäkologen anschloss, auf anderem Wege die Operationsresultate zu verbessern.

Sie gaben die vaginale Operation beim Carcinom ganz auf und nahmen, gestützt auf die bei Laparotomien gemachten Erfahrungen über Wundschutz, die wegen ihrer schlechten primären Resultate verlassene, von A. W. Freund schon 1881 empfohlene, abdominale Exstirpation der krebsig erkrankten Gebärmutter wieder auf.

In kurzer Zeit ist dann diese Operation, welche die Wegnahme der inneren Genitalien, der Scheide, des Beckenbindegewebes bis ans knöcherne Becken und der vergrösserten hypogastrischen und iliacalen Drüsen bezweckt und an Radicalismus durch keine andere erreicht worden, bis zur Grenze des technisch Möglichen gebracht worden.

Die anfangs sehr hohe primäre Mortalität von 30 pCt. und mehr sank bald auf 12—15 pCt. herab, so dass wir jetzt im Durchschnitt von allen Operateuren bei höchster Operabilitätätsziffer eine absolute Heilungsziffer von mehr als 20 pCt. berechnen können.

So sehr wir nun einerseits die Erfolge der Radicaloperationen — der vaginalen sowohl wie der abdominalen— gegenüber der Totalexstirpation anerkennen müssen, so wenig dürfen wir uns dem Eindruck verschliessen, dass die erzielten Resultate noch weit davon entfernt sind, zu befriedigen. Müssen wir doch jetzt noch 80 pCt. der uns um Hilfe angehenden krebskranken Frauen ungeheilt entlassen!

Wir müssen mit zwingender Notwendigkeit zugeben, dass die an der Grenze der Möglichkeit angelangte Technik der Operation nie imstande sein wird, uns einigermassen befriedigende Heilresultate zu schaffen und dass wir in erster Linie jetzt nach weiteren Hilfsmitteln Umschau halten müssen, welche uns die Krebskranken in einem möglichst frühen Stadium zur Operation bringen.

Und derartige Mittel haben wir! — Ja man kann sich sogar der Hoffnung hingeben, dass, wenn diese allgemeine Verbreitung gefunden haben werden, wir die überaus schwierigen und eingreifenden abdominalen Radicaloperationen nur in den allerschlimmsten Fällen werden anwenden müssen, im Gros der Fälle aber mit kleineren Eingriffen werden auskommen können.

Hier bahnbrechende Vorschläge gemacht zu haben, ist wieder ein Verdienst von Winter.

Gestattet sei es mir an dieser Stelle eine kurze Demonstration dreier Fälle mit den zugehörigen Krankengeschichten zu machen, welche ich im Juni dieses Jahres kurz vor dem Ferienanfang zu operieren Gelegenheit hatte, und die besser als meine Worte darauf aufmerksam machen, was einer frühzeitigen Operation hindernd im Wege steht.

Im ersten Fall handelt es sich um eine dem gutsituierten Arbeiterstande angehörende Frau von 50 Jahren. Seit 2 Jahren leidet sie an beständigem blutig-eitrigem Ausfluss aus den Genitalien, der nach einem Jahre Menopause sich eingestellt hatte und als Erscheinung der Wechseljahre angesprochen wird. Vor einem Jahr consultierte sie einen Fachcollegen in einer Nachbarstadt, der ihr dringend riet, sofort behufs Vornahme einer Operation in seine Klinik einzutreten. Das Wort «Operation», welche dazu noch eine grössere sein sollte, erschreckte die Frau so, dass sie beschloss, sich derselben zu entziehen. Erst jetzt nach Ablauf eines zweiten Jahres, wo die Beschwerden und der Kräfteverfall noch grösser geworden, kam sie und bat selbst um die Operation.

Der zweite Fall betrifft ein gebildetes Fräulein von 55 Jahren, welches vor 6 Jahren climacterisch geworden war. Seit 2 Jahren fast beständige, zeitweise sehr profuse Blutungen, welche anfänglich von der Kranken als gewöhnliche Erscheinung der Climax aufgefasst wurden. Weil die Blutungen aber immer profuser wurden, wandte sie sich nach 6 Monaten an eine Frauenärztin in Moskau. Es fand keine Untersuchung statt, sondern sie erhielt ein Recept in die Hand gedrückt mit der befriedigenden Erklärung, dass die Blutung in ihren Jahren nichts zu bedeuten habe. Das Recept half nicht, und nach weiteren zwei Monaten wandte sich die Dame selbst mit der directen Bitte an die Aerztin, sie doch zu untersuchen, um die Ursache der Blutung zu eruieren. Die Untersuchung fand statt und der Bescheid lautete — Alles sei normal, sie werde sich weiter mit inneren Mitteln behandeln lassen müssen, was dann auch bis zum Juni dieses Jahres also fast 14 Monate lang statt fand.

Der 3. Fall betrifft eine 45-jährige Beamtenfrau aus Riga. Seit 5 Jahren Climax, seit 4 Monaten beständiger Blutabgang aus den Genitalien. Als nach zwei Monaten Zuwartens die Blutungen nicht schwanden, consultierte sie ihren Hausarzt. Der nahm keine Untersuchung vor, sondern sprach sich dahin aus, dass es sich um den Wiedereintritt der Menstruation handele, welchen man nur ja nicht durch Mittel oder eine andere Behandlung stören dürfe. Selbst als nach weiteren 6 Wochen die Kranke sich um der noch immer bestehenden Blutung willen an ihn wandte, verschrieb er, ohne zu untersuchen, nur ein Mittel, so dass schliesslich die immer stärker werdenden Hämorrhagien die Frau veranlassten, sich über den Kopf ihres Hausarztes Rat zu holen.

Sie sehen also, dass in zwei Fällen 2 Jahre vergehen mussten, ehe die Kranke zur Operation kam, im dritten 4 Monate! — Prüfen wir jetzt hierfür die Gründe, so sehen wir, dass alle 3 Frauen, die gebildeten sowohl wie die ungebildete, sich in vollständiger Unkenntnis über die Initialsymptome des Krebses befanden — alle erklärten, dass sie die Blutungen für eine durchaus normale Erscheinung in ihren Jahren gehalten hätten.

Es liegen nun von Winter und von Schauta genaue Aufzeichnungen darüber vor, wie lange nach dem Auftreten der ersten Krebssymptome die Kranken sich in den betreffenden Kliniken vorstellten, und auch ich habe die von mir in den letzten 10 Jahren beobachteten Fälle nach den gleichen Gesichtspunkten geordnet.

Von im ganzen 176 Fällen, die ich zu begutachten hatte, kamen nur 6,8 % innerhalb der ersten vier Wochen Rat holen. Die erdrückende Mehrzahl aller Frauen erschien erst, nachdem mindestens ein Viertel-Jahr und darüber verstrichen war, ja beinahe die Hälfte aller Kranken — 41,4% — kamen erst nach mehr als zwölfmonatlichem Bestehen der Krebssymptome. Da nun die statistischen Erhebungen Winters ergeben, dass vornehmlich die in den ersten vier Wochen nach dem Eintritt der Krankheitserscheinungen operierten Fälle Aussicht auf Dauerheilung haben, so erhellt aus meiner Tabelle, dass mindestens 85 % aller Krebskranken um eine Zeit Heilung begehrte, wo auf eine solche wegen des zu weit fortgeschrittenen Leidens kaum mehr gehofft werden kann.

Dieses bestätigen auch meine vorhin schon erwähnten Erfahrungen mit der vaginalen Totalexstirpation beim Carcinom des Gebärmutterhalses.

Wie lange nach dem Auftreten der ersten Symptome hat die Kranke ärztlichen Rat eingeholt.

Jahr	Anzahl der Fälle	Im ersten Monat	Später als nach 1 Mon.	Später als nach 3 Mon.	Später als nach 6 Mon.	Später als nach 9 Mon.	Später als nach einem Jahr	Die Zeit nicht zu bestimmen	Inoperabel.	Vaginale Operat. Cervix	Vaginale Operat. Corpus	Abdominale Operat. Cervix	Abdominale Operat. Corpus	Der Operation entzogen sich
1899 1. VII — 31. XII.	6	—	1	—	—	1	3	1	2	2	1	1	—	—
1900	13	—	—	1	3	2	3	4	10	1	1	—	—	1
1901	15	1	—	2	3	2	6	1	8	3	1	—	2	1
1902	17	—	2	1	5	3	4	2	11	3	—	—	—	3
1903	16	3	1	—	3	3	3	—	6	3	4	1	1	1
1904	24	1	2	1	4	3	7	6	11	6	4	2	1	—
1905	19	1	2	1	2	2	7	4	8	4	—	1	2	4
1906	15	—	1	3	3	1	6	1	8	2	3	1*	—	1
1907	17	2	4	3	2	1	5	—	6	1	3	1	1*	5
1908	19	3	1	5	3	4	3	—	9	2	1	1	2	3
1909 bis 1. VII.	15	1	1	2	3	3	5	—	4	—	1	1	1	5
Summa	176	12	15	19	31	25	52	21	84	28	19	10	13	25
		6,8%	8,5%	10,9%	17,6%	14,2%	41,4%		47,7%	primäre		Mortalität		
				95,2%						0%		23 : 2 = 8,7%		
Winter pg. 44	1062	135 13%	319 30%	283 27%	118 11%	126 12%	81 8%							
Schauta pg. 28	325	71 21,8	75 23%	91 28%	39 12%	14 4,3%	35 10,7%							

So spät wie bei uns wenden sich weder in Oesterreich noch in Deutschland die Kranken an den Arzt. Zum Vergleiche habe ich die Schautaschen Zahlen und die aus der Sammelstatistik von Winter aus einer ganzen Reihe von Provinzen Deutschlands mitnotiert.

Ich verweise auf Rubrik 6; bei uns haben 41,4 % über ein Jahr gewartet, in Oesterreich 10 %, in Deutschland nur 8 %. Die Ursache hierfür ist bei uns die gleiche wie sie auch von Winter und Schauta an ihrem Material bestimmt worden: „die vollständige Unkenntnis der Frauen mit den Initialsymptomen des Krebses". Hinzu kommt noch bei uns die Armut und Indolenz der Bevölkerung und nicht am letzten die oft sehr erschwerten und teueren Communicationsverhältnisse, welche besonders die auf dem Lande wohnenden erst zu einer Fahrt zum Arzt oder in die Stadt veranlassen, wenn der Zustand schon ganz unerträglich geworden.

Das zweite Moment, das wir unter allen Umständen ausrotten müssen und können, ist das fehlerhafte Verhalten von seiten der Aerzte Frauen gegenüber, die über krebsverdächtige Symptome klagen. Eine von den Kranken, deren Geschichte ich eben referierte, ist gar nicht untersucht worden, obgleich die ganze Anamnese pathognomonisch für Carcinom war, und die zweite musste erst nach wiederholten Besuchen selbst auf eine Untersuchung dringen. Und wie diese Untersuchung gewesen sein muss, erhellt daraus, dass ich mir durch Discision des den Introitus ganz verschliessenden Hymens den Zugang zur Vagina in Narcose schaffen musste.

Solch ein Verschleppen von Krebsfällen durch Aerzte darf nicht vorkommen, das ist beschämend. Wir müssen fordern, dass: erstens jeder Arzt sich den Grundsatz zu eigen macht: jeder Krebs beginnt local und kann, so lange er local ist, d. h. im Frühstadium, durch eine Operation geheilt werden, und zweitens ist zu verlangen, wie Frommel das im Veitschen Lehrbuch ausspricht, „dass jeder Arzt, der allgemeine Praxis betreibt, gynäkologisch untersuchen muss, ebenso wie auch jeder Gynäkologe sich einer Untersuchung des ganzen übrigen Körpers nicht entziehen darf, sofern er nicht einem öden, geistlosen Specialistentum anheim fallen will.

Fühlt sich ein praktischer Arzt nicht sicher in der gynäkologischen Untersuchung, oder will er aus irgend welchen Gründen sich damit nicht befassen, dann hat er dafür Sorge zu tragen, dass die Kranke sich an eine competente Adresse wendet und nimmer die Frau mit dem Hinweis auf die Wechseljahre durch ein einfaches Recept abzuspeisen. Es halte sich ein jeder Arzt vor, der Kranke ohne Untersuchung behandelt, dass er damit sich „jenen Kurpfuschern gleich stellt, die brieflichen Rat erteilen".

Schauta und Winter haben über das Verhalten der Aerzte statistische Daten gesammelt. Ich habe solches vermieden und mir nur notiert, was die Kran-

ken gelegentlich selbst erzählten; ich halte Patienten gegenüber derartige Fragen für misslich, weil es den Anschein erwecken kann, man wolle über den Collegen zu Gericht sitzen, was bei der Neigung vieler Kranken, einen Arzt zu discreditieren, Wasser auf ihre Mühle wäre, ausserdem werden die Daten nie von Wert sein, weil oft früher stattgefundene Consultationen geflissentlich verschwiegen werden, in der irrigen Vorstellung, man könne sich dadurch verletzt fühlen und aus anderen Gründen mehr.

Im Ganzen habe ich nur sieben Fälle gefunden, welche ohne Untersuchung von Aerzten behandelt worden waren, die anderen, wo wohl untersucht und längere Zeit hindurch behandelt worden war, kommen meines Erachtens weniger in Betracht, weil Irrtümer in der Diagnose immer gelegentlich vorkommen können und die Collegen damit nur ein geringerer Vorwurf trifft.

Als drittes verlangt Winter Aufklärung der Hebammen über die Gewissenlosigkeit, welche sie beginnen, wenn sie gynäkologisch kranke Frauen in Behandlung nehmen, von welcher sie gar nichts gelernt haben. Auch diese Curpfuscherei der Hebammen bildet bei uns zu Lande einen nicht zu unterschätzenden Factor, besonders wo ein grosser Teil der Frauen dazu neigt, immer erst „ihre Hebamme" um Rat zu fragen, kann viel Unglück durch ein richtiges Verhalten dieser Personen vermieden werden. Im allgemeinen habe ich den Eindruck gewonnen, dass ein Teil derselben besonders auf dem Lande, aber auch in der Stadt gewissenhaft die sich um Rat an sie wendenden Kranken einem Arzte zugeschickt hat, dagegen ein nicht geringer Teil der in den Städten praktizierenden Hebammen eine Behandlung vornahmen und nach deren Erfolglosigkeit erst sie weiter dirigierten.

Zur Bekämpfung dieser drei unsere Resultate in der Heilung des Gebärmutterkrebses schwer schädigenden Factoren:

1) der Unkenntnis der Frauenwelt gegenüber den Initialsymptomen des Krebses und seiner Heilbarkeit nur durch eine Frühoperation — es entzogen sich nach meinen Aufzeichnungen 24 Fälle einer Behandlung —

2) der Indolenz vieler Aerzte gegenüber krebsverdächtigen Klagen der Frauen und

3) der von Hebammen betriebenen Curpfuscherei

wandte Winter den radicalsten Weg der directen Belehrung an. Zu diesem Zwecke versandte er eine Broschüre über die Initialsymptome, die Diagnose und die Heilbarkeit des Krebses an die Aerzte, ein Flugblatt an die Hebammen und trat mit einem „Mahnwort an die Frauenwelt", das in allen Tagesblättern seiner Provinz abgedruckt wurde, vor die breiten Schichten des Publicums, es mit den Symptomen des Leidens, und den Aussichten auf Heilung bekannt machend. — Diesem Vorgehen Winters, von dem er selbst sagt: „er hoffe, es werde vorbildlich für andere Provinzen Deutschlands sein", schlossen sich bald weitere Gesellschaften für Geburtshilfe und Gynäkologie an; ich erwähne der Leipziger unter Zweifel, der Dresdener unter Leopold, der Berliner unter Ohlshausen, der fränkischen unter Hofmeier, deren musterhaft von Dr. Simon — Nürnberg verfasster Aufruf in der operativen Gynäkologie von Kroenig-Döderlein sich abgedruckt findet.—

Meine Herrn, ich bin mir vollkommen bewusst, den Fachcollegen nur Bekanntes gebracht zu haben, ich weiss auch, dass bei uns zu Lande schon dahin zielende Vorträge gehalten worden sind: in Pernau von Sintenis, in Reval von zur-Mühlen, in Mitau von Tantzscher. Es lag mir aber daran, die Zustände, in welchen wir uns dem Uteruscarcinom gegenüber befinden, gemeinsam mit den Collegen aus den Nachbarprovinzen zu besprechen.

Winter fordert einen organisierten Kampf! Wir Aerzte aus allen 3 Schwesterprovinzen haben uns in diesem Jahre zum ersten Male zu einer gemeinsamen Organisation zusammengetan. Ich halte diesen Zeitpunkt für ungemein günstig, um bei uns eine gleiche Action zu beginnen, wie Winter in Ostpreussen.

Wir haben in der gynäkologischen Section des baltischen Aerztetages ein Organ, das mit besonderem Nachdruck in der Tagespresse die Propaganda machen kann, ohne dass ihm das Odium anhaften könnte, es verfolge damit irgend welche persönliche Interessen und Ziele. Wir gewinnen aber auch durch unser gemeinsames Vorgehen ein wissenschaftlich wertvolles Material, das in allen drei Provinzen nach gleichen Gesichtspunkten gesammelt worden ist, und werden, was ich für besonders wichtig und dem Zwecke dienlich erachte, alle drei Jahre wieder an die Oeffentlichkeit treten können und damit ein Einschlafen des begonnenen Unternehmens verhindern. Wir werden, getrennt marschierend, uns zu gemeinsamen Siegen vereinigen.

Recapituliere ich nochmals kurz, so müssen wir feststellen:

1) dass der Krebs der Gebärmutter im Frühstadium ein locales Leiden und durch eine Operation zu heilen ist;

2) dass wir Aerzte, um die Kranken in diesem Stadium zur Operation zu bekommen, sofort die Diagnose stellen müssen. Jedes Abwarten in zweifelhaften Fällen ist als fehlerhaft, ja ich möchte beinahe sagen, frevelhaft zu bezeichnen. Die Diagnose ist in jedem Falle stellbar durch eine combinierte Untersuchung, und wo die nicht ausreicht, sicher durch mikroskopische Untersuchung excidierter Stücke oder Schleimhautgeschabsel;

3. müssen wir die Frauen über die Initialsymptome aufklären und die Hebammen anweisen, ihre Tätigkeit nur in den Grenzen zu entfalten, welche ihnen durch ihre Ausbildung gestellt werden, d. h. nur auf dem Gebiete der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Den Modus, wie die Action stattzufinden hätte, habe ich mir in der Weise gedacht, dass heute eine Commission aus Fachcollegen aller drei Provinzen gewählt wird, welche den Artikel für die Tagespresse zu verfassen hätte und zugleich dafür Sorge trägt, dass er in den Zeitungen aller Nationen Liv- Est- und Kurlands abgedruckt wird; ein ähnlich lautendes Flugblatt wäre an die Hebammen zu versenden, den Aerzten aber proponiere ich mit einem Begleitschreiben, in welchem auch sämtliche Kliniken, Laboratorien und Aerzte namhaft gemacht werden, die sich zur Ausführung mikroskopischer Untersuchung von eingesandtem Material erbieten — die Broschüre Winters über Symptomatologie, Diagnose und Therapie des Uteruscarcinoms zuzuschicken.

Die Ophthalmologie der Römer.

Vortrag, gehalten am 22. December 1909 im Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. med. A. Lezenius.

Wenn es schon seine Schwierigkeiten hat, die Culturstufe früherer Völker nach den grossen Ereignissen der Völkergeschichte richtig zu beurteilen, so gilt dieses ganz besonders für das kleine Gebiet der antiken Augenheilkunde, da nur verhältnismässig wenige Aufzeichnungen

davon und Funde auf uns gekommen sind. Wenn ich mir erlaube, Ihnen ein Bild desselben im engsten Rahmen zu zeichnen, so kann ich mich nicht auf eigene Studien an den Fundorten von medicinischen Gegenständen aus der Römerzeit, und nur in wenigen auf eigene Anschauung in Museen berufen, sondern folge vielmehr den Aufzeichnungen von Sichel, Camuset, Denaffe, Hirschberg und Rodolfo del Castillo. —

Da das römische Staatswesen nur Krieger und Ackerbauer in sich schloss, so verteilten sich die übrigen Berufszweige unter die Fremden und Sklaven. Aus diesem Grunde strömten Philosophen, Literaten, Künstler und Aerzte, wenn sie in Griechenland zu Ansehen gelangt waren, nach Rom, weil nur dort genügende Mittel zur Pflege der Kunst und Wissenschaften geboten waren. Zweifellos lag bis zum 3. Jahrhundert v. Chr. die römische Medicin in den Händen von rohen Empirikern und musste sehr bald der griechischen Medicin die Superiorität einräumen, so dass sich schon in den ersten Jahrhunderten der römischen Kaiserzeit jedermann nur von griechischen Heilkünstlern behandeln liess. Allmählich fingen aber auch die stolzen Römer an, sich ernstlich mit der Heilkunde zu beschäftigen, und als vollends Cäsar den Aerzten das Bürgerrecht gewährte, widmeten sich auch manche vornehme Römer der Medicin und ernteten darin nicht wenig Ruhm, wie z. B. Cornelius Celsus. Doch nicht allein mit der Ausübung der Praxis begnügten sich die römischen Aerzte, sondern, den Fortschritten der Zeit folgend, traten sie behufs Gedankenaustausches zu Vereinigungen zusammen und zur Zeit des Augustus stifteten sie auf dem Esquilin sogar eine medicinische Schule, in welcher über die herrschenden medicinischen Theorien disputiert und Unterricht erteilt wurde. So gewannen die Medicin und ihre Repräsentanten allmählich grossen Einfluss, wobei die ärztliche Praxis einer der lukrativsten Berufe wurde. So erzählt Plinius, dass ein Prätor, welcher an Lepra litt, seinem Arzte 200000 Sesterzen (20000 Rbl.) zu zahlen hatte, und Stertinius, der Leibarzt des Kaisers Claudius, erhielt ein Jahresgehalt von 500000 Sesterzen (50000 Rbl.), während seine Privatpraxis ihm noch mehr eintrug. Diese Einträglichkeit aber, sowie der Mangel jeder staatlichen Controlle waren es, die den Verfall der Heilwissenschaft herbeiführten. Man kann im allgemeinen sagen, dass die Glanzzeit der Medicin durch Augustus eröffnet wurde und mit Nero endete.

Es trat nämlich eine Unzahl von Charlatanen und Quacksalbern ohne jegliche medicinische Vorbildung als Aerzte auf und brachte sehr bald die ärztliche Kunst in Verruf. — Das Specialistentum entwickelte sich in der römischen Medicin schon sehr bald, aber weder die Griechen, noch die Römer können die Begründung des Specialistentums für sich in Anspruch nehmen, denn dasselbe ist nach Herodot schon bei den Aegyptern scharf ausgeprägt zu finden. Jedenfalls gab es bei den alten Römern Specialärzte für Augen, Ohren, Zähne, Chirurgie, Geburtshilfe etc.

Unter sämtlichen Specialzweigen scheinen sich die römischen Aerzte ganz besonders für die Augenheilkunde interessiert zu haben, denn eine Unmenge von Inschriften, Instrumenten und Medicamenten, welche man bei den Ausgrabungen gefunden hat, beweist, dass die Ophthalmologie den Vorzug hatte und von keiner anderen Specialität übertroffen wurde. Sowie die Aerzte in Clinici und Vulnerarii geteilt wurden, je nachdem sie sich ausschliesslich mit interner Medicin oder Chirurgie beschäftigten, so zerfielen die Augenärzte in ocularii clinici und ocularii chirurgi, ja die Specialisierung ging noch weiter, indem manche sich nur mit dem Ausziehen der Wimpern und dem Cauterisieren der Haarwurzeln beschäftigten. Die Oculisten behandelten ihre Patienten in ihren Officinen; in diesen führten sie Operationen aus, oder applicierten die Kollyrien. Da diese letzteren meistens nach geheim gehaltenen Formeln bereitet wurden, so war die Echtheit derselben nur dann garantiert, wenn sie mit dem Namen des betreffenden Oculisten signiert waren. Die Signatur wurde mittelst eines Stempels aufgedrückt, und dieser letztere bestand aus einem besonders fein gearbeiteten Siegelsteine aus Serpentin oder Schiefer. Diese Siegelsteine sind es, denen wir neben den Grabinschriften die meisten Nachrichten über die römischen Oculisten verdanken; man hat bis heute 200 solcher Siegelsteine gefunden und sorgfältig studiert und katalogisiert. Sie stellen gewöhnlich viereckige Täfelchen dar von verschiedenen Dimensionen, bei 60 mm. Länge, 35 mm. Breite und 15 mm. Dicke.

Die an den vier Seitenflächen angebrachte Inschrift enthält Praenomen, Nomen und Cognomen des Augenarztes, den Namen des Kollyrs und seiner Hauptbestandteile, ferner Angaben, gegen welche Krankheiten das Medicament angewandt werden sollte. Ich zeige Ihnen hier z. B. den Stempel des Lucius Terentius Paternus. Fig. 1. Einige Stempel weichen der Gestalt nach von dem viereckigen Typus ab. So ist z. B. der

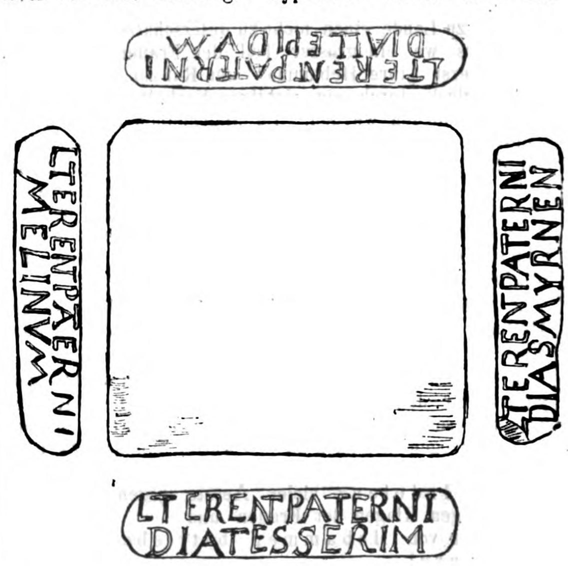


Fig. 1.

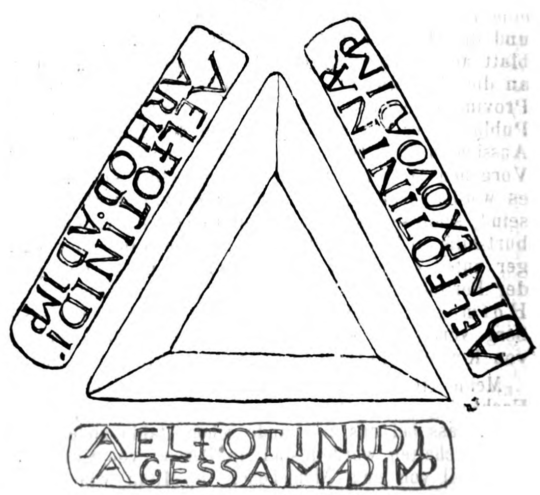


Fig. 2.

Stempel des Aelius Fotinus von dreieckiger Gestalt. Fig. 2. Ein Unicum unter den bekannten augenärztlichen Siegelsteinen bildet der sog. Siegelstein von Madrid. Er ist viereckig und trägt in der Verlängerung des grossen Durchmessers einen Appendix von gleicher Form; der Stein ist von grüner Farbe, 4 ctm. lang, 2,4 ctm. breit, 5 mm. dick. Er trägt 4 Randinschriften. Fig. 3. — Um eine klare Vorstellung von der

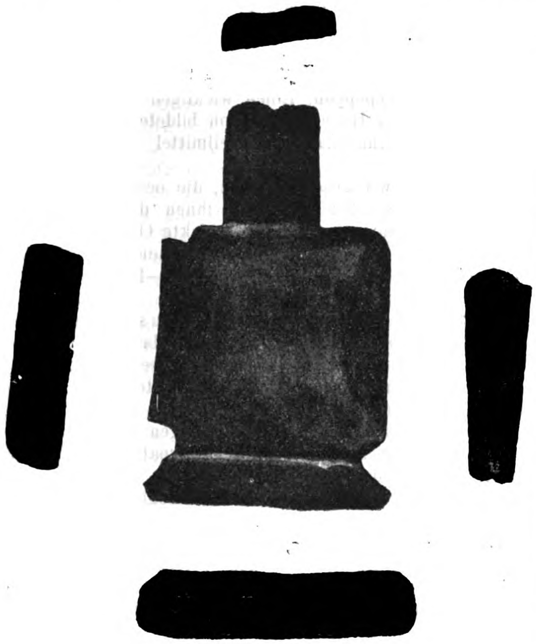


Fig. 3.
Entnommen aus «Die Augenheilkunde in der Römerzeit» von Dr. Rodolfo del Castillo.

Verwendung der Siegelsteine zu gewinnen, muss man sich daran erinnern, dass die Mehrzahl der damals gebrauchten Kollyrien eine compacte Pasta darstellten, welcher man die Form einer vierkantigen Stange gab. Solange nun die Masse noch weich war, formte man sie und drückte den Stempel darauf, so dass nach dem Trocknen die Inschrift eingeprägt war. — Wenn nun, wie ich sagte, durch das Studium dieser Siegelsteine, eine grosse Anzahl von Oculisten uns bekannt geworden ist, wenn wir durch sie von zahlreichen Kollyrien und ihrer Anwendungsweise Kunde erhalten haben, so geben uns nicht weniger Aufschlüsse über die römischen Ophthalmologen die römischen Grabmäler und die Grabinschriften. Von solchen Epitaphien sind 23 bekannt. Aus ihnen erfahren wir, dass der Augenarzt — medicus ocularius oder medicus ab oculis — in der Regel ein Freigelassener war, was, wenn es nicht ausdrücklich gesagt ist, aus dem Cognomen hervorgeht. Nur in einer der römischen Inschriften ist ein kaiserlicher Sklave genannt, der Augenarzt Illustrius. In der Inschrift von Assisi des P. Decimus finden wir die Bezeichnung „medicus clinicus et chirurgus ocularius", wodurch hervorgehoben werden sollte, dass er sich vor seinen Collegen durch seine Opetionstechnik auszeichnete. Weiterhin erfahren wir aus dieser Inschrift, dass er den hohen Titel Sexvir augustalis trug, dass er hohe Ehrenämter bekleidete und ein bedeutendes Vermögen hinterlasssen hat. Die meisten der bekannten Grabinschriften stammen aus Italien. Merkwürdiger Weise hat man in den dortigen Frundstätten weder Siegelsteine, noch Instrumente gefunden, was um so auffallender ist, als die Römer doch ihren Verstorbenen ihre liebsten Gebrauchsgegenstände mit ins Grab gaben. Immerhin erfahren wir aus den Epitaphien, dass die Augenheilkunde in Römerzeiten durch Specialisten ausgeübt wurde, welche ihren besonderen Stand gleichsam noch für die Nachwelt festhalten wollten.

Wenden wir uns jetzt zu den Arzneimitteln, die in Anwendung kamen, so muss betont werden, dass die Medicamente, feste, weiche, oder flüssige, welche in eine künstlich gemachte oder natürliche Höhlung eingeführt wurden, „Kollyrien" hiessen, so dass unter diesem Namen nicht, wie jetzt, nur Augenmittel zu verstehen sind. Nach Cornelius Celsus gab es zahlreiche Kollyrien, welche für die Augenheilkunde bestimmt waren. Gewisse Arzneisubstanzen bildeten ihren regelmässigen Bestandteil und zu ihnen kamen dann noch andere hinzu, welche die Abschwächung der Wirkung bezweckten. Zuerst wurden die Arzneikörper pulverisiert und dann mit einander gemischt. Wünschte man dem Mittel die Consistenz einer Pasta zu geben, so kamen Wasser, Gummi, oder andere Klebstoffe dazu; die Pasta wurde dann nach dem Trocknen im Schatten mit dem Siegelstein des betreffenden Kollyrienerfinders gestempelt. Derart präparierte Kollyrien nannte man trockene. Eine grosse Anzahl von Kollyrien ist chemisch untersucht worden: so die Kollyrienstangen, die man in einem zu Reims aufgedeckten Grabmale des gallo-römischen Augenarztes Gaius Firmius Severus fand; sie enthalten organische Materie, Silicate, Eisensuperoxyd, schwarzes Kupferoxyd, Bleioxyd, Kalkcarbonat. Die trockenen Kollyrien wurden pulverisiert und in Rosenwasser, Oel, Wein oder Essig gelöst, wollte man aber die adstringierende Wirkung mildern, so benutzte man als Lösungsmittel Eiweiss oder Frauenmilch; Celsus sagt darüber: quo gravior vero quaeque inflammatio est, eo magis leniri medicamentum debet, adjecto vel albo ovi, vel muliebri lacte. Wurde ein schon gelöstes Kollyrium appliciert, sei es auf die Bindehautfläche des unteren oder die des vorher umgestülpten oberen Lides, so bediente sich der Augenarzt der Pinsel oder Spatel; erstere bestanden aus einem feinen, weichen Schwamm. Die Spatel wurden von den römischen Augenärzten zu verschiedenen Zwecken verwendet, weshalb ihre Form auch eine sehr variierende ist. Gewöhnlich bestanden sie aus einer viereckigen Platte und einem glatten Schaft, der je nach dem beabsichtigten Zweck in einen olivenförmigen Knopf, in ein Löffelchen oder in eine Spitze endigte. Sehr beliebt war auch die Combination von Spatel und Messer: ein metallenes Bistouri mit spatelförmigem Griff. Viele dieser Messergriffe sind so geschmackvoll und luxuriös gearbeitet, dass sie wahre Kunstwerke darstellen, wie ich dieses in London im Britischen Museum gesehen habe. Sie ersehen daraus, dass die Verfertigung von metallenen Instrumentengriffen durchaus nichts Neues ist, sondern schon den Alten geläufig war. Ganz wie jetzt, wurden die trockenen Kollyrien in Form von Pulvern ins Auge gebracht. In bestimmten Fällen strich man auch mit der Kollyrienstange über die Innenfläche der Lider, ganz so, wie wir es jetzt mit dem Kupferstift machen. Die flüssigen Kollyrien wurden entweder tropfenweise mittelst eines Schwammes appliciert, oder man goss sie direct aus Gefässen mit sehr enger Mündung ins Auge. Unter den Kollyrien begegnen wir aber auch einer Menge von Salben oder Pomaden, welche analog den jetztigen aus tierischen und pflanzlichen Fetten, aromatischen Säften, Harzen und Metallverbindungen zusammengesetzt waren und in Gefässen aus Metall, manchmal aus Holz aufbewahrt wurden.

Wie ich schon oben erwähnte, wurden die Augenärzte in ocularii clinici und ocularii chirurgi eingeteilt. Erstere widmeten sich ausschliesslich der Therapeutik der

Augenkrankheiten. Die Medicin des Augusteischen Zeitalters bildete den Ausfluss der hippokratischen Schule und war durchaus nicht grobe Empirie, sondern Wissenschaft, die grosses Gewicht auf Klima, Oertlichkeit, Lebensweise, Ernährungsverhältnisse etc. legte. Alles, was wir darüber wissen, finden wir in Celsus' Werk „De medicina", wo er im 6. und 7. Buch der Ophthalmologie seine Hauptcapitel widmet. Die Augenkrankheiten wurden als Symptome von Allgemeinerkrankungen angesehen, nicht bloss als Localaffectionen, und deswegen war die Therapie immer eine locale und allgemeine. Es existierte keine mit der heutigen zu vergleichende Classification der Augenaffectionen, sondern man fasste oft mit einem Wort ganze Gruppen von Erkrankungen zusammen. So verstanden die Römer unter dem Ausdruck „lippitudo" eine Gruppe Augenleiden, zu welcher alle Affectionen der Conjunctiva, viele der Cornea und sogar die Panophthalmie und Phlegmone gehörten. Die Behandlung richtete sich nach der Intensität des Leidens. Von Anfang an wurden diätetische Massregeln, Blutentziehung, absolute Ruhe im dunklen Zimmer und blande, ungesalzene Kost empfohlen. Local beschränkte man sich in den ersten Tagen auf Topica, bestehend aus einer Mischung von Safran und Mehl, die auf die Stirn appliciert wurde. Nachts liess man erwärmende Compressen mit Wasser oder Wein machen und gab ein Schlafmittel. Bei geringer Congestion der Conjunctiva wurden einfache Kollyrien aus Myrrhe und Opium mittelst eines Spatels zwischen die Lider gestrichen. War die Secretion aber stärker, die Cornea mitbeteiligt, vielleicht von Perforation bedroht, so verfuhr man energischer: dann kamen Schröpfköpfe, heisse Bäder, Schwitzmittel und Antiphlogose in Form von warmen Aufgüssen auf eine ausrasierte Stelle der Kopfhaut zur Anwendung. Eine andere Augenaffection kennzeichnete sich nach Celsus durch Schwellung, Spannung, Augenschmerz und Auftreten von „aspritudo" auf der Conjunctiva, nicht selten compliciert mit Pannus, Hornhautgeschwür und Infiltrationen, Staphylom, Trichiasis und Ectropium. Celsus sagt, dass diese Krankheit lange, oder unbestimmte Zeit dauert, und empfiehlt dagegen das «Collyrium sphaerium", welches den Blutstein (Hämatit der Alten) enthielt, der die Eigenschaft hat, Granulationen zu beseitigen: «atque alia quoque» utilia sunt, quae ad extenuendam aspritudinem fiunt.» Was unter «alia quoque» zu verstehen ist, leuchtet ein, wenn wir uns daran erinnern, dass die medicinische Wissenschaft im antiken Rom eine getreue Copie der griechischen war; die griechischen Aerzte aber behandelten die τραχώματα oder τραχύτητες mit kupferhaltigen Kollyrien, und feilten die Conjunctiva entweder mit Bimstein — κίσσηρις, oder mit krauser, gereinigter milesischer Wolle, welche um eine Spindel gerollt war. Als Zeichen, dass man genug geschabt hatte, galt der Umstand, dass kein Blut mehr ausfloss, sondern eine sanguinolente Flüssigkeit, worauf man dann eines der kupferhaltigen Kollyrien applicierte. Diese Krankheit herrschte nach Celsus und griechischen Autoren in den ärmeren, unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen lebenden Classen und hauptsächlich im Kriegsheere. Sie sehen also, dass die herrschende Ansicht, das Trachom wäre erst durch Napoleons Soldaten aus Egypten nach Europa verschleppt worden, in das Bereich der Legende zu verweisen ist. Ebenso sieht man, dass wir in der Behandlung des Trachoms eigentlich keine nennenswerten Fortschritte gemacht haben. — Neben der allgemeinen Therapie, häufigen Bädern und angemessener Diät war also die Localbehandlung sehr ausgeprägt. Man wusch die Augen mit warmem Wasser, rieb die umgestülpten Lider mit einem Feigenblatt, scarificierte dieselben mit einem Bisturi, um sodann adstringierende Kollyrien zu applicieren.

Viele Hornhautaffectionen wurden durch die Indicationen gewisser Kollyrien bekannt. So heisst eine von ihnen: ad caliginem (das Dunkelwerden). Von dieser Krankheit unterscheidet Celsus 2 Arten, nämlich entstanden infolge des Alters und entstanden nach Augenentzündung. Ferner lautet eine Indication: ad cicatrices, worunter Hornhautnarben zu verstehen sind. Auf vielen Stempeln ist die Indication noch genauer gegeben; da heisst es nämlich: ad albas cicatrices, ad recentes cicatrices, ad veteres cicatrices. Nur auf einem einzigen Siegelsteine aber hat man die Indication: ad leucoma gefunden, obschon der Terminus «leucoma» selbst bei den Autoren häufig zu finden ist. Die Indicationen: ad suppurationes, ad suppurationes oculorum bezeichnen nach Sichel die eitrigen Entzündungen und Hornhautgeschwüre mit Hypopyon. Einen wichtigen Bestandteil von Kollyrien gegen Hornhautaffection bildete die Galle, die man im Altertum als Augenheilmittel überhaupt sehr hoch schätzte.

Wenn, wie wir gesehen haben, die ocularii clinici oft Bedeutendes leisteten, so stehen ihnen die ocularii chirurgi nicht nach; es gab sehr geschickte Operateure unter ihnen, und manche ihrer Methoden haben sich zum Teil noch bis auf den heutigen Tag erhalten.—Folgende Augenkrankheiten wurden von den Römern chirurgisch behandelt: 1) Das Chalazion. Celsus gibt eine sehr gute Beschreibung davon und sagt, dass es entweder von aussen oder von innen operiert werden kann, je nachdem es unter der Haut oder unter dem Knorpel liegt. Durch einen Linienschnitt wurde die Geschwulst frei gelegt und dann mit dem spatelförmigen Griff eines Bistouri herausgeschält. Fand die Exstirpation von innen statt, so wurde nach der Operation ein Kollyrium appliciert; wurde sie von aussen gemacht, so legte man ein Klebpflaster an.

Das Ectropium wurde von den Römern je nach seiner Ursache und dem Grade verschieden behandelt. Als Ursache betrachtete man in erster Linie eine Erschlaffung der Haut infolge Alters, ferner unterschieden sie ein Lähmungsectropium und ein Narbenectropium. Der Ausdruck, „ectropium sarcomatosum", der auch heute noch gebräuchlich ist, stammt aus jener Zeit und betont die Hypertrophie der entzündeten Schleimhaut. Aetius rät in diesem Fall zur Exstirpation der Wucherungen mit dem Messer und zur nachfolgenden Aetzung der Wunde mit Kupferpräparaten. Bei höherem Grade von Ectropium wurde aus der Schleimhaut ein elliptischer Lappen entfernt parallel zum Wimperrande. Führte dieses Verfahren zu keinem Resultat, so schritt man zu einer 3. Operation, der Excision eines grösseren oder kleineren Dreieckes aus der ganzen Dicke des Lides mit Ausnahme der Haut und vereinigte die Wundränder durch Nähte. Diese Operation stammt von Antyllus, und die moderne Kuhntsche Ectropiumoperation ist nichts anderes als eine Modification derselben. Handelte es sich um Narbenectropium, so rieten Celsus und Aetius dazu, die Narben zu dehnen und zu incidieren, damit das Lid wieder entspannt werde und seinen alten Platz einnehmen könne.

Gegen das Entropium und die Trichiasis hatten die Römer vier Methoden der Radicalbehandlung, nämlich 1) die Auswärtsdrehung des Lidrandes, 2) die Transplantation des Hautstückes, welches die Wimpern trägt, 3) die Destruction der Haarwurzeln und 4) das Emporschlingen der Wimpern.—Sollte das Lid nach auswärts gedreht werden, so zog man durch die Wölbung des Lides einen Faden von oben nach unten und legte etwas unterhalb eine 2. Naht an, hierauf zog man die Fäden an und verknüpfte sie mit einander, wodurch eine Hautfalte abgeschnürt wurde; die Fäden liess man liegen, bis sie abfielen. Die übelberüchtigte, aber von unerfahrenen Ophthalmologen noch heute geübte Gaillard-Naht ist ein sehr ähnliches Verfahren. Die Operation der Transplantation war zu Celsus Zeiten noch

recht mangelhaft; ausgebildet wurde sie erst von Aetius und Paul von Aegina. Danach machte man zuerst von einem Augenwinkel bis zum anderen hinter den Wimpern einen Intermarginalschnitt und spaltete somit den Lidrand in 2 Platten. Hierauf machte man an der äusseren Lidfläche, möglichst nahe dem Lidrande, einen oberen und einen unteren halbmondförmigen Einschnitt durch die Haut, so dass ein elliptisches Hautstück abpräpariert werden konnte. Darauf wurden an 2 oder 3 Stellen Nähte angelegt, wobei die Nadel vor Vereinigung des oberen und unteren Randes des Defectes zwischen die beiden Lappen des Lidrandes hindurchgestochen wurde. Die Fadenenden der Nähte wurden mit einem Pflaster an der Stirn befestigt und das Ganze mit einem Verbande bedeckt. — Die 3. Methode, die Destruction der Haarwurzeln, bestand darin, dass man die falschen Wimpern auszupfte und die Haarwurzeln mittelst glühend gemachter Nadeln zerstörte. Diese Methode war sehr beliebt, und es gab Specialisten, die sich nur mit ihr befassten.—Das Emporschlingen der Wimpern kam bei partieller Trichiasis zur Anwendung. Man fädelte eine Nadel mit einem Frauenhaar, oder einem sehr dünnen Faden derart ein, dass auf der einen Seite des Oehres zwei Enden, auf der anderen Seite die Schlinge des Frauenhaares lag. Nachdem man die Nadel ganz nahe der falschen Wimper durchgestossen hatte, liess sich diese leicht in die Schlinge einfügen und in den künstlichen Stichcanal hineinziehen. Diese Operation existiert heutigen Tages noch unter dem Namen „Snellensche Naht", rührt aber ganz sicher nicht von Snellen her, sondern von Celsus, der sie „Illequatio" nannte. So geistreich sie ist, kann sie doch nicht empfohlen werden, da sie Recidive gibt, was auch schon Celsus zugestanden hat.

Ferner war die chirurgische Behandlung die dominierende bei Dacryocystitis und Fistula sacci lacrymalis. Wenn auch hier und da Kollyria ad epiphoras angegeben sind, so wurde doch die chirurgische Behandlung entschieden bevorzugt. Bei jedem Tränensacktumor oder Abscess legte man zuerst den Tränensack durch breite Incision frei, entleerte den Inhalt und suchte dann durch adstringierende Mittel die Schleimhaut zur Norm zurückzubringen. Trat keine Besserung ein, so schritt man zur Exstirpation des Tränensackes. Man machte eine ausgiebige Incision durch alle Schichten des Sackes; die Wunde wurde mit Haken auseinandergehalten und der Sack nur ausgekratzt, oder man trepanierte auch noch den Knochen. Schliesslich wurde ein Pflaster aufgelegt, welches Kupferpräparate enthielt. In gewissen Fällen suchte man den Tränensack durch Aetzmittel, geschmolzenes Blei, oder durch das Glüheisen zu destruieren. Dieses Glüheisen, dessen sich übrigens die alten Chirurgen häufig bedienten, hatte im gegebenen Falle die Form einer Olive. — Die Perforation des Knochens und Anlegung eines neuen Tränenweges wird zuerst von Galen erwähnt.

Die Alten wagten sich aber auch an den Bulbus und operierten das Pterygium, das Staphylom, das Hypopyon und die Cataract. — Die Operation des Flügelfelles wurde nach Celsus folgendermassen gemacht: Der Arzt bringt ein scharfes Häkchen unter den Kopf des Flügelfelles, hebt letzteres vom Auge ab und sticht unter dem Flügelfell eine eingefädelte Nadel durch. Die Nadel wird entfernt, beide Enden des Fadens werden gefasst, das Pterygium damit aufgehoben und mit dem Messerstiel, also stumpf, vom Auge zum Augenwinkel abgetrennt, wobei man sich davor zu hüten hat, dass ein Stück des Pterygiums auf der Cornea nachbleibt, oder dass aus dem Augenwinkel die Carunkel mitentfernt werde. Die Wunde wurde mit Honig und einem Kollyr, welches Substanzverluste zur Heilung bringt, bestrichen und darüber eine Compresse aus Schwamm oder Wolle befestigt. — Das Staphylom wurde nach zweierlei Methoden operiert: Nach der ersten durchstach man das Staphylom an seiner Basis mit einer Nadel, die 2 Fäden führte; hierauf wurden die Enden des eines Fadens oberhalb, die des anderen unterhalb fest mit einander verknotet, wodurch eine Abschnürung durch doppelte Ligatur erfolgte. Nach der zweiten Methode schnitt man aus dem Gipfel des Staphyloms ein Stück heraus, worauf der Defect durch eine Naht geschlossen wurde. Die Nachbehandlung bestand in Verband und Ruhe.

Die Eiteransammlung in der vorderen Kammer — Onyx oder Hypopyon genannt, je nachdem wenig oder viel Eiter in der Kammer lag, bildete oft den Gegenstand chirurgischer Behandlung. Paul v. Aegina sagt: „oefters müssen wir den ganzen Eiter auf einmal entleeren; zu diesem Zweck ist es angemessen, die Cornea ein wenig über der Stelle, wo die Augenhäute in einander übergehen, zu incidieren. Dasselbe rät schon Galen zu tun. Ein zweites Verfahren besteht in der Paracentese, für welche Aetius eine Vorschrift gibt. Man mache unterhalb des Eiters am Rande der Cornea, dem sogenannten Kranz, den Einstich. Diese Operation darf nur dann ausgeführt werden, wenn die Teile entzündungsfrei geworden sind.

Besondere Aufmerksamkeit widmeten die Römer der Behandlung der Cataract, die sie aber Suffusio nannten. Nach Anagnostakis gab es drei Methoden der Behandlung: die Depression der Cataract, die Extraction und die Zerteilung. Celsus beschreibt die Depression sehr genau. Die Starnadel soll scharf sein, damit sie die Hornhaut leicht durchdringen kann, wobei darauf zu achten ist, dass beim Stich weder die Iris berührt, noch ein Gefäss verletzt werde. Sobald die Nadel in den Star eingedrungen ist, wird letzterer mittelst Drehbewegung unter die Pupillengegend herabgeleitet; jetzt wird stärker nachgedrückt, damit der Star unten bleibe. Auf das Auge kommt eine Compresse aus weicher mit Eiweiss getränkter Wolle, und ein Verband schliesst das operierte und das gesunde Auge. Der Kranke muss sich in den nächsten Tagen ruhig verhalten und erhält nur flüssige Nahrung. — Was die 2. Methode, die Extraction des Stares, anlangt, so gehen die Stimmen darüber, ob die Alten überhaupt extrahiert haben, auseinander. Jedenfalls ist die Methode selbst nirgendwo genau beschrieben. Aus einer Stelle des Galen lässt sich aber doch schliessen, dass die Extraction vorgenommen worden ist. Er spricht von den widernatürlichen Gewächsen und sagt, dass sie die Fortnahme anzeigen. Zu ihnen rechnet er auch den Star und sagt dann wörtlich: „bei den Staren pflegen wir von dieser Indication abzugehen und bringen sie an einen anderen Ort, der weniger wichtig ist. Einige aber haben es versucht, auch diese herauszuziehen ('Ενιοι δε καὶ τάυτα κενδυν 'επεχείρησαν)".—Graefe stützt sich auf eine Stelle des Antyllus und hält diese allein schon für beweiskräftig genug dafür, dass von den Alten die Extraction der Cataract geübt worden sei. Urteilen Sie selbst, m. H.: die Stelle des Antyllus lautet: Aliqui aperuerunt sub pupilla et extraxerunt cataractam et potest esse, cum cataracta est subtilis, sed cum est grossa, non poterit extrahi, quia humor egrederetur cum ea". — Mir scheint es, dass aus diesen Worten noch lange nicht hervorgeht, dass die Römer, oder überhaupt die Alten die Extraction methodisch geübt haben. Aber die Idee, die Cataract zu extrahieren, haben sie unstreitig gehabt; wie aber nach dem Hornhautschnitt zu verfahren sei, haben sie sicher nicht gewusst. Möglicherweise hat der eine oder andere Kranke durch unruhiges Gebahren nach dem Hornhautschnitt die Cataract einfach herausgepresst und ist danach wieder sehend geworden. — Die 3. Methode, die Zerteilung, ist dasgenige, was wir heute „Discission" nennen. Sie wurde für weiche Cataracte reserviert und bestand in einer

Stichelung der Cataract, wonach ein Zerfall der Substanz eintrat und sich in kurzer Zeit ein Niederschlag, ähnlich einer trüben Flüssigkeit bildete.

Wenn nun alles bis jetz Geschilderte mehr oder weniger Heilzwecken diente, so kann ich nicht umhin, auch zu erwähnen, dass die Alten auch der Kosmetik ihre Aufmerksamkeit zuwandten: sie tätowierten nämlich die Leukome und sind also auch auf diesem Gebiete unsere Vorläufer. Nach Galen erwärmte man den Sondenknopf, nahm damit etwas von einer Mischung, die aus feingepulverten Galläpfeln und eisenhaltigem Kupfervitriol bestand, und rieb das Leukom ein. Keineswegs also darf die Tätowierung als etwas Neues, als eine Errungenschaft unserer Zeit ausgegeben werden.

Schliesslich möchte ich noch bemerken, dass die Römer, wie überhaupt die Alten, keine Brillen, wohl aber Brenngläser kannten. Die Ansicht, dass Kaiser Nero kurzsichtig gewesen sei und sich im Circus eines Smaragdes als Monocle bedient habe, ist weit verbreitet, wohl aber ein Irrthum und auf eine falsche Uebersetzung des Plinius zurückzuführen, der in Lib. 37, Cap. V sagt: „Nero princeps gladiatorum pugnas spectabat in zmaragdo". Erstens geht aus einer anderen Stelle des Plinius hervor, dass Nero garnicht kurzsichtig, sondern vielmehr weitsichtig oder astigmatisch gewesen ist (Oculi Neronis, nisi cum conniveret, ad prope admota hebetes. Pl. N. h. 1. XI, c. 54) und zweitens ist man wohl jetzt darin einig, die Stelle „spectabat in zmaragdo" so aufzufassen, dass Nero die Kämpfe in einem zum Rollspiegel geschliffenen Smaragd ansah, während er der Arena den Rücken zugekehrt hatte.

M. H.! Aus dieser gedrängten Schilderung der Ophthalmologie der Römer, die sich ja wohl auch auf die Griechen bezieht, da die römische medicinische Wissenschaft ein getreues Abbild der griechischen war, sehen Sie, dass vieles davon auch auf uns überkommen ist und manches jetzt noch genau ebenso behandelt wird, wie damals, so das Trachom, die weiche Cataract und teilweise die Trichiasis. In anderen Fällen ist die Idee dieselbe geblieben, die Ausführung aber eine andere geworden, so die Exstirpation des Tränensackes. War auch keine genaue Classification der Augenkrankheiten vorhanden und kannten auch die Alten im Vergleich zu uns nur eine lächerlich kleine Anzahl der Augenkrankheiten, so können wir immerhin in Anbetracht ihrer geringen Untersuchungsmittel ihnen unsere Achtung vor dem, was sie geleistet, nicht versagen, ja in vielen Fällen zeigt sich uns immer wieder, dass es aus der Vergangenheit noch vieles zu lernen gibt und dass es sich lohnt, dieselbe aus Schutt und Moder wieder ans Licht zu ziehen.

Referate.

John B. Hawes and Cleaveland Floyd: The tuberculin treatment of dispensary patients. Boston Medic. and Surgic. Journ. Nr. 1. 1910.

Nach einigen allgemeinen Betrachtungen über den neuerdings wiedererkannten Wert der Tuberculin-Behandlung der verschiedenen Arten der Tuberculose empfehlen die Verf. warm die Tuberculinbehandlung Tuberculöser nicht nur in den Krankenhäusern, Sanatorien etc., sondern auch in der ambulanten Armenpraxis. Die Verf. berichten über 143 ambulante Kranke, die in den letzten 4 Jahren mit Tuberculin behandelt wurden. Art des gebrauchten Tuberculins (Bouillon-Filtrat gelöst in 25 pCt. Carbollösung nach Trudeau), die Regeln der Zubereitung, Dosierung und Verabreichung (Injectionen) werden besprochen. Behandelt wurde Tuberculose der Lungen, der Augen, der Drüsen, des Urogenitalapparates, der Knochen und Gelenke, des Larynx, des Peritoneums und Lupus. 108 Fälle zeigten Besserung, 16 — keine Besserung, 19 starben. Niemals konnte ein Schaden von der Tuberculinbehandlung beobachtet werden. Reactionen waren selten und wenn, dann milde. Besonders zu empfehlen ist Tuberculin bei beginnender Lungentuberculose, bei Drüsentuberculose der Kinder, bei Augen- und Urogenitaltuberculose. Günstig wird auch die locale oder «chirurgische» Tuberculose durch Tuberculinbehandlung beeinflusst, besonders, wenn letztere mit Luftcur verbunden werden kann.

H. F. Hartwell and Edward C. Streeter: The therapeutic administration of tuberculin in surgical tuberculosis. Boston Med. and Surgic. Journal. Nr. 1. 1910.

Bericht über mit Tuberculin behandelte Fälle (23 kurze Krankengeschichten), hauptsächlich von Tuberculose der lymph. Hals-Drüsen. Die Tuberculinbehandlung bei localer Tuberculose soll nicht der operativen Behandlung vorgezogen werden sondern soll als gutes Hilfsmittel nach der Operation angesehen werden.

John H. Cunningham: The influence of the operation of resection of the kidney upon the function of the organ. Bost. Med. and Surg. Journ. Nr. 1. 1910.

Eine experimentelle Arbeit an Kaninchen, um die Wirkung der Nephrotomie auf die Function der Niere zu studieren, erstens, wenn die Nierenwunde vollkommen vernäht wird und zweitens, wenn die Nierenwunde drainiert wird — 1) mit einem Gummidrain, — 2) mit Gazetampon. Bei den drainierten Nieren trat Absonderung von Urin nach ca. 6--8 Stunden auf, bei den durch Naht fest geschlossenen Nieren dagegen trat die Secretion erst nach etwa 30 Stunden auf. Es liegen auch Experimente an Tieren mit nur einer Niere vor. Erklärungen zu den durch diese interessanten Experimente gewonnenen Tatsachen werden in dieser vorläufigen Mitteilung noch nicht gegeben.

Henry T. Hutchins: The reproduction of pain as a mean of making differential diagnosis. Bost. Med. Journ. Nr. 2. 1910.

Verf. empfiehlt in dieser Studie den Schmerz, das häufigste Symptom bei internen und chirurgischen Erkrankungen, sorgfältiger zu studieren, wozu eine geschickte und kundige Palpation notwendig ist, ebenso wie das Kennen der normalen Empfindlichkeit der verschiedenen Organe; dann können die verschiedenen Schmerzempfindungen, hervorgerufen durch Erkrankungen, z. B. der Nieren, des Wurmfortsatzes, der Gallenblase und der weiblichen Genitalorgane, auch besser differentialdiagnostisch verwertet werden.

Nathaniel R. Mason and John T. Williams The strength of the uterine scar after Caesarean section. Bost. Med. and Surgic. Journ. Nr. 3. 1910.

Im ersten Abschnitt der Arbeit wird über Versuche an graviden Meerschweinchen berichtet; an ihnen wurde der Kaiserschnitt ausgeführt: in 7 Fällen blieben die Tiere am Leben und in 2 Fällen trat die Gravidität zum 2. Male auf. Durch Anhängen von Gewichten wurde die Stärke der Uterusmuskulatur und der Kaiserschnittnarbe geprüft, der Muskel gab gewöhnlich zuerst nach. Also ist eine nach p. p. verheiltem Kaiserschnitt zurückbleibende Narbe zum mindesten ebenso stark wie der Muskel und ist imstande, jeglicher Spannung zu widerstehen, die die Muskulatur nur tragen kann.

In den übrigen Abschnitten Bericht über 3 Fälle von Schwangerschaft nach früherem Kaiserschnitt und über 21 Fälle aus der Literatur mit Ruptur des Uterus, an welchen früher der Kaiserschnitt ausgeführt war, und Besprechung von Factoren, die die Ruptur einer Kaiserschnittnarbe begünstigen. Nach ihrer experimentellen Arbeit und ihrer Studie aus der Literatur kommen die Verf. zum Hauptschluss, dass eine nach Kaiserschnitt mit Sorgfalt vernähte Gebärmutter nach ohne Eiterung verheilter Wunde mit Sicherheit imstande ist, eine neue Schwangerschaft bis zum Schluss zu ertragen.

Charles Greene Cumston: The symptomatology, diagnosis and treatment of primary apyogenous angiocholitis. Bost. Med. and Surg. Journ. Nr. 3. 1910.

Eine Vorlesung über Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der primären, nicht eitrigen Angiocholitis. Wenn die interne Behandlung nicht zum Ziele führt, ist chirurgischer Eingriff notwendig: Cholecystostomie mit Drainage der Gallenblase.

W. Schaack.

Edward H. Risley: Post-operative Pneumonia. Bost. Medic. and Surgic. Journ. Nr. 3. 1910.

Analyse von Lungencomplicationen bei 1000 Laparotomien und 920 anderen Operationen des Jahres 1908 im Massachusetts General Hospital. Auf die 1000 Fälle von Laparotomien — 15 Fälle von Pneumonie und 3 — von Bronchitis mit einer Mortalität von 13 pCt.; bei den 920 anderen Fällen nur 5 postoperative Lungencomplicationen. Nach Untersuchungen des Verf. kommen als die Pneumonien begünstigende Momente hauptsächlich in Betracht: Reizung der Luftwege durch Aether, Anwesenheit von Sepsis, Trauma von schon inficierten Geweben, schlechter Zustand der Mundhöhle und der Zähne; auf letzteren Umstand wird besonders hingewiesen.

W. Schaack.

Bücherbesprechungen.

C. Landois. Lehrbuch der Physiologie des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medicin. 12. Auflage, bearbeitet von Dr. R. Rosemann, Prof. der Physiologie an der Universität zu Münster. 2 Bände. Mit 339 Abbildungen im Text. XVI + VIII + 974 S. Verlag v. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1909. Preis 9 Mark pro Band.

Diese neue Auflage ist ebenso wie schon die elfte von dem langjährigen Assistenten Landois', Prof. Rosemann, bearbeitet. Die ganze Anlage des altbewährten Lehrbuchs ist dabei unverändert geblieben, der Inhalt ist aber gründlich durchgearbeitet und hat manche wesentliche Veränderung erfahren, wodurch es mit dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft in Einklang gebracht worden ist. Die Abschnitte über Histologie und mikroskopische Anatomie sind bedeutend gekürzt, dagegen die Abschnitte «Pathologisches», «Vergleichendes» und «Historisches» meist unverändert gelassen. Gleich im Anfang des Buches ist ein ganzes neues Kapitel «Uebersicht über die chemische Zusammensetzung des Organismus» eingeschaltet. Ueberhaupt muss man sagen, dass auf den ersten Blick das Buch einem bekannt erscheinen mag, bei aufmerksamer Lectüre findet man aber bald, dass kaum eine Seite ohne Umarbeitung und Ergänzung geblieben ist. Ueberall ist den Ergebnissen der Forschung auf den verschiedenen Gebieten der Biologie in reichem Masse Rechnung getragen. Eine wesentliche Bereicherung und einen für einen wissenschaftlich arbeitenden Arzt sehr willkommenen Zusatz bildet das Literaturverzeichnis, das allerdings in den alten Auflagen sehr zu vermissen war. Wer das Landoische Buch kennt — mit der Unmenge der dort citierten Autoren —, der wird es leicht einsehen, eine wie grosse Arbeit der Verfasser der neuen Auflage auf sich nahm, indem er zu jedem citierten Autor den betr. Literaturnachweis hinzufügte. Diese Zusammenstellungen der Literatur sind in praktischer Weise den einzelnen Capiteln angegliedert, so dass die Orientierung sehr erleichtert wird. Für diese wertvolle Ergänzung müssen wir Prof. Rosemann besonders Dank sagen und anerkennend hervorheben, dass hierdurch die Nützlichkeit des vortrefflichen Buches wesentlich erhöht ist.

F. Dörbeck.

W. Alexander und K. Kroner: Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten. Mit einem Vorwort von Prof. Goldscheider. Mit 6 Abbildungen im Text. Berlin. 1910. Fischers medicin. Buchhandlung. H. Kornfeld. Fischers Therapeutische Taschenbücher Bd. IV. Preis M. 3.50.

Auf 161 Seiten bietet dieses Compendium in knappster Form eine vollständige Darstellung der zur Zeit gebräuchlichen Behandlungsmethoden bei Nervenkrankheiten. Kurze differentiell-diagnostische Bemerkungen tragen zur allseitigen Klarstellung der einzelnen Krankheitsbilder bei. Das ganze Buch ist mit leeren Blättern durchschossen, so dass zu jeder Seite etwaige Notizen hinzugefügt werden können. Ein solches Taschenbuch muss jedem Praktiker willkommen sein und ihm bestens empfohlen werden.

Michelson.

Auszüge aus den Protocollen der Dorpater Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Nov. 1909.

Präses: Meyer — Schriftführer: Russow.

Anwesend 14 Mitglieder.

Da Dr. Adelheim durch Krankheit verhindert ist, seinen angekündigten Vortrag «über Pankreascysten» zu halten, übernimmt in liebenswürdigster Weise Dr. Truhart auf Bitte des Vorstandes eine Einführung und Ergänzung zu demselben Thema. (Dr. Truharts Vortrag erscheint in erweiterter Form in der Petersb. med. Wochenschr.).

Die Discussion wird auf Wunsch des Vortragenden vertagt und soll im Anschluss an den noch zu erwartenden Vortrag des Herrn Adelheim stattfinden.

Sitzung vom 27. Nov. 1909.

Präses: Meyer. — Schriftführer: Russow.

Anwesend 15 Mitglieder. Der Präses gedenkt in einem Nachruf des kürzlich hingeschiedenen Collegen, Dr. med. Faure. Die Gesellschaft ehrt das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

Dr. Graubner demonstriert ein kürzlich durch Operation gewonnenes Präparat von einem ductus omphalo-entericus persistens und bespricht dabei die Entwickelungsgeschichte solcher Bildungen und ihre Folgen für den Träger.

Discussion:

Rothberg fragt, ob bei dem Kinde Pyorrhoe beobachtet worden, oder ob Kot durch den Nabel abgegangen sei.

Graubner: nach Angabe der Mutter sollen dazwischen gelbliche Massen secerniert worden sein. G. selbst hat nichts Derartiges gesehen.

Dr. Anderson gibt seinen angekündigten Bericht über die heutige geburtshilfliche Therapie bei engem Becken.

Discussion:

Bresowsky: es kommt öfter vor, dass Kinder, durch lange Geburtsdauer geschädigt, sich in der Folge namentlich geistig schlecht entwickeln, auch abgesehen von jenen Fällen, wo intracranielle Blutungen unter der Geburt auftraten. Von diesem Gesichtspunkt aus hat eine liberalere Indicationsstellung beim Kaiserschnitt gewiss ihre Berechtigung.

Meyer: nach Baisch ist die Furcht vor allgemeinverengtem Becken im Gegensatz zum platten Becken nicht begründet. Baisch, der über grosses Material verfügt, kommt zum Resultat, dass das platte Becken sogar ungünstiger ist, da bei solchem leichter fehlerhafte Einstellungen des kindlichen Schädels vorkommen. Die Einstellung des kindlichen Kopfes ist von grösster Bedeutung. Durch ungünstige Einstellung kann z. B. das Resultat einer beckenerweiternden Operation stark beeinträchtigt werden; das Nichtbeachten dieser Verhältnisse kann durch die hierdurch bedingten Complicationen diese Operationen discreditieren.

Was die Perforation anlangt, so gehen einzelne Autoren, wie z. B. Pinard, soweit, dass sie sagen, die Perforation des lebenden Kindes sei nicht nur ein Fehler, sondern ein Verbrechen — ein crimineller Fall. Klinische Verhältnisse vorausgesetzt, hat dieser Standpunkt seine Berechtigung, anders liegt die Sache in der poliklinischen Praxis und namentlich bei den culturellen Verhältnissen bei uns auf dem Lande oder gar in den innerrussischen Gebieten; hier kann man auf die Perforation auch des lebenden Kindes noch nicht verzichten.

Zur Frage der Folgen einer Symphyseotomie erinnert M. an einen Fall, den Treymann auf einem livländischen Aerztetage demonstrierte; es handelte sich um das Becken einer Frau, welche einige Jahre nach einer Symphyseotomie an einer internen Krankheit gestorben war. Hier war bindegewebige Verwachsung eingetreten, die eine ziemlich ausgiebige Bewegung der Beckenhälften zuliess — geradezu eine Pseudarthrose. Dieselbe hatte für die Trägerin nicht die geringsten ungünstigen Folgen gehabt, sie hatte ausgezeichnet die schwersten körperlichen Anstrengungen leisten können. Für eventuelle künftige Geburten war dieses Becken vorzüglich vorbereitet.

Anderson (Schlusswort): was die Schädigung des Kindes in seiner späteren Entwickelung durch lange Geburtsdauer anlangt, so werden in der Literatur hauptsächlich directe Verletzungen, nicht die lange Dauer an sich als schädigend angegeben. In Bezug auf Baischs Publication wäre zu bemerken, dass in der ganzen übrigen Literatur die Forderungen zur Behandlung des allgemein verengten im Gegensatz zum

platten Becken ganz einheitlich in der vom Vortr. gezeichneten Weise gestellt werden.

Die Ansicht von Pinard, Vernier, Sänger u. A. ist aufzugeben, die Perforation lässt sich nicht entbehren.

Vollständige knöcherne Verwachsungen nach Hebosteotomien kommen wohl vor, meist aber nur — abgesehen von einigen kleinen Knochenbrücken — bindegewebige Vereinigungen. Mitunter sind diese allerdings so straff, dass das Resultat einer knöchernen Verbindung gleichkommt. Berichte über Fälle, bei denen eine zweite Geburt nach früheren beckenerweiternden Operationen gut von statten ging, gibt es verhältnismässig zahlreiche.

Russow.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Zur Veranschaulichung der Bewegung der Infectionskrankheiten hat das städtische Statistische Comitee ein neues System von Kartogrammen eingeführt, das von ausserordentlich grosser Uebersichtlichkeit ist. Mit Hilfe dieser Kartogramme hat das städtische Statistische Comitee soeben eine Uebersicht über die Bewegung der Infectionskrankheiten und die Sterblichkeit in Petersburg für das verflossene Jahr zusammengestellt. Darnach belief sich die Erkrankungsziffer auf 25730. Von allen Infectionskrankheiten stand die Cholera mit 6363 Fällen an erster Stelle; es folgten Masern mit 4976, Diphtherie mit 3978, Scharlach mit 3434, Recurrens mit 1663, Pocken mit 1003 Fällen u. s. w. Die grösste Morbiditätsziffer weist der Alexander-Newski-Stadtteil auf (3641); es folgen in absteigender Linie: der Petersburger Stadtteil (3636), der Narwsche (3211), der Roshdestwenski- (2679), der Wassili-Ostrowsche (2682), der Moskausche (2361), der Spaski- (1911), der Liteiny- (1259), der Wiborger (1955), der Kolomnasche (1087), der Kasansche (738) und der Admiralitäts-Stadtteil (366). Die Zahl der Sterbefälle betrug 39254 und in den Vororten 7470; geboren wurden 45149 Kinder beiderlei Geschlechts, um 457 weniger als im Jahre vorher. Eine Abnahme der Geburten wird übrigens seit drei Jahren beobachtet.

— Für den Kampf gegen die Cholera sind, wie aus dem der Stadtverwaltung vorgelegten Rechenschaftsbericht zu ersehen ist, in den Jahren 1908 und 1909 1400000 Rbl. bewilligt worden, hiervon wurden 917700 Rubel für den speciellen Kampf gegen die Epidemie, 426300 Rbl. für den Bau von Cholerabaracken und 62000 Rubel für den Unterhalt der Isolationspunkte verausgabt.

— Rostow a. Don. Die Stadtverwaltung petitioniert um die Errichtung einer Universität mit einer medicinischen Facultät.

— Poltawa. Eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose hat sich gebildet.

— Feodossia. Die Quarantänebehörde hat den Kapitän des griechischen Pilgerdampfers «Mina» Jarojani wegen antisanitären Zustandes seines Dampfers und Verletzung der internationalen Pariser Convention mit 5500 Rbl. bestraft.

— Das Gouvernement Astrachan ist officiell für pestfrei erklärt.

Hochschulnachrichten:

— Charkow. Der a. o. Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Hospitalklinik an der Universität, Dr. J. Penskij ist zum ordentlichen Professor ernannt.

— Odessa. Dr. A. Bogomolez hat sich als Privatdocent für allgemeine Pathologie an der Universität habilitiert.

— Berlin. Professor Dr. Reinhard Krönig in Freiburg i. Br. ist zum Nachfolger Olshausens an die Berliner Universität berufen.

— Bonn. Professor Karl Grouvers, Privatdocent und 1. Assistenzarzt bei Geh.-Rat Doutrelepont an der Klinik und Poliklinik für Syphilis und Hautkrankheiten, hat einen Ruf als Nachfolger von Prof. Dr. Erich Hoffmann an die Universität Halle erhalten.

— Breslau. Geheimer Medicinalrat Professor Dr. Emil Richter, Redacteur des Centralblattes für Chirurgie, feierte am 15. März sein 50-jähriges Doctorjubiläum.

— Tübingen. Med.-Rat Dr. O. v. Oesterlen, früherer Honorarprofessor für Hygiene und gerichtliche Medicin, beging am 14. d. M. seinen 70. Geburtstag.

— Bern. Professor Dr. Kehrer in Heidelberg wurde als Nachfolger von Professor Peter Müller in Bern gewählt.

— Wien. Privatdocent Dr. Ernst Wertheim, a. o. Professor, wurde zum o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie und zum Vorstande der II. Frauenklinik an der Wiener med. Facultät ernannt. Privatdocent Dr. L. Jehle wurde als Nachfolger der verstorbenen Prof. Monti zum Vorstand der Kinderabteilung an der Wiener allgemeinen Poliklinik ernannt.

— Verbreitung der Cholera. Niederländisch-Indien. In Batavia erkrankten vom 3. bis zum 16. Januar 99 Personen an der Cholera, darunter 15 Europäer.

— Verbreitung der Pest. Britisch Indien. Vom 30. Januar bis zum 5. Februar erkrankten in ganz Indien 16278 Personen und starben 14144. — Türkei. In Djedda erkrankten vom 22. bis zum 27. Februar 3 Personen und starben 3. — Aegypten. Vom 26. Februar bis zum 4. März wurden 11 Erkrankungen und 5 Todesfälle gemeldet.

— Poliomyelitis. In Preussen wurden vom 27. Februar bis zum 5. März 7 Erkrankungen und 1 Todesfall constatiert.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 28. Febr. bis zum 6. März 1910 646 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 64, Typh. exanth. 2, Febris recurrens 3, Pocken 39, Windpocken 33, Masern 274, Scharlach 71, Diphtherie 87, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh —, an anderen Infectionskrankheiten .

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 935 + 58 Totgeborene + 97 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 13, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 1, Pocken 13, Masern 65, Scharlach 17, Diphtherie 24, Keuchhusten 12, crupöse Pneumonie 29, katarrhalische Pneumonie 101, Erysipelas 4, Influenza 11, Pyämie und Septicaemie 8, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 141, Tuberculose anderer Organe 23, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 47, andere Magen- und Darmerkrankungen 39, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 72, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 284.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 7. März 14001. Darunter Typhus abdominalis 475, Typhus exanth. 26, Febris recurrens 33, Scharlach 184, Masern 147, Diphtherie 256, Pocken 196, Windpocken 17, Cholera 0, crupöse Pneumonie 101, Tuberculose 820, Influenza 235, Erysipel 115, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 69, Lepra 1, Syphilis 563, venerische Krankheiten 368, acute Erkrankungen 1471, chronische Krankheiten 2132, chirurgische Krankheiten 1742, Geisteskrankheiten 3480, gynäkologische Krankheiten 277, Krankheiten des Wochenbetts 59, verschiedene andere Krankheiten 111.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 7. März in Danilow (Gouv. Jaroslaw) der Landschaftsarzt Dr. S. Nowikow, geb. 1845, approbiert 1870; 2) am 9. März plötzlich in Simferopol (Krim) Dr. P. Rossanow, geb. 1858, approbiert 1883; 3) am 10. März in St. Petersburg an Uraemie infolge von chronischer Nephritis Dr. A. Anissimow, geb. 1865, approbiert 1889. Fast seine ganze dienstliche Laufbahn war am städtischen Obuchow-Hospital verlaufen, wo er, vom Assistenten angefangen, alle Posten bis zum Oberarzt und Vorstand der besonderen Abteilung für chronisch Kranke des Männerhospitals bekleidet hatte. Ausserdem war er consultierender Arzt für innere Krankheiten an der Pokrowskaja-Gemeinschaft der Barmherzigen Schwestern und einige Jahre hindurch Arzt an einem Gymnasium; 4) in Bonn der berühmte Physiologe, Prof. Dr. Pflüger, im Alter von 81 Jahren.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 23. März 1910.

Tagesordnung: 1) Lorenz. 2 Fälle von Carcinoma cavi nasi
2) Amburger. Ueber einen Fall von Hypophysistumor.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

Nach der Sitzung collegiales Beisammensein zur Feier des Stiftungstages des Vereins.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. März 1910.

Tagesordnung: W. Fick: Ueber Magenblutungen nach Laparotomien.

— Das Verzeichniss der zur Besprechung zugegangenen Bücher findet sich auf Seite III des Umschlags.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 3. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Chirurgie.

Chirurgija. Band 26. Nr. 154.

P. Gussew: Ein Fall von partiellem Riesenwuchs.

Ein 11-jähriger Knabe wies auf der rechten Gesichtsseite eine interessante Anomalie auf, welche hauptsächlich die Wangenmuskulatur betraf. Durch Excision der hypertrophen Teile konnte eine teilweise Besserung erzielt werden, doch ist das kosmetische Resultat, wenn man nach den beigefügten Abbildungen urteilt, unbefriedigend. Derartige Fälle von Elephantiasis congenita lipomatodes lymphangiectatica sind ungemein selten, besonders im Gesicht. Die Aetiologie ist dunkel.

A. Grigorjew: Zur Casuistik der solitären Knochencysten.

Ein 5-jähriger Knabe wies eine spindelförmige Verdickung der Tibia auf, deutliche Fluctuation und «Pergamentpapier — Knittergeräusch». Bei der Operation fand sich eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Knochencyste.

W. Schmidt: Zur Kenntnis der Cysten der langen Röhrenknochen.

Verf. erläutert an der Hand eines Falles, Aetiologie, Pathologie und Therapie der Knochencysten.

A. Dolgopolow: Zur Frage der Choanalpolypen.

Choanalpolypen zählen zu den seltensten Geschwülsten. Verf. erwähnt einen solchen aus der chirurgischen Klinik in Tomsk. Der Polyp, welcher sehr gross war und schwere subjective Störungen hervorrief, konnte durch die Operation entfernt werden.

N. Beresnegowski: Ueber Zahncysten.

Verf. kommt auf Grund seiner Studien zu folgenden Schlüssen:

1) Die Follicularcysten sind den Proliferationscysten nah verwandt und können in solche übergehen. 2) Die Proliferationscysten sind Geschwülste, deren Gutartigkeit fraglich ist. 3) Die Therapie der Zahncysten soll radical sein: bei Follicularcysten Totalexstirpation des Tumors; bei Proliferationscysten Kieferresection im gesunden Knochengewebe. 4) Wenn nötig ist der ascendierende Knochenabschnitt gleichfalls zu resecieren. 5) Die Zahncysten gehören zu den nicht allzu seltenen Erkrankungen. Ihre Zahl würde beträchtlich zunehmen, wenn ein jeder Fall von Kiefererkrankung mikroskopisch untersucht werden würde.

A. Ansimow: Zur Frage der Dickdarmtumoren.

Eine interessante statistische Zusammenstellung aller bisher publicierten Fälle. Besonders wertvoll wird die Arbeit dadurch, dass 75 Fälle aus der russischen Literatur tabellarisch geordnet und eingehend besprochen werden.

K. Ignatowitsch: Über die Behandlung der Darmfisteln.

Bericht über einen günstig verlaufenen nach Mosetig-Moorhof operierten Fall.

E. Hesse.

Russki Chirurgitscheski Archiv. 1909. H. III.

W. Derewenko: Ueber die operative Behandlung des Aneurysma arteriale racemosum des Gesichts und des Schädels.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Das Aneurysma art. racemosum ist eine Neubildung sui generis, welche oft sich aus einer angeborenen Teleangiectasie, oder nach einem Trauma entwickelt. Als Neubildung kann es nur in seinen Anfangsstadien aufgefasst werden, später wächst es auf Kosten der präexistierenden Gefässe. 2) Von den conservativen Methoden verdient die subcutane Naht von Krogius Beachtung. Diese Methode kann auch dort angewandt werden, wo die operative Entfernung unausführbar ist. Die Alcoholinjection ist zeitraubend und erheischt grosse Geduld seitens des Arztes und des Patienten. 3) Die besten Resultate gibt die operative Entfernung der Geschwulst. 4) Dem Abpräparieren des Hautlappens mit der Geschwulst geht voraus: a) das Anlegen einer Ligatur auf dasjenige Gefäss, welches nach der Compression am deutlichsten die Pulsation der Geschwulst vermindert; b) das Umnähen der Geschwulst an seiner Peripherie nach Heidenhain-Hacker und 3) das teilweise Umnähen der Geschwulst mit Zurücklassen einer Hautbrücke nach Fedorow. 5) Die einzelnen Gefässe mittleren und kleineren Kalibers, die zur Geschwulst ziehen und stark pulsieren, kommen nach der Operation rasch zur Norm zurück. 6) Der Kranke muss wissen, dass so ein Aneurysma nach der Operation leicht recidiviert, damit im Falle eines Recidivs die Operation rechtzeitig wiederholt werden kann.

B. Enochin: Fall einer ausgedehnten Resection des Dünndarmes.

Verf. beschreibt einen Fall, wo bei einem 41-jährigen Kranken wegen einer Invagination ein 214 centm. langes Dünndarmstück mit Erfolg reseciert wurde.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass beim Menschen die Resection der halben Länge des Dünndarmes vertragen wird. Nach so einer ausgedehnten Resection treten gewöhnlich Darmstörungen auf, die bald dank der compensatorischen Hypertrophie des restierenden Darmteils verschwinden. Die Resection des näher zur Valvula Bauhini gelegenen Darmteiles wird besser vertragen. Durch die compensatorische Hypertrophie des zurückbleibenden Darmes wird die Resorption der Nahrung aus dem Darm befördert. Das längste Darmstück ist von Brenner entfernt worden, der bei einer ausgedehnten Darmgangrän ein Darmstück von 540 centm. resecierte.

J. Halpern: Ueber den Zusammenhang zwischen Hernien und Darmrupturen.

Der Mechanismus der traumatischen Darmrupturen kann zweifacher Art sein; entweder sind es Zerquetschungs- oder Berstungsrupturen. Einige Autoren, unter ihnen Mikulicz, gaben die Möglichkeit zu, dass durch übermässig starke

Spannung der Bauchdecken ein gesunder Darm zerreissen kann. Bunge suchte durch physikalische Experimente zu beweisen, dass die letzte Annahme unhaltbar wäre, da bei starker Anspannung der Bauchpresse jeder Darmteil von allen Seiten gleichmässig comprimiert wird. Ist aber eine Bruchpforte vorhanden, so tritt hier leicht ein Unterschied in den Druckverhältnissen auf und es treten günstige Bedingungen auf für eine Abrissruptur des Darmes. Verfasser beschreibt einen Fall, wo nach einem Bauchschuss beim Vorhandensein einer Inguinalhernie eine Darmruptur entstand, die durch die Theorie von Bunge erklärt werden kann.

S. Spassokukotzki. Ueber Neopyeloplastik als Behandlungsmethode der Hydronephrose.

Verf. empfiehlt für die conservative Behandlung grosser Hydronephrosen eine neue Operationsmethode, die er mit Erfolg in einem Falle angewandt hatte. Die Methode besteht darin, dass der Ureter mit einem schmalen Saum des Nierenbeckens herausgeschnitten wird, worauf grosse Stücke des Hydronephrosensackes reseciert und der übrig bleibende Teil des Sackes durch eine zweireihige Catgutnaht vernäht wird. Zum Schluss wird in eine Schnittwunde des neuen Nierenbeckens der Ureter implantiert. Der Verf. nennt seine Operation Pyelectomia totalis, Neopyeloplastica et Transplantatio ureteris. Zum besseren Ableiten des Urins aus der kranken Niere führte er noch zwei Drains durch das Nierengewebe bis zum Nierenbecken durch. Die Indication für diese Operation ist gegeben, wenn man über den Zustand der anderen Niere schlecht aufgeklärt ist und wenn im grossen Hydronephrosensack noch genügend functionstüchtiges Nierengewebe vorhanden ist.

B. Rokitzki: Zur Casuistik veralteter Patellarfracturen.

Verf. beschreibt einen eigenartigen Fall, wo die Patella an zwei Stellen fracturiert war, wo der Musculus quadriceps vom oberen Pol und das Ligamentum proprium vom unteren Pol der Patella abgerissen waren. Durch exacte Knochennaht gelang es vollständige Heilung zu erzielen. Beim Zustandekommen dieser Fractur müssen zwei Momente im Spiel gewesen sein: eine starke Spannung des Musculus quadriceps und ein directes Trauma des unteren Teiles der Patella.

N. Bogoras: Eine orthopädische Arthrodese des Fusses in Equinusstellung.

Bei einer Verkürzung eines Beines, die grösser ist als 8 Centimeter, kann dieselbe durch eine künstliche Equinusstellung ausgeglichen werden. Tichow hat zu diesem Zwecke eine Operationsmethode vorgeschlagen, bei welcher aus dem hinteren Teil des Os calcanei et tali ein keilförmiges Knochenstück herausgesägt wird, wonach der Fuss in Spitzfussstellung gebracht wird. Diese Methode hat von der Methode von Wladimirow-Mikulicz Einiges voraus, da bei ihr 1) die Knochenepiphysen geschont werden, 2) die sich berührenden Knochenflächen grösser sind und deshalb die sich bildende Knochenankylose fester sein wird, 3) da nach dieser Operation ein Spitzfuss entsteht, welcher dem Aussehen nach und in functioneller Hinsicht einem normalen Fuss sehr gleichkommt.

Er führt 4 Fälle an, die nach dieser Methode mit Erfolg operiert worden sind.

W. Bogoljubow: Zur Lehre von der Gynäcomastie.

Gruber unterscheidet 2 Gruppen von Gynäcomastien; bei der ersten Gruppe haben wir es mit einer Hypertrophie der Brustdrüsen bei Männern zu tun, bei welchen die Genitalorgane nichts Unnormales aufweisen; bei der zweiten Gruppe ist die Gynäcomastie mit Entwickelungsstörungen der Genitalien vergesellschaftet. Ausserdem erwähnt Gruber noch eine Pseudogynäcomastie, wobei die Brustdrüse wegen Fettablagerung vergrössert ist. Verf. beschreibt zwei Fälle, wo die vergrösserte Brustdrüse operativ entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine grosse Anhäufung von Drüsen, Entzündungserscheinungen fehlten.

Jedenfalls darf die Gynäcomastie nicht mit der Mastitis pubescentium virilis verwechselt werden.

B. Finkelstein: Zur Milzchirurgie (Fortsetzung). Ueber Neubildungen der Milz und der Milzbänder.

Die Frage über Milztumoren ist in der Literatur sowohl in klinischer als auch in pathologisch-anatomischer Hinsicht wenig ausgearbeitet worden.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Von primären Neubildungen der Milz kommen am häufigsten Sarcome, dann Angiome vor. Primäre Milzcarcinome sind nicht beschrieben worden. 2) Als Hauptsymptom eines secundären Milzcarcinoms ist das schnelle Wachstum und das Auftreten von einzelnen Knoten in der Milz anzusehen. 3) Die Behandlung kann nur eine operative sein; es ist die Splenectomie angezeigt. Die Mortalität ist den Literaturangaben nach gleich 20 pCt.

Weber.

Medizinskoe Obosrenje. 1909.

D. Grusdew: Ein seltener Fall von Adenoma ventriculi, mit Heterotypie des Epithels der Schleimhaut. (Nr. 9).

Bei einer Frau von 36 Jahren wurde in der therapeutischen Abteilung, in der sie wegen Anämie und Dyspepsie behandelt wurde, ein Tumor abdominis constatiert. In die chirurgische Abteilung kam Pat. auf Grund der zunehmenden Kachexie unter der Diagnose Carcinoma ventriculi. Hier konnte festgestellt werden, dass der im Abdomen verschiebliche Tumor sich an der hinteren Magenwand befand und von der Grösse eines kleineren Apfels war. Bei der Operation erwies es sich, dass der Tumor in der Muscularis des Magens in der Nähe des Pylorus seinen Sitz hatte. Vor der Eröffnung des Magens machte der Tumor den Eindruck eines Fremdkörpers. Mit einem Teil der Magenwand, von welcher der Tumor nicht abtrennbar war, wurde er excidiert. Der postoperative Verlauf war normal: Vom 7. Tage ab wurde die Kranke, in Anbetracht der allgemeinen Schwäche stark genährt und war nach 2 Wochen auf den Füssen. $2^1/_2$ Monate blieb sie zur Beobachtung im Hospital und wurde mit einer bedeutenden Gewichtszunahme völlig gesund entlassen. Anatomisch erwies sich die Geschwulst als von derber Consistenz und glatter Oberfläche. An einem kleinen Teil der Oberfläche war die Schleimhaut des Magens erhalten, während der übrige Teil keine Schleimhaut aufwies, so dass es den Anschein hatte, als entstamme der Tumor der Muscularis. Unter dem Mikroskop bestand der Tumor in seiner Hauptmasse aus Drüsengewebe, mit zwischengelagerten glatten Muskelfasern. Diese mit geringen Bindegewebsfasern durchzogenen Gebilde erschienen in der Geschwulst in einzelnen, von einer Kapsel aus glatten Muskelfasern begrenzten, Knoten. Das Epithel der drüsigen Partien war ein einschichtiges Cylinderepitel, wodurch die drüsigen Gebilde mit den Magendrüsen Aehnlichkeit hatte. Ausführungsgänge waren nicht vorhanden auch keine Communication mit der Magenschleimhaut. Es handelte sich um eine gemischte gutartige Neubildung: Adenomyoma im wahren Sinne des Wortes. Das den Tumor in geringer Ausdehnung bedeckende Epithel war mehrschichtig, wie im Oesophagus, aber cylindrisch, bald höher, bald weniger hoch. Die Grenze zwischen Epithel und dem darunterliegenden Bindegewebe war überall deutlich erkennbar, so dass die seltene Besonderheit des Epithels nicht zu den bösartigen Tumoren gerechnet werden kann, sondern als eine gutartige Heterotypie gedeutet werden muss.

N. Langowoi: Fremdkörper in den Atmungswegen. Casuistische Mitteilung. (Nr. 9).

Ein Knabe von 9 Jahren fieberte und litt an Husten mit stark eitrigem Auswurf. Die Mutter konnte nur angeben, dass er seit 4 Jahren krank sei, wusste jedoch keinen Grund für die Entstehung der Krankheit anzugeben. Erst die Röntgenuntersuchung, welche zur Feststellung etwaiger Bronchoectasien vorgenommen wurde, zeigte einen deutlich sichtbaren Schatten von einem metallenen Haken mit zwei Oesen. Nun erinnerte sich die Mutter, dass der Knabe vor 4 Jahren einen Paletothaken verschluckt hatte, worauf er sich zwei, drei Tage, gequält hatte. Nach einem halben Jahr hatten dann das Fieber und das eitrige Sputum begonnen. Diese Krankheitserscheinungen dauerten einige Wochen und wiederholten sich alle 3—4 Monate. Mittelst der Bronchoskopie nach Kilian gelang es Dr. Schneider den 22—23 Ctm. vom Zahnrand entfernt liegenden Haken mit einer Zange zu fassen und zu entfernen. Da die Lunge jedoch schon zu stark destruiert war, so starb der Knabe dennoch unter dyspnoischen Erscheinungen 16 Tage nach der Extraction des Fremdkörpers.

M. Resser: Ein Fall von tuberculöser Laryngotracheitis. (Nr. 9).

An der hinteren Kehlkopfwand befand sich ein Tumor, bedeckt von einer blassen, glatten Schleimhaut. Ausser einer geringen Verdickung der wahren Stimmbänder, gab es sonst keinerlei Krankheitsprocesse im Kehlkopf. Man hielt die Affection für ein Infiltrat und meinte, dass irgendwo, dem Kehlkopfspiegel unerreichbar, ein ulceröser, tuberculöser Process stecken müsse, was die in kürzester Frist zu erwartende Autopsie wohl zeigen würde. Mittlerweile hat der Kranke noch 8 Jahre gelebt und die Autopsie hat keinen ulcerösen Process zu Tage gefördert. Das Infiltrat war scharf umgrenzt und kann somit als ein Tuberculom des Kehlkopfes aufgefasst werden.

A. Kopylow: Ueber Appendicitis bei Frauen und das Rovsingsche Symptom. (Nr. 11).

K. bringt in seiner Arbeit die Krankengeschichten zweier Fälle von Pyosalpinx gonorrhoica, bei denen es Dank dem Rovsingschen Symptom beide Mal möglich war die gleichzeitige Erkrankung des Appendix festzustellen, welche unter anderen Umständen leicht hätte übersehen werden können.

I. Tschulkow: Ein seltener Fall von Scapularreiben traumatischen Ursprungs. (Nr. 11).

Physiologisch ist ein geringes Reiben hörbar, wenn der

Margo vertebralis scapulae an den Brustkorb angedrückt wird während gleichzeitig starke Armbewegungen ausgeführt werden. Pathologisch ist das Reiben, wenn es ohne besondere Manipulationen aus der Entfernung hörbar ist. Es kommt zustande: 1) durch Exostosen an den Rippen oder am Schulterblatt, die die Muskulatur zerstören, 2) infolge von Muskelatrophie, 3) bei Hygrom der Synovia. Verf. beobachtete einen Fall: ein Arbeiter war während der Kohlenanfuhr mit einem Wagonet umgestürzt und hatte dann beim Heben mitgeholfen. Es stellten sich starke Schmerzen, nahe der Wirbelsäule ein. Eine Woche darauf konnte er wieder arbeiten, doch hatte er von Zeit zu Zeit Schmerzen. Nach 8 Monaten stellte sich das pathologische Scapularreiben ein. Eine Röntgenuntersuchung liess weder eine Fractur noch sonst eine Veränderung am Skelett erkennen. Pat. wurde völlig arbeitsunfähig, da die Bewegung der Arme ihm starke Schmerzen verursachte. Dabei war ein deutliches Reiben schon aus der Entfernung zu hören. Dieser Fall ist von grosser Bedeutung für die Fabrikärzte, welche häufig in die Lage kommen entscheiden zu müssen, ob eine Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Traumas ist.

Mickwitz.

Pathologie und Therapie.

Medizinskoe Obosrenje 1909.

M. Kontschalowski: «Nierensteine und primäres Carcinom des Nierenbeckens». (Nr. 8).

Ein Carcinom, welches sich auf der Basis einer calculösen Pyelitis entwickelte. Histologisch liess sich eine grosse Zahl Carcinomperlen nachweisen, d. h. in den Zellelementen bestand eine starke Neigung zur Verhornung. Die Aehnlichkeit des Tumors mit einer Neubildung der Haut legt den Gedanken nahe, dass die Pathogenese des Tumors mit den Resten der Keimblätter in Zusammenhang stehen könnte In der Tat findet die Cohnheim-Ribbert sche Hypothese am häufigsten eine Bestätigung bei Tumoren des Harntractus. Klinisch fehlten die für diese Erkrankung als typisch beschriebenen Symptome: Schwellung, Varicocele, Schmerzen und Hämaturie waren nicht deutlich ausgeprägt. Wegen der combinierten Erkrankung und des Fehlens der typischen Symptome würde dieser Fall zu den latenten Formen (Royer) der Nierencarcinome zu rechnen sein.

W. Schmidt: «Die Sanatorien für Kinder in Windau und in Berc sur mer (Frankreich) auf Grund persönlich gewonnener Eindrücke» (Nr. 8).

Die Behandlung in den Sanatorien beider Curorte beschränkt sich fast ausschliesslich auf die möglichst intensive Ausnutzung der Seeluft. Operiert wird fast garnicht. Die Kranken liegen in den verschiedensten Stützund Extensionsapparaten. In Berc stehen den Kranken Eselswagen zur Verfügung, in welchen die Kranken liegend sich selbst kutschen und so am Strande umherfahren können. Ein wesentlicher Unterschied besteht zwischen Windau und Berc. Während in Windau, wo das Sanatorium vorzüglich geleitet wird, die Kinder durchschnittlich weniger als ein Jahr verweilen und meist nur gebessert die Anstalt verlassen, weil die Mittel zu einem längeren Aufenthalt fehlen, bringen die Kranken in Berc durchschnittlich 2 Jahre zu, einige auch 5 bis 7 Jahre. Das grosse Hospital maritime in Berc mit 2000 Betten wird von der Stadt Paris unterhalten und diese schickt alle tuberculösen, rachitischen und scrophulösen Kinder dorthin. Ausser diesem Sanatorium gibt es aber in Berc noch eine grosse Zahl Privatanstalten, so dass die Gesamtanzahl der Betten die stattliche Anzahl von 10000 erreicht. Das Sanatorium in Windau ist von der Gesellschaft für Strandsanatorien für chronisch kranke Kinder gegründet, die Zahlung beträgt 35 Rubel monatlich und die Aufnahme hängt von den Gesellschaftsärzten ab. In Windau befanden sich 70 Kinder im Alter von 7—8 Jahren. Die Verpflegung und die Behandlung, sowie die Organisation und Leitung der Anstalt ist nach Schmidt mustergiltig. Die heilsame Wirkung der Seeluft ist evident. Verf. erwähnt auch das Sanatorium Leysin in der Schweiz, das er zwar nicht besucht hat, in welchem jedoch Rollier mit der intensiven Sonnenbestrahlung glänzende Resultate erzielt.

E. Marzinowski: «Ueber Culturen des Piroplasma equi». (Nr. 9).

Verf. ist es gelungen Reinculturen von Piroplasma equi zu erhalten. Dabei beobachtete er, dass 1) beim Wachstum keine bemerkbare Veränderung des Nährbodens vor sich geht; 2) dass die Cultur nicht so reich gedeiht, wie bei Bakterienculturen dieses der Fall ist; 3) dass die Elemente des so conservierten Blutes, sowie auch die Parasiten selbst in den gefärbten Präparaten kleiner erscheinen als gewöhnlich. Neun Mikrophotogramme sind der Arbeit beigegeben, deren Beschreibung hier leider nicht wiedergegeben werden kann. Die in Aussicht genommene Impfung eines Pferdes mit einer Cultur in 3-ter Generation konnte nicht ausgeführt werden, da die Cultur unerwarteter Weise zu Grunde ging.

I. Lewinsson: «Ueber Trichophyton des behaarten Kopfteils bei Kindern und seine Verschiedenartigkeit». (Nr. 9).

L. hat sich seit 1907 mit der bakteriologischen Untersuchung des Trichophyton beschäftigt. Es hat sich ergeben, dass auch in Moskau das Mikrosporon eine häufige Form der Pilzkrankheiten des kindlichen Kopfes darstellt. Ebenso ist auch das Trichophyton violaceum in Moskau, folglich in Russland, vorhanden.

A. Kissel und A. Kraft: «Beobachtungen der Hautprobe mit Tuberculin nach Pirquet an 216 Kranken». (Nr. 9).

Die Tuberculinprobe war fast ausnahmslos in den Fällen positiv, in welchen es sich um Tuberculose handelte; dieses konnte in vielen Fällen durch die Section festgestellt werden.

M. Storoshewa: «Casuistische Mitteilung über Phenacetinvergiftung». (Nr. 9).

Im beschriebenen Fall wurden beobachtet: Dyspeptische Störungen, Uebelkeit, Erbrechen, Atemnot, Herzklopfen, Collaps, Cyanose, Zerstörung der roten Blutkörperchen in den Organen (Häemolyse kam nicht zur Beobachtung), Hypothermie (35,3°) Schwund des Bewusstseins im Anfang, später Apathie, dann psychische Erregung. Der Harn wurde links drehend, Vermehrung der gepaarten Schwefelsäuren, sowie die für Phenacetin charakteristische Reaction mit Eisenchloridlösung. Es waren 25 Gramm Phenacetin genommen worden. S. ist für die Einschränkung des freien Verkaufes des Phenacetins, da Vergiftungen häufig vorkommen. Die Kranke war nach 5 Tagen genesen.

E. Stolkind: Klinisches über den Paratyphus und Casuistisches über die Combination von Paratyphus und Masern. (Nr. 10).

Falls sich die bisher in der Literatur beschriebenen Erfolge der Serumtherapie und Prophylaxe bei Typhus bestätigen sollten, dann müsste jeder Arzt vor allen Dingen Typhus und Paratyphus streng unterscheiden lernen. Abgesehen von dem Nachweis der Typhus oder Paratyphusbacillen müssen vor allen Dingen die klinischen Symptome vorhanden sein, da Bacillen auch bei Gesunden zu finden sind. Die Agglutination konnte bei Gesunden allerdings nicht erhalten werden. Verf. beobachtete zwei Fälle. In einem Fall handelte es sich um einen Paratyphus. In der Stadt herrschte eine Typhusepidemie. Der Kranke hatte täglich Schweiss und während der ersten 9 Tage fast täglich Schüttelfrost. Temp. morgens bis 40, abends etwas niedriger. Kein Durchfall und keine Roseola. Die Serumdiagnose nach Vidal-Gruber war positiv für Paratyphusbacillen, für Typhus abdominalis negativ. Der zweite Fall betraf einen Paratyphus, zu dem sich Masern hinzugesellten.

A. Abrikossow: Megacolon bei Spina bifida occulta sacralis mit fehlerhafter Entwicklung des Rückenmarks (Nr. 10).

Verf. hat diesen Fall, bei dem der Process im Rectum den Hauptanteil an der Erkrankung hatte, gelegentlich einer Section gefunden. Am Rectum fand sich eine enorme Erweiterung des Lumens und eine erhebliche Verdickung der Darmwand. Jedes mechanische Hindernis am Anus konnte ausgeschlossen werden, der Sphincter ani war nicht voll entwickelt und der Anus klaffte. Zugleich bestand eine Spina bifida sacralis, so dass das Megacolon entschieden ein angeborenes war.

W. Walyew und G. Ssacharow: Vom therapeutischen Wert der Bierhefe bei Staphylococcen und Streptococceninfection (Nr. 10).

Um den therapeutischen Wert der Bierhefe festzustellen, haben W. u. S. untersucht, welchen Einfluss die Zerfallsproducte des Sacharomyces cerevisiae auf die Staphylococcenculturen ausüben und haben gefunden, dass dieselben in ihrem Wachstum stark beeinträchtigt werden. Um die Wirkung der Hefe bei einer Allgemeininfection zu controllieren, handelt es sich darum nachzuweisen, ob die Wehrkraft des Organismus gegen verschiedene Mikroben durch Darreichung der Bierhefe erhöht, genauer, ob die Zahl der Opsonine im Blute gesteigert werde. An normalen Hunden wurde zunächst der Opsoninindex für 24-stündige Staphylo- und Streptococcenculturen bestimmt. Dann wurden die Hunde per Schlundsonde mit frischer Bierhefe gefüttert. Nach einigen Tagen wurde dann das Serum auf den Gehalt an Opsoninen untersucht und dieser mit dem anfänglichen Index verglichen. Nach fünftägiger Fütterung stieg der Index für Streptococcen um das 1½—2 fache und für Staphylococcen um das 1½ fache. Diese Experimente ergeben, dass die Bierhefe einen nicht zu unterschätzenden therapeutischen Wert besitzt.

A. Lapschin: Von der ersten Moskauer Specialabteilung für die Behandlung von Phthisikern. (Nr. 10).

Die Anstalt besteht erst seit 3 Jahren. Verf. beschreibt die

Einrichtung und die Organisation. Fehler, welche im ersten Jahre zu Tage traten, wurden nach Möglichkeit eliminiert. Der Raummangel konnte jedoch leider nicht genügend beseitigt werden. Ferner erwiesen sich die Verpflegungsgelder als zu gering bemessen für eine forcierte Ernährung der Kranken. Das Krankenmaterial war nicht rationell ausgewählt. Wie diese Mängel in zweckentsprechende Bahnen zu lenken sein werden, darüber äussert sich Verf. nicht. Ein gut geschultes Pflegepersonal hat sich vorzüglich bewährt.

W. Katunski: Die Erkennung der Krankheiten der Verdauungsorgane mittelst der Röntgenstrahlen (Nr. 11).

Verf. beschreibt die von Holzknecht und Rieder ausgearbeitete Untersuchungsmethode der Speiseröhre und des Magens. Nach Einführung einer Bismuthsuspension und während der Einführung lassen sich auf dem Schirm die einzelnen Phasen des Schlingactes, ferner die peristaltischen Bewegungen des Magens und das Muskelspiel des Sphincter pylori deutlich beobachten. Hierbei werden Abnormitäten deutlich erkennbar und das Verfahren gestattet eine schnelle und für Arzt und Patienten mühelose Beurteilung der Verhältnisse.

W. Dewizki: Ueber Kalkablagerungen in den Nerven (Nr. 11).

Verf. hat in einem Spirituspräparat, welches er der Sammlung des pathol.-anatom. Instituts entnommen hatte, wo es unter der Bezeichnung «Laryngitis proliferans» aufbewahrt wurde, bemerkenswerte Veränderungen der Nervenfasern gefunden. Es handelte sich offenbar um einen syphilitischen Process, der bei der Ossification und Verkalkung der Knorpel keine seltene Erscheinung ist. Allein hier waren die Veränderungen an den Nerven doch ungewöhnlich. Es fanden sich Kalkablagerungen in Form von glänzenden, formierten Kugeln, sowie in amorphen feinkörnigen Massen. Bisher wurden Kalkablagerungen nur in den Ganglienzellen beobachtet, hier jedoch fanden sie sich in den Nervenfasern, ein Befund, über den Verf. in der Literatur nichts hat finden können. Photogramme der mikroskopischen Bilder sind der Arbeit beigefügt.

A. Braunstein: Das Antitrypsin und seine Bedeutung bei der Krebsdiagnose (Nr. 11).

B. hat an 42 Kranken, von denen 24 krebskrank waren, 3 an gutartigen Tumoren litten und 15 anderweitig krank waren, Versuche mit Antitrypsin angestellt und ist zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Die Reaction von Brieger und Trebing kommt durch Eiweisszerfall im Körper zustande und kann erklärt werden, durch Resorbtion des beim Zerfall frei werdenden intracellulären proteolytischen Fermentes durch das Blut. 2. Als specifisch für maligne Neubildungen kann die Reaction nicht gelten. 3. Bei frühzeitiger, klinisch nicht nachweisbarer Kachexie Krebskranker kann die Reaction als diagnostisches Hilfsmittel wohl verwandt werden. 4. Die positive Reaction gibt wenig Anhalt zu Schlussfolgerungen, eine negative Reaction dagegen kann entschieden eine Krebsdiagnose zum Schwanken bringen.

R. Schweizer: Ueber den Kampf mit der Sterblichkeit der Säuglinge im Westen.

Durch die Tätigkeit der musterhaft functionierenden, zum grössten Teil staatlichen Anstalten und Verordnungen, die die Pflege der Wöchnerin ihrer selbst wegen, aber auch des Säuglings wegen, sowie die möglichst sorgsame Pflege und Ernährung der Säuglinge in den unbemittelten Classen regeln, ist die Sterblichkeitsziffer für das Säuglingsalter bedeutend herabgesetzt. In Russland gibt es leider nur sehr wenig solcher Anstalten. Es wäre eine lebhaftere Entwickelung solcher segensreicher Einrichtungen in Russland sehr zu wünschen, da die Mortalität unter den Säuglingen hier erschreckend gross ist.

Mickwitz.

Wratschebn. Gas. 1909.

J. Finkelstein: Zur Technik der Wassermannschen Reaction. (Nr. 36).

Citron unterscheidet 6, Lesser 4 Stärkegrade bei der Untersuchung. Finkelstein hat einen kleinen Controllapparat construiert, der aus 2 gradierten Kölbchen besteht. In den Kolben X wird das zu untersuchende Serum gestellt (X-Serum + Luesantigen + Complement + hämolytisches Serum + Hammelerytrocyten), in den anderen Kolben eine Controllflüssigkeit (Luesserum + Luesantigen + Complement + hämol. Serum + Hammelerytrocyten); beide Mischungen werden in der elektrischen Centrifuge im Lauf von 5—7 Minuten centrifugiert bis in dem Controllkolben sich die Erytrocyten im engen unteren Röhrchen des trichterförmigen Kolbens sammeln und die Flüssigkeit über ihnen klar wird. Man vergleicht nun die Höhe der Erytrocytensäule in beiden Kolben: ist sie gleich hoch, so ist das Resultat = 100 pCt., ist sie im X-Kolben nur halb so hoch, wie im K-Kolben, = 50 pCt d. h. die Ablenkung des Complementes = 50 pCt. u. s. w. Bei Untersuchungen mit diesen Kölbchen liessen sich recht erhebliche Abweichungen in den Resultaten im Vergleiche mit denen nach der Citronschen Scala constatieren.

P. Filosofow: Ueber Aortenveränderungen bei Kaninchen durch Einverleibung von Hg, Zinn und Zink in die Ohrvenen. (Nr. 31, 33, 34. 35, 36).

Es erwies sich bei den experimentellen Versuchen F's, dass die Aortenveränderungen nach intravenöser Einverleibung von Quecksilber, Zinn und Zink in die Ohrvenen von Kaninchen die gleichen waren. Schon sehr früh nach wenigen Tagen konnten Veränderungen nachgewiesen werden und bestanden in der Bildung zuerst kleiner Degenerations-, dann Necroseherde der Muscularis mediae, unmittelbar unter der Intima. Nach und nach bei Ausbreitung der Necroseherde wurden auch die elastischen Fasern zerstört. Es bildeten sich kleine Einziehungen und Vertiefungen der Aorta unter dem Einflusse des Blutdruckes. Wenn der necrotische Herd tiefer im Gewebe lag, zeigte sich ein anderes Bild: durch Contractionen des den Necroseherd umgebenden Gewebes bildeten sich dann Hervorwölbungen und Unebenheiten im Aortenlumen. Ausserdem fanden sich reichliche Kalkablagerungen au den degenerierten Partien, zuerst um die elastischen Fasern, dann auch zerstreut mitten unter dem zerstörten Muskelgewebe. Ausser diesen Herden fanden sich noch andere in den Wandungen der Aorta, die vollkommen denen gleichen, die bei Adrenalinvergiftungen und unter Einwirkung ähnlicher Gifte bei Aorten von Meerschweinchen beschrieben worden sind. An den Stellen der Necroseherde bildeten sich allmählich Aneurysmen aus. Veränderungen der Vasa vasorum der Adventitia kamen nicht zur Beobachtung.

R. Turim: Ueber das Hervorrufen eines temporären Widerwillens gegen Alcohol bei chronischen Alcoholikern durch die Hirnrinde reizende Mittel. (Nr. 36).

T. wendet zur Behandlung des Alcoholismus Atropin an, das den Patienten unbemerkt in den Speisen verabfolgt wird in der Dosis von 8—12, ja selbst bis 30 Mmgramm pro die. In 100 Fällen hat T. das Mittel versucht und ist mit dem Erfolge zufrieden. Am ersten Tage erhalten die Patienten von einer Lösung Atropini sulfur. 0,06: Aq. dest. 240,0 einen Teelöffel, am 2. Tage 2 Teelöffel und so weiter bis 0,008 Atropin erreicht ist (8 Teelöffel). Bei vielen genügt diese Dosis nicht, bei starken Trinkern muss man bis 12 bis 15 Mllgr. und selbst mehr, geben. Meist hören die Patienten auf zu trinken, sobald sie im Ganzen 0,06 Atropin erhalten haben; dann wird auch mit dem Medicamente ausgesetzt. Bei Wiederholungen, wenn die Kranken wieder angefangen haben zu trinken, muss mit bedeutend stärkeren Dosen begonnen werden (0,003—0,004 (pro dosi. 2 mal am Tage). In 50 von den 100 Fällen gelang es die Alcoholiker auf kürzere oder längere Zeit vom Trinken abzuhalten. Unwirksam ist das Atropin meist bei Trinkern, die ohne Alcohol sich beständig in niedergedrückter Stimmung befinden und den Alcohol ununterbrochen als beständiges Stimulans brauchen. Contraindicationen gegen Atropin ist das Eintreten von Phantasieren.

J. Perkel: Zur Casuistik des Platzens eines Lungen-Aortenaneurysmas. (Nr. 37).

Das Interesse des vorliegenden Falles besteht hier darin, dass der in bewusstlosem Zustande ins Hospital gelieferte 58-jährige Arbeiter alle Anzeichen eines Aortenaneurysmas bot, das offenbar in die Lunge durchgebrochen war (starke Lungenblutung und Bluthusten). Ungeachtet dessen lebte er noch 18 Tage bei beständigem Bluthusten. Die Obduction zeigte, dass der Organismus sich den bestehenden Verhältnissen in weitestem Masse angepasst hatte, die äussere Aortenwand wurde an der Stelle des Risses durch Lungengewebe gebildet, eine äusserst seltene Erscheinung. In der Anamnese liess sich Lues constatieren.

J. Schatenstein: Zur Casuistik der intracraniellen Aneurysmen. (Nr. 37).

Der 8-jährige Patient klagte über leichte Kopfschmerzen und ein beständiges Geräusch im Kopf, das ihn bereits 3 Monate beständig quälte. Bei der Untersuchung liess sich leicht ein deutliches summendes Geräusch mit dem Ohr und Stetoskop an allen Partien des Kopfes nachweisen. Auf Gebrauch von Jodkali schwand das Geräusch, kehrte dann wieder, schwand wieder unter Jodkali. Das Kind war erst nach 10-jähriger Ehe geboren, war klein, schwächlich, scrophulös, rhachitisch. Keine Anzeichen erhöhten Hirndruckes.

Schiele.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

№ 13 St. Petersburg, den 27. März (9. April) 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Aus der dermatologischen Poliklinik des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna. Vorstand Prof. Dr. O. v. Petersen.

Die Röntgentherapie — Eine ungefährliche und genaue therapeutische Methode.

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. S. Bormann, Assistenzarzt.

Niemand fällt es ein, zu zweifeln, dass eine Strychninverordnung ohne genaue Dosisangabe gefährlich wäre; dass es nicht nur gefährlich, sondern ganz sinnlos wäre, eine Laparotomie zu wagen, ohne dazu speciell chirurgisch geschult zu sein. Es wird uns schon von der Universität her eingeprägt, dass der Anwendung von Arzneimitteln ein genaues Studium der Wirkungsweise derselben auf den Organismus, die Erlernung der Receptierkunst, die Kenntnis der möglichen schädlichen Nebenwirkung vorauszugehen hat, mit anderen Worten: es muss die Uebung in den Principien der Pharmakognosie, Pharmacie und Pharmakotherapie a priori stattgefunden haben.

Ausser der medicamentösen Therapie gibt es noch Behandlungsmethoden und therapeutische Eingriffe, wie Bäder, Turnen, Radfahren, Lichtbehandlung (Röntgenstrahlen) u. a., welche ganz unbegreiflicher Weise larga manu ohne jegliche wissenschaftliche Dosierung rein empirisch verordnet werden. Sind denn diese therapeutischen Methoden nicht eben solche Massnahmen wie die pharmaceutischen Präparate? Warum wird denn für dieselben nicht auch eine strenge Receptierkunst verlangt und studiert? Es ist staunenswert, dass die meisten dieser Methoden in der Gewalt eines groben Empirismus sich befinden.

Durchaus nicht selten kommt es vor, dass ein Arzt einem Herzkranken gewöhnliche oder kohlensaure Bäder verschreibt, ohne irgend welche genauen Angaben; dabei wird gänzlich vergessen, dass 3—4 überflüssige Vollbäder die Compensation stören können. Ebenso wird nicht selten als physikalische Therapie das Radfahren angeraten, natürlich wird wieder ausser Acht gelassen, dass tägliches Radfahren mit einer Schnelligkeit von 15 Werst die Stunde im Laufe eines Sommers bereits schwere, dauernde Herzschwäche herbeiführt; so haben wenigstens ernste specielle Beobachtungen gezeigt.

Ein nicht weniger leichtsinniges Verhalten ist auch der Röntgentherapie gegenüber recht verbreitet. Aus der Literatur, wie aus dem Leben ist uns zur Genüge bekannt, dass die Röntgenologen meistens die Kranken versuchsweise beleuchten, z. B. 5 oder 10 Minuten, alle 2 oder 3 oder 7 Tage, im Abstand von 15 oder 20 oder 30 Centimeter, ganz willkürlich. Die verwickelte Lehre oder, besser gesagt, Disciplin der Röntgentechnik wird einfach ignoriert. In Berlin z. B. sind die Aerzte so weit gegangen, dass sie die Röntgenseancen an ihren Patienten einer technischen Firma überlassen. In Paris werden Röntgenseancen oft von Krankenwärterinnen ausgeführt; die letzteren sind jedoch mit sehr genauen Vorschriften ausgerüstet. Bei uns in Petersburg kommt es auch nicht zu selten vor, dass einem ungebildeten Feldscherer die verantwortliche Arbeit der Lichtbehandlung anvertraut wird. Ein derartiges Verhalten den medicinischen Manipulationen gegenüber kann auch eine gewöhnliche subcutane Einspritzung gefährlich machen.

Die Röntgentherapie ist eine vollständig ungefährliche Heilmethode — natürlich nur in den Händen von Aerzten, die dazu speciell geschult sind. Das Erlernen der Methode verlangt viel Arbeit und eine gewisse Routine. Dank den technischen Vervollkommnungen der letzten Jahre muss ein Röntgenologe sich einen recht grossen Schatz von theoretischen wie praktischen Kenntnissen anlegen, dafür ist er aber im Besitz einer Technik, die er ebenso genau zu dosieren imstande ist, wie wir es tun beim Verschreiben von Strychnin, Arsenik, Morphium und anderen stark wirkenden Mitteln.

Wenn eine derartige Methode nicht existierte, so könnte man natürlich nicht von „einem siegesreichen Zug der Röntgenstrahlen reden", wie sich der Autor des Aufsatzes in Nr. 45, 1908 des Russkij Wratsch, Dr. Hesse (О вредномъ вліяніи х-лучей — Ueber die schädliche Wirkung der Röntgenstrahlen), ausdrückt. Die Principien der Röntgenbestrahlung welche in derselben Arbeit auseinandergesetzt werden, haben nichts Gemeinsames mit einer wissenschaftlichen, rationellen Do-

sierung, wie der Autor weiter sagt. Er hat den Mut, zu behaupten, dass 4 Minuten als Maximum einer Sitzungsdauer angesehen wird u. s. w. Selbst einem Nicht-Röntgenologen leuchtet es zur Genüge ein, dass die Wirkungskraft einer Seance nicht allein durch die Zeitmessung bestimmt werden kann. In einem Falle kann ich mit 4 Minuten Bestrahlungsdauer die Haut verbrennen, unter anderen Bedingungen jedoch ohne jeden Schaden, selbst ohne jeglichen Effect auf die Haut stundenlang bestrahlen. Die Wirkungskraft der Beleuchtung hängt ab von der Einrichtung des Instrumentariums, dem Härtegrad der Röhre, der Schnelligkeit des Unterbrechers, dem Röhrenabstand, dem Bestrahlungsobject und vielen anderen Factoren. Die Art zu dosieren, wie sie Dr. Hesse angibt, hat etwas ganz Willkürliches an sich, und dass dieselbe gang und gebe wäre, davon kann überhaupt nicht die Rede sein. Man hat nur die Arbeiten durchzusehen, die in den letzten Jahren im Russkij Wratsch erschienen. Dann wäre es nicht schädlich, wenn der obenangeführte Autor das recht umständliche Lehrbuch in russischer Sprache von Dr. Reschetillo kennen lernte. In diesem Buche sind ganze 25 Seiten der Besprechung der therapeutischen Dosen der X-Strahlenbeleuchtung gewidmet. In demselben Werk ist unter anderem wörtlich übersetzt die Arbeit von Prof. Kienboeck, über seine genaue Methode der Messung der X-Strahlen. Im Jahre 1907 habe ich in Nr. 1 des „Russkij Wratsch" auch in kurzen Worten über die Messungsprincipien der X-Strahlen-Seancen geschrieben.

Prof. Kienboeck hat bei der Röntgentherapie eine „Normaldosis" der Beleuchtung ausgearbeitet und festgestellt. Diese Dosis entspricht der Menge der Strahlen, die den geringsten Heileffect, welcher dem blossen Auge unsichtbar ist, besitzt. Diese Menge bewirkt z. B. auf dem behaarten Kopf einen vorübergehenden Haarausfall, ohne jegliche sichtbare Hautveränderung. Auf der unbehaarten Haut ruft dieselbe Dosis bloss mikroskopische Veränderungen hervor, nämlich eine Abschuppung und Erneuerung der oberflächlichen Epidermisschichten, eine Contraction der kleinen Hautblutgefässe und den Schwund einiger Zellen im Rete Malpighii. Nach 3—4 Wochen kehrt alles wieder zur Norm zurück. Die Kunst des Röntgenologen besteht darin, dass er mit seinem Instrumentarium zu jeder Zeit die Normaldosis zu geben imstande ist. Am verbreitetsten ist die von Holzknecht rein empirisch festgestellte Messeinheit — 1 H. 4 solche H-Einheiten machen die Normaldosis von Kienboeck aus. Diese Dosis können wir in einer Seance erhalten oder auf mehrere verteilen; das letztere ist viel schwieriger, meiner Meinung nach sogar ganz unausführbar. Vervielfältigen wir die Dosis 4 H je nach Bedarf, so erhalten wir die verschiedenartigsten, genau dosierten, therapeutischen Effecte, die bereits zur Genüge erlernt sind. Um z. B. vorübergehenden Haarausfall zu erzielen, benutze ich die obenbeschriebene normale Dosis, d. h. 4 H.

Zur Therapie des localen Juckreizes benutze ich blos 3 H. Um den Haarwuchs auf dem Gesicht gänzlich zu vertreiben, sind wenigstens 12 H nötig. Gegen die Psoriasis braucht man 6 H, gegen Lupus erythematodes 16 H, gegen Lupus vulgaris sind 14—24 H festgestellt und für ulcus rodens 14—20 H.

Ich übergehe die Details der Frage, die ausgearbeitet sind z. B. für die Bestrahlung der Schleimhäute, Geschlechtsteile u. s. w. Bei einer Dosis über 6 H erhalten wir bereits eine merkliche, individuell verschiedene Reaction; sie gibt sich kund durch eine starke Rötung, die ungefähr eine Woche anhält. 12 H rufen bereits Excoriationen hervor; die nässende, scharf abgegrenzte Fläche bedeckt sich mit einer Kruste, letztere fällt erst ungefähr nach einem Monat ab, und die beleuchtete Stelle bleibt noch einige Wochen pigmentiert. Es versteht sich von selbst, dass die Umgebung der beleuchteten Stellen geschützt werden muss mittelst Bleifolie in genügender Dicke, oder Bleigummi oder Bleiglas u. s. w., jedenfalls darf auch kein Strahl auf die gesunde, nicht zu bestrahlende Haut fallen.

Wenn sich Stimmen erheben, dass die Administration des Krankenhauses gesetzlich verpflichtet sein sollte, ihre Angestellten und Aerzte vor Röntgenschädigungen zu schützen, so ist das geradezu naiv. Die Administration hat bloss ihre Röntgenologen aufmerksam zu machen, dass sie die Technik der Röntgenologie etwas näher studieren sollten. Wer kann mich denn verpflichten, mit offener, unbedeckter Röhre zu röntgeniesieren. Die betr. deutschen und französischen Firmen bieten eine genügende Auswahl von Apparaten, die die Röntgenröhre mit impermeablem Stoff von der Umgebung decken und nur eine Oeffnung für die zu beleuchtende Stelle lassen. Dr. Hesse hätte sich nur ein paar Cataloge ansehen sollen, bevor er so etwas Umständliches, wie ein ganzes Häuschen für ein Röntgenlaboratorium proponierte. Ich erlaube mir, auf ein Stativ der Firma Hirschmann in Berlin und ein anderes von Dr. Bélot der Firma Gaiffe in Paris aufmerksam zu machen. In beiden Fällen wird die Röhre von einem Kasten aus Ebonit oder Kautschuk umgeben. Im Kasten ist eine Oeffnung vorhanden, an die ein Bleiglasscylinder befestigt wird. Der Cylinder wird auf die kranke Hautstelle gebracht, und der Kasten mit der Röhre kann in beliebiger Stellung mittelst Scharniere befestigt werden. Mithin ist die ganze Umgebung samt dem Röntgenologen ausserhalb des Wirkungskreises der Röntgenstrahlen. Man könnte mir erwidern, dass der Kautschuk immerhin nicht ganz undurchlässig für Röntgenstrahlen sei, und dass ist richtig, allein diese Strahlenmenge ist so gering, wie wir gleich sehen werden, dass man sie unbeachtet lassen kann. Bei mittlerer Röhrenhärte und 20 Centimeter Röhrenabstand erhalten wir eine Kienboecksche Normaldosis oder 4 H in circa $^3/_4$ Stunden. Das Schwarzholz-Stativ lässt höchstens 20% der Röntgenstrahlen durch; um also die Dosis von 4 H durch das Schwarzholz auf sich einwirken zu lassen, muss man nicht weniger als 3 Stunden in 20 Centimeter Abstand verbringen. Es kommt selten vor, dass ein Röntgenologe mehr als 4 Stunden täglich — wie es bei mir der Fall ist—mit dem Bestrahlen beschäftigt ist. In der Nähe des Apparates befinde ich mich bloss 3—5 Secunden zu Anfang einer jeden Sitzung, also den Tag über nicht mehr als 30 Secunden. Sobald ich den zu beleuchtenden Kranken hingelegt und das Stativ passend eingestellt habe, habe ich in der Nähe der Röhre garnichts zu schaffen. Nehmen wir an, dass ich täglich circa 30 Secunden in 20 Centimeter-Röhrenabstand mich befinde, so macht das bei ungefähr 340 Arbeitstagen im Jahre nicht einmal 1 Normaldosis jährlich aus und auch das nicht auf ein und dieselben Hautpartien. Welcher Gefahr unterziehe ich mich denn? Meine Ausrechnung ist ausserdem stark übertrieben, denn ich liess unerwähnt, dass eine zersplitterte Röntgendosis, auf eine Reihe kleiner Sitzungen mit Pausen verteilt, schon eine viel geringere Wirkung hat als dieselbe Dosis in einer Seance verabfolgt. Während der Pausen hat das Gewebe die Möglichkeit, sich von der Wirkung zu restituieren. Ich glaube logisch folgern zu können, dass ein Röntgenologe bei richtig und wissenschaftlich eingerichteter Arbeit heutzutage gar keiner Gefahr ausgesetzt ist.

Eine genauere Uebersicht der Literatur der von mir berührten Frage wäre zu zeitraubend, aber ganz kann ich sie doch nicht mit Schweigen übergeben. Am fruchtbarsten ist die deutsche und amerikanische Literatur; sie ist sehr bunt, und es ist nicht leicht, ihr gegenüber den richtigen kritischen Standpunkt zu vertreten.

Von autoritativen Werken, die vollständiges Vertrauen verdienen, kann ich bloss einige erwähnen. Vor allen Dingen das im Jahre 1907 erschienene russische Werk von Reschetillo; es ist wohl eine compilierte Arbeit, allein recht ausführlich und enthält eine Menge nützlicher Kenntnisse. Von anderen kann ich hervorheben Bélot, Béclère, Oudin und Noiré in Paris, Kienboeck und Freund in Wien, Schmidt in Berlin, Abbé in New-York und Séqueira in London. Diese Autoren genügen, um die theoretische Röntgenologie zu erlernen. Alle diese Autoren teilen unendlich viele Fälle von nützlicher und unschädlicher Wirkung der X-Strahlen mit. Die verhältnismässig seltenen Mitteilungen von zugefügtem Schaden durch Röntgenbeleuchtung fallen meistens in überlebte Zeiten, die Jahre 1904—1905. Die Literatur, welche Dr. Hesse in seiner Arbeit gesammelt, spricht auch mehr für die Unschädlichkeit der Röntgentherapie als für ihre Gefährlichkeit. Nehmen wir z. B. aus den „Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen" (B. VII, S. 217, 1904) Holzknechts (bei Dr. Hesse ist fälschlich gesagt Albers-Schönberg) Mitteilung von 44 geschädigten Fällen von 4872 Beleuchtungen. Selbst Holzknecht macht darauf aufmerksam, dass alle die 44 Fälle in eine Zeit fallen, als er noch gar keine Dosierung hatte, bis zum Jahre 1903, während im Gegenteil nach Benutzung des Holzknechtschen Radiochronometers die Schädigungen ganz wegblieben. Aus demselben Journal (Bd. IV, S. 44, 1904) führt Hesse die Arbeit Schürmayers an. Dieser Autor ergeht sich in rein theoretischen Auseinandersetzungen und gibt keinen einzigen factischen Beweis seiner Anschauungen, ausserdem datiert die Arbeit vom Jahre 1901. In dieser Art ist die ganze Literatur, die Dr. Hesse anführt, enthalten. Einige von den citierten Arbeiten sind überhaupt nicht zu finden an den Stellen, die der Autor angibt, wie die Nummern 46, 94, 95 aus dem beigefügten Literaturverzeichnis. Bis jetzt berührte ich nur die Literatur, die den klinischen Standpunkt der Frage betrifft. Eine reichhaltige Literatur behandelt die Wirkung der X-Strahlen im Tierexperiment. Leider ist es ganz unmöglich, die Schlüsse und Ergebnisse derartiger Arbeiten praktisch am Menschen zu verwerten. Die meisten Autoren geben überhaupt weder die Quantität noch die Qualität ihrer Strahlen an. Die wenigen, die diesbezügliche Angaben machen, verwenden zu den Experimenten so starke Beleuchtungsdosen, die wir in der Therapie bei Menschen zu vermeiden suchen.

Zum Schluss erlaube ich mir festzustellen, dass ich Röntgenbeleuchtungen zu diagnostischen, wie therapeutischen Zwecken ohne Dosierungsmethoden für einen Anachronismus halte; im Gegenteil, mit Hilfe der radiometrischen Apparate ist die Röntgenologie eine unschädliche und unersetzliche diagnostische wie therapeutische Methode.

Literatur:

1) Dr. Hesse. О вредномъ вліяніи х-лучей. Russkij Wratsch Nr. 45, 1908. 2) Reschetillo. Лѣченіе лучами Рентгена. 3) Bormann. О дозировкѣ при лѣченіи лучами Рентгена. Russkij Wratsch Nr. 31, 1907. 4) Bélot. Traité de radiothérapie. 5) Freund. Grundriss der Radiotherapie. 6) Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1904, 1905, 1906, 1907.

Demonstration selbsthergestellter Moulagen von Hautkrankheiten.

Vortrag, gehalten den 24. August 1909 auf dem I. Baltischen Aerztecongress in Dorpat.

Von

Privatdocent Dr. A. Paldrock.

Moulagen — colorierte Wachsabdrücke — ermöglichen es am besten, verschiedene Hautkrankheiten naturgetreu wiederzugeben, indem die geringsten Einzelheiten unverändert zur Darstellung gebracht werden, und es können sich selbst die Abbildungen von Specialatlanten nicht mit Moulagen messen.

Wenn man bei beginnender Behandlung sich von der Krankheit eine Moulage anfertigt, so ist man in die angenehme Lage versetzt, die Resultate der angewandten Therapie ständig controllieren zu können, den jeweiligen Zustand der Krankheit mit dem in der Moulage fixierten Status vergleichend.

In Moulagen fixierte seltene Hautkrankheiten versetzen ihren Inhaber in die angenehme Lage, dass er dieselben beliebig oft betrachten kann, wobei besondere Formen und Besonderheiten seltener Krankheiten sich gut dem Gedächtnis einprägen und im nötigen Falle das Erkennen seltener Fälle sichern.

Collectionen von Moulagen sind aber von ganz besonderer Bedeutung für Lernende, weil sie hierdurch auch die seltensten Krankheiten zu Gesicht bekommen.

Die mir bekannten Sammlungen von Moulagen sind von Künstlern hergestellt. Ich glaube aber nicht fehl zu gehen, wenn ich annehme, dass die Moulagen noch mehr an Wert gewinnen würden, wenn Dermatologen selbst dieselben anfertigten, weil hierbei die feinsten Charakteristiken eines jeden gegebenen Falles zur Zufriedenheit nüanciert erscheinen werden.

Das Selbstherstellen von Moulagen ist nach zwei Richtungen hin vorteilbringend: erstens vervollkommnet sich der Scharfblick des aufmerksam Arbeitenden, welcher jede feinste Einzelheit bei der Erkrankung studieren muss, um sie richtig in der Moulage wiedergeben zu können, und zweitens lässt sich auf diese Weise mit verhältnismässig geringen Unkosten — denn gut hergestellte Moulagen sind sehr teuer — eine wertvolle Collection beschaffen.

Erlauben Sie, dass ich jetzt zur näheren Erläuterung der Herstellung meiner Moulagen schreite. Zunächst macht man einen Gipsabdruck — Negativ — von der wiederzugebenden Erkrankung. Das Negativ dient als Form, in welche eine Wachsmischung hineingegossen wird und welche nachher das Positiv — den genauen Abdruck der Erkrankung — ergibt.

Fetter, vor längerer Zeit gebrannter, nicht, gestossener, sondern mit Maschinen pulverisierter Gips ist am besten verwendbar. Als fett wird der Gips bezeichnet, wenn er mit Wasser angerührt klebrig wird und an den Fingern gut haftet, und diese Eigenschaft behält er nach dem Brennen nur dann, wenn er so aufbewahrt worden ist, dass er keine Feuchtigkeit von der Luft hat absorbieren können.

Die Stelle, welche als Moulage wiedergegeben werden soll, wird sorgfältig mit einer dünnen Schicht Vaselinöl bestrichen und so placiert, dass man von ihr einen Gipsabdruck machen kann. Dann schreitet man zum Anrühren des Gipses.

Zunächst giesst man etwas lauwarmes, destilliertes Wasser in eine Tonschale und schüttet dann den Gips hinein, so dass derselbe eine kegelförmige Erhebung über dem Wasser bildet. Dann beobachtet man genau, wie die Feuchtigkeit vom Gips angezogen wird, von der Basis des Kegels sich zur Spitze hin be-

wegend. Nach Bedarf füllt man Wasser in die Schale nach, so lange, bis der Gipfel des Kegels auch von der Feuchtigkeit ergriffen ist. Jetzt muss der Gips sofort mit einem Löffel angerührt und gebraucht werden. Wird der Gips zu fest angerührt (zu wenig Wasserzusatz), so wird er schnell hart und ist schwer verwendbar. Zu reicher Wasserzusatz macht den angerührten Gips hell; derselbe verdickt sich langsam und wird nicht genug hart. Der richtig angerührte Gips wird alsdann auf die mit Vaselinöl vorbereitete erkrankte Stelle gegossen. Seine Tendenz, sich auszubreiten, unterstützt man mit dem Löffel, bis die ganze gewünschte Fläche mit der Gipsmasse bedeckt erscheint. Man bittet alsdann den Patienten, fünf bis zehn Minuten unbeweglich in der Anfangsstellung ruhig zu verharren und sich nicht über die im erstarrenden Gips sich entwickelnde Hitze aufzuregen. Nachdem der Gips erstarrt ist, versucht man vorsichtig einen Rand der Form ein wenig von der Haut abzuheben, damit Luft unter die Form dringen kann. Dieselbe Procedur wiederholt man dann an verschiedenen Stellen und versucht zum Schluss die ganze Form abzuheben. Die abgehobene Form versenkt man in 40° warmes Wasser, in welchem sie so lange verbleibt, bis die Wachsmischung zum Guss fertig gestellt ist.

Wenn ein Abdruck vom Gesicht gemacht werden muss, wobei der Patient Augen und Mund zu schliessen hat, so müssen ihm Gummischläuche in die Nasenlöcher eingeführt werden, um ihm das Atmen durch die aufgetragene Gipsmasse möglich zu machen.

Sehr behaarte Teile ist es ratsam stark einzufetten und mit einer Fettschicht zu bedecken, damit der Gips des Negativs nicht an ihnen haften bleibt.

Will man einen Abdruck eines ganzen Körperteiles haben, so muss man sich der Seidenfäden bedienen. Diese legt man auf den eingeölten Körper und bedeckt dann das Ganze mit angerührtem Gips. Wenn der noch weiche Gips nicht mehr an den Fingern klebt, so ist der Zeitpunkt gekommen, wo man den Seidenfaden an seinen beiden Enden zu fassen hat und ihn, sägende Bewegungen ausführend, durch den Gips so zieht, dass er die Form durchschneidet. So wird die Form des Negativs in mehrere Stücke geteilt. Man wartet noch ab, bis der Gips ganz erstarrt ist, und kann dann die einzelnen Stücke der Form leicht von der erkrankten Stelle abheben und sie wieder, nachdem sie zusammengefügt worden sind, mit Gips verschweissen.

Fünf Teile weissen Wachses und ein Teil terebinth. veneta werden auf einem Wasserbade so lange erwärmt, bis die ganze Masse flüssig geworden ist und durch Umrühren gut durchgerührt werden kann. Um der Masse die der abzubildenden Körperstelle gleiche Verfärbung zu geben, setzt man nach Notwendigkeit Kremserweiss, Krapplack oder Karmin-Zinnober und Ocker hinzu, längere Zeit die ganze Mischung durchrührend, so dass die zugesetzten Farben sich gleichmässig in der Wachsmischung verteilt haben. Als Probe lässt man von Zeit zu Zeit Tropfen der Mischung auf einem Papierstück erstarren und schreitet zum Guss, wenn der erstarrte Tropfen das gewünschte Colorit zeigt. Die aus dem Wasser geholte Gipsform wird sorgfältig durch Tupfen abgetrocknet, — denn Wischen könnte Einzelheiten der Form beschädigen — vermittelst eines Pinsels mit einer dünnen Vaselinölschicht bedeckt und mit nassen Tüchern die ganze Aussenfläche der Form eingehüllt, so dass ihre Ränder einige Centimeter die Form überragen. Alsdann wird die fertige flüssige Wachsmasse vorsichtig in die Form gegossen, so dass keine Luftblasen entstehen und gleich die ganze Fläche des Negativs durch die Wachsmasse bedeckt wird. Durch beständiges Neigen nach verschiedenen Seiten hin verteilt man die flüssige Wachsmasse gleichmässig über die ganze Fläche und wartet dann einige Minuten, bis die Masse gut erstarrt ist. Dann versenkt man das Ganze in ca. 20° warmes Wasser und belässt es dort ungefähr eine halbe Stunde. Hiernach lässt sich gut das Positiv aus dem Negativ herausnehmen. Man entfernt vom Positiv etwaige anhaftende Gipsstückchen, gleicht sonstige Fehler aus und schreitet zum Bemalen des Positivs. Ich bediene mich der Oelfarben, dieselben mit reinem Terpentin mischend. Ausser den schon genannten Farben gelangten zur Verwendung: Brillantgelb, hell und dunkel, Fleischocker, gebrannter Goldocker, gebrannter dunkler Ocker, helles Chromgelb, Kobaltblau und Neapelgelb rötlich.

Gebrauchte Pinsel müssen gleich nach beendigter Arbeit mit Terpentin und lauwarmem Seifenwasser ausgewaschen werden.

Die Anwesenheit des Kranken als Modell beim Bemalen der Moulage ist unerlässlich. Um Glanz hervorzubringen, nehme man Spirituslack oder Firnis. Bei nichtinfectiösen Krankheiten versuche ich, die Schuppen nicht durch Malen nachzubilden, sondern nehme die Schuppen direct vom Patienten. Natürliche Haare können vermittelst einer Nadel in die fertige Moulage hineingestochen werden. Fertige Moulagen müssen an einem kühlen, nicht dem Sonnenlichte ausgesetzten Orte aufbewahrt werden, nachdem sie mit Nägeln auf Brettchen geheftet und mit Zeug umrandet worden sind.

Referate.

A. Dienst: Zur Therapie der Eclampsie. Centralbl. für Gynäkologie. 1909. Nr. 50.

D. fasst die Eclampsie als eine durch eine Ueberschwemmung des Blutkreislaufs mit Fibrin verursachte Erkrankung auf. «Fibrinfäden» führen im circulierenden Blut zu circulatorischen Störungen: zur Thrombose mit nachfolgender Nekrose des Parenchyms, besonders des Lebergewebes, so dass die Leber ihre entgiftende Function nicht erfüllen kann. Eine abnorm reichliche Fibrinbildung im Blut bei der Eclampsie kann deshalb erfolgen, weil die Fibringeneratoren, d. h. das Fibrinogen und das Fibrinferment im Uebermass vorhanden sind. Dazu werden gleichzeitig grössere Mengen von Kochsalz im Blut im Vorstadium der Eclampsie retiniert. Das Fibrinogen ist im convulsiven Stadium der Eclampsie im Blut gegenüber normaler Schwangerschaft vermehrt. Beide Substanzen werden durch eine mit dem Schwangerschaftszustand physiologischerweise zusammenhängende, aber bei der Eclampsie besonders hochgradige Hyperleukocytose als physiologische Zerfallsproducte der Leukocyten erzeugt. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, empfiehlt D. folgende diätetische Massnahmen: eiweissarme Kost, kochsalzarme Nahrung, jeglicher Zusatz von Salz zu den Speisen ist untersagt, kochsalzreiche Nahrungsmittel sind auszuschalten. Bei ausgebrochener Eclampsie ist nicht nur eine schnelle und möglichst schonende Entbindung, sondern auch noch eine möglichst schnelle Entfernung der Placenta am Platz, damit nicht das in ihr etwa noch aufgespeicherte Fibrinferment in den allgemeinen Kreislauf gelangen kann. Das schnellste und ungefährlichste Verfahren ist der Dührssensche oder Bummsche vaginale Kaiserschnitt. Von der Erwägung ausgehend, dass chemische Substanzen (Hirudines) imstande sind, das Fibrinferment der Placenta zu lösen, hat Dienst bisher nur in einem Fall mit eclatantem Erfolg Hirudin verabfolgt: 2 Milligramm mit 50 Cbcm. steriler Kochsalzlösung intravenös; subcutane Injection blieb erfolglos. Ueber diese neue Behandlungsmethode wird D. nächstens genauer berichten.

Lingen.

Goldscheider. Ueber die physikalische Frühdiagnose der Lungenschwindsucht. Zeitschrift für klinische Medicin. Band 69, Heft 3 und 4.

Erörterung der vom Verfasser angegebenen Methode der Lungenspitzenpercussion an der Hand sehr eingehender Schilderung der topographischen Verhältnisse — speciell der Lungenspitzen. In sehr vielen Fällen wurden die Ergebnisse seiner Percussion durch röntgenologische Untersuchung von Levy-

Dorn bestätigt. Die leise Percussion lässt Dämpfungen besser erkennen als die gewöhnlich geübte. Auf die Lungenspitzen trifft man am besten zwischen den beiden Köpfen der Sternocleidomastoidei, doch auch nur mit leiser Percussion, wenn nicht auch darunterliegende Abschnitte erschüttert werden sollen. Sehr überschätzt wird nach Goldscheider der physikalische Befund in der Gegend der Fossa supraspinata. Sehr wichtig ist dagegen die Percussion der Achselhöhle. Besonders betont wird die Tatsache, dass nicht die Qualität des Schalles sondern die Unterschiede der Schallstärke für die Beurteilung des Zustandes massgebend sind.

Herxheimer und Kohl. Adams-Stokesche Krankheit und Atrioventricularbündel Deutsches Archiv für klinische Medicin. Band 98. Heft 4—6.

Analyse eines klinisch und anatomisch studierten Falles von Adams-Stokescher Krankheit, bei dem anfänglich die Schlagfolge der Atrien um ein 3—4-faches die der Ventrikel übertraf, in späteren Stadien jedoch die Schlagfolge der Vorhöfe und der Ventrikel gleichmässig, und zwar bei beiden langsam erfolgte und bei dem anatomisch eine wahrscheinlich auf luetischer Basis entstandene bindegewebige Entartung des linken Schenkels des Hisschen Bündels, gleichzeitig aber auch degenerative Veränderungen am linken Vagus festgestellt werden konnten. Auf diese Veränderungen wollen die Verfasser die Verlangsamung der Atriumschlagfolge zurückführen.

Straub. Versuche über die Wirkung medicinaler Strophantingaben auf künstlich erniedrigten Blutdruck. Therapeut. Monatshefte. März. 1910.

Die vom Verfasser gewonnenen Resultate veranlassen ihn zu folgenden Schlüssen: bei den Eingriffen, die am Splanchnicusgebiet den Blutdruck auf eine stationär bleibende Tiefe drücken, ist mit Strophantindosen keine Steigerung des Blutdrucks zu erzielen. Geringe Steigerung tritt bei Herabsetzung des Blutdruckes durch Aderlass auf. Das spricht jedoch nicht gegen die Resultate der ersten Gruppe, da bekanntlich selbst nach grösseren Aderlässen der normale Blutdruck sich im Laufe der Zeit wiederherstellt. So erwies sich Strophantin in medicinalen Dosen auch dann ohne Wirkung auf den Blutdruck, wenn dieser durch isolierte Lähmung des Splanchnicusgebietes künstlich tief gehalten wurde.

Brasch. Beobachtungen am fiebernden Diabetiker. Deutsches Archiv für klin. Medicin. Band 97. Heft 5 u. 6.

Fieberhafte Erkrankungen können die Glycosurie bei Diabetes mellitus nach verschiedenen Richtungen hin beeinflussen, und zwar ist es nicht die Art der fieberhaften Erkrankung, die entscheidend auf das Verhalten der Zuckerausscheidung wirkt, sondern die Schwere der diabetischen Erkrankung. In unzweideutiger Form zeigte es sich, dass die Wirkung bei leichten Fällen von Diabetes sich im Sinne einer Verminderung äussert, schwere Formen von Diabetes zeigten unter Einwirkung einer fieberhaften Erkrankung eine Steigerung der Glycosurie und der Acetonurie. Einzelne hierher gehörende Fälle waren dadurch charakterisiert, dass zwar während des Fiebers eine Aenderung der Zuckerausscheidung wahrzunehmen war, der weitere Verlauf der Infection jedoch den ungünstigen Einfluss des Fiebers erkennen liess.

Königsfeld. Zur Klinik und Pathogenese der Lävulosurie beim Diabetes mellitus. Zeitschrift für klinische Medicin. Band 69. Heft 3 u. 4.

Die Analyse der einschlägigen Literatur und der drei sorgfältig beobachteten Fälle führt den Verf. zu folgenden Schlüssen. Die meist durch reichlichen Genuss von Alkalien entstandene alkalische Reaction des Urins wandelt einen Teil der Dextrose in Lävulose um — «urinogene Lävulosurie»; dabei ist die Assimilationsfähigkeit für Lävulose nicht herabgesetzt. Es soll ferner die Hypacidität des Magensaftes und die Hyperalkalescenz des Darmsaftes dadurch, dass die Leberzellen durch eine Zuckerintoxication in ihrer Function, die Lävulose in Glycogen umzuwandeln, gestört sind, eine Lävolosurie herbeiführen können; bei dieser Form wäre die Assimilationsfähigkeit des Organismus für Lävulose herabgesetzt. Sowohl bei lange bestehendem leichtem Diabetes als auch bei nur kurze Zeit bestehendem schwerem Diabetes kann es zu einer Zuckerintoxication der Leberzellen kommen. — Es ergibt sich daraus auch die praktische Folgerung, dass die Polarisationsbestimmung bei Untersuchungen diabetischer Urine zu falschen Schlüssen führen kann; speciell beim Gebrauch eines Mineralwassers wird bei der Untersuchung des Urins die Lävulosuriebestimmung und die quantitative Gärungsbestimmung einwandfreie Resultate ergeben.

Gumpert. Ueber Jodomenin bei Arteriosclerose. Die Therapie der Gegenwart. Februar. 1910.

Die von Romberg geäusserte Ansicht, dass die Jodsalze wahrscheinlich auf die Beschaffenheit des Blutes einwirken, konnte später von Ottfried Müller und Inada, die die Einwirkung des Jodgebrauchs auf die Viscosität des Blutes nachgewiesen haben, bestätigt werden. Die Nebenwirkungen der sonst am besten verwendbaren Jodträger, des Jodkalium und des Jodnatrium, machten sich gerade bei der Arteriosclerose unangenehm bemerkbar. Die Anwendung der Verbindung von Jodwismut und Eiweiss, des Jodomenin, scheint den Erwartungen vollkommen zu entsprechen; in 35 Fällen zeitigte es sehr gute Erfolge, die sich nicht allein in der Abnahme der subjectiven Beschwerden, sondern auch im objectiven Befund äusserte. Für die Statistik wurden nur Fälle verwendet, bei denen die Beobachtungsdauer mindestens 2 Monate betrug. Nur in einem Fall — bei einer 60-jährigen Patientin — stellten sich Nebenerscheinungen in Form einer Coryza ein. Das Mittel soll in Dosen von 3—6 Tabletten pro Tag durch längere Zeit hindurch — nach Huchard mit Unterbrechungen von 8—14 Tagen genommen werden.

Schless, Marienbad.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. Heinrich Vogt. Die Epilepsie im Kindesalter. Berlin. 1910. Verlag v. S. Karger.

Vogt gibt auf 225 Seiten ein Bild der Epilepsie im Kindesalter, das prägnant und deutlich, in Kürze und Uebersichtlichkeit so vollkommen ist, dass es wert ist, von jedem Praktiker genau studiert zu werden. «Nicht nur unsere Kenntnisse selbst von diesen frühzeitigen Defectzuständen haben sich in den letzten Jahren nicht unwesentlich vertieft, sondern wir sind von den verschiedenen Seiten her auch zu einer viel intensiveren Bewertung dieser Defectzustände im klinischen, im socialen, erzieherischen und strafrechtlichen Sinne gekommen!» «Ein unverhältnismässig grosser Procentsatz auch der Epilepsien der Erwachsenen reicht mit den Wurzeln in die Kindheit und Jugend zurück». Das vorliegende Werk gibt so auch ein Bild der Epilepsie der Erwachsenen in sehr vollkommener Weise. Eine eingehende Schilderung der Ursachen und Anfänge der kindlichen Epilepsie, eine klare und eingehende Beschreibung des allgemeinen Symptomenbildes führen zur Differenzierung der organisch bedingten von der sog. genuinen; das Verhältnis der Spasmophilie zur Epilepsie wird prägnant geschildert; die tuberöse Sclerose, die Epilepsie auf syphilitischer Basis, als Folge der hereditären Lues, die hydrophobische Epilepsie werden in besonderen Capiteln geschildert; die schwierige Unterscheidung zwischen Hysterie und Epilepsie wird eingehend erörtert. Im 4. Capitel wird die Therapie besprochen. Die chirurgische Therapie, die Stoffwechseltherapie, die medicamentöse und allgemeine zeigen, dass an so manchen Punkten recht sehenswerte Fortschritte zu verzeichnen sind. «Hier erweitern sich ohne Frage allmählich die engen Grenzen, und wenn auch das vorliegende Buch nicht von dem Standpunkt eines blinden Enthusiasmus für therapeutische Erfolge geschrieben ist, so ist es auch nicht von dem heute keineswegs mehr berechtigten Standpunkt aus in Angriff genommen, dass die Epilepsie ein Schandfleck der Therapie sei». Auf psychischem Gebiet sind auch von der Epilepsie her die Grenzzustände von ganz besonderer Bedeutung geworden; manches, was auf diesem socialtheoretisch, unterrichtlich und strafrechtlich so actuellen Gebiete uns beschäftigt, wird in den betreffenden Capiteln hell ins rechte Licht gestellt.

Es wird gezeigt, wie die Untersuchung der Fürsorgezöglinge der jugendlichen Kriminellen, der Hilfsschüler interessante Beiträge liefert für die Vertiefung unserer Kenntnisse der jugendlichen Epilepsie und speciell der durch sie veranlassten psychopathischen Grenzfälle.

Die Literatur dieses gewaltigen Gebietes wird genau berücksichtigt. Eigene Krankengeschichten beleben und heben die Darstellung.

Das eingehende Studium dieses Werkes sei warm empfohlen.

Ed. Schwarz.

Emil Abderhalden: Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden. Band I. Allgemeiner Teil. Erste Hälfte. Preis M. 18.— und Band II. Specieller Teil. Erste Hälfte. Preis M. 18. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1909.

Zweck des vorliegenden Handbuches ist es, die wichtigsten, vor allem die bewährtesten chemischen Arbeitsmethoden zu-

sammenzustellen und sie derart ins Detail hinein zu schildern, dass auch dem in chemischen Arbeiten wenig Geübten es möglich wird, neue Methoden ohne fremde Hilfe beherrschen zu lernen. Um diesen Zweck zu erreichen, hat es der Herausgeber unternommen, für die Bearbeitung der einzelnen Fragen immer die Forscher zu gewinnen, die durch Arbeiten in den betreffenden Gebieten sich besonders hervorgetan haben. Damit ist natürlich eine überaus exacte Behandlung jedes einzelnen Themas gewährleistet und ist es vermieden worden, dass Methoden von Autoren geschildert werden, die vielleicht nur selten oder garnicht die Gelegenheit gehabt haben, dieselben selbst zu prüfen. Speciell ist in dankenswerter Weise auf die Leistungsfähigkeit der einzelnen Methoden aufmerksam gemacht, ein Umstand, der bei der Fragestellung eines Versuches für medicinische Chemiker besonders wichtig ist. Mit wirklich erschöpfender Vollständigkeit ist gleich der erste Abschnitt «Allgemeine chemische Laboratoriumstechnik» von R. Kempf geschrieben, in dem mit ganz hervorragender Klarheit die Anwendungsweise und Construction eines jeden für chemische Laboratorien in Frage kommenden Apparates geschildert wird. Das Handbuch sei hiermit wärmstens empfohlen.

E. Koch.

L. Aschoff. Pathologische Anatomie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, bearbeitet von: E. Albrecht, L. Aschoff, M. Askanazy, H. Beitzke, M. Borst, A. Dietrich, P. Ernst, B. Fischer, E. Gierke, L. Jores, R. Kretz, O. Lubarsch, O. Naegeli-Naef, M. B. Schmidt, H. Schridde, E. Schwalbe, M. Simmonds, C. Sternberg, herausgegeben von L. Aschoff. 2 Bände. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1909. Preis M. 22.50.

Der Gedanke, zur Abfassung eines Lehrbuches eine Anzahl von Gelehrten heranzuziehen, ist neu, aber heute als durchaus zweckmässig zu bezeichnen, wo von einem Universalwissen beim einzelnen überhaupt nicht die Rede sein kann. Wenn die Darstellung jedes Capitels dem Forscher in die Hände gegeben ist, der in dem Specialgebiet gearbeitet hat und den Stoff vollkommen beherrscht, so kann das Ganze nur gewinnen, selbst auf die Gefahr hin, dass die Einheitlichkeit der Darstellung dabei verliert. Die pathologische Anatomie hat in jedem ihrer Capitel Beziehungen zu Disciplinen der Naturwissenschaften gewonnen, deren eingehende Kenntnis in letzter Zeit vielfach neue Gesichtspunkte für das Verständnis des pathologischen Geschehens eröffnet hat.

Unleugbar hat die Kenntnis dieser Hilfswissenschaften einen einschneidenden Einfluss auf die Bearbeitung des betreffenden Stoffes, die hohen Wert für den Lernenden in der Darstellung des Forschers gewinnt, der aus eigener Erfahrung dem Stoff die Klarheit und Lebendigkeit verleiht, wie sie aus dem Studium der Literatur nie gewonnen werden kann. Wenn sich dabei Widersprüche finden in den Anschauungen pathologischer Processe, so sollte dadurch das Buch für den denkenden Leser gewinnen und ihn zum Nachdenken und Weiterforschen anregen.

Wenn wir somit das Erscheinen eines solchen Lehrbuchs gutheissen, so können wir auf die Aufzählung der Verfasser der einzelnen Capitel hier verzichten, da wir ihrer schon oben Erwähnung getan, allein auf die Einteilung des Stoffes und einzelne Capitel sei es uns gestattet, etwas näher einzugehen, damit dem Interessenten das Werk näher gerückt werde.

Während der erste Band die allgemeine Aetiologie und die allgemeine pathologische Anatomie enthält und mit 364 grossenteils farbigen Abbildungen versehen ist, gibt der zweite Band die specielle pathologische Anatomie mit einer lithographischen Tafel und 552 Abbildungen. Wie man schon aus der Zahl der Abbildungen ersieht, ist das Werk glänzend ausgestattet, aber auch die Ausführung derselben, wie die ganze übrige Ausstattung, ist eine ganz vorzügliche.

Die allgemeine Aetiologie wird durch das Capitel der inneren Krankheitsursachen von Eugen Albrecht eingeleitet, das, von dem philosophischen Geist des zu früh dahingeschiedenen Forschers durchweht, eine Fülle neuer Gedanken bietet und von der gründlichen Kenntnis der Entwickelungsgeschichte und Entwickelungsmechanik zeugt.

In dem zweiten Capitel gibt uns Askanazy eine erschöpfende Darstellung der äusseren Krankheitsursachen, unter denen zumal auch die Wirkung solcher Gewalten eine eingehende Schilderung erfährt, die erst in neuerer Zeit durch die Fortschritte der Technik in den Vordergrund gerückt sind, wie der Einfluss hochgespannter elektrischer Ströme der Röntgen- und Radiumstrahlen. Als Anhang zu den chemisch-toxischen Momenten werden die Autointoxicationen und die wichtigen Fragen der Organcorrelationen oder der sog. inneren Secretion behandelt.

In der speciellen pathologischen Anatomie finden wir jedem Capitel eine knapp gefasste Schilderung der Entwickelungsgeschichte des zu behandelnden Organs oder Organsystems, sowie die wichtigsten Daten über normale Anatomie, Histologie und Physiologie vorausgeschickt.

Der Preis des Werkes ist für den Umfang und die Ausstattung des Werkes ein mässiger.

Ucke.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1379. Sitzung am 11. Januar 1910.

I. Vor der Tagesordnung demonstriert Kernig eine Patientin mit infectiöser eitriger Myositis.

Patientin trat am 29. December 1909 ins weibliche Obuchowhospital ein mit Klagen über Schmerzen hauptsächlich im linken Unterschenkel, aber auch in beiden Oberarmen und im linken Oberschenkel. An diesen Stellen liessen sich in den Muskeln tiefliegende Infiltrate palpieren. Zu diesen 4 gesellte sich noch im Laufe des Hospitalaufenthaltes ein 5. Infiltrat am linken Unterarm. Bei der Aufnahme fand sich ausserdem am rechten Oberschenkel dicht unter der Leiste ein Furunkel, dessen Köpfchen bereits abgefallen war, und aus dem sich kein Eiter entleerte. Nach einigen Tagen hatte sich unter dem Furunkel ein wallnussgrosser subcutaner Abscess gebildet; dieser wurde am 2. Januar 1910 eröffnet; es entleerte sich schmutziger, rahmartiger, nicht hämorrhagischer Eiter; die Culturen aus dem Eiter ergaben den Staphylococcus albus. Der Furunkel war aufgetreten etwas vor Beginn der ganzen Krankheit, am 15. December 1909, welche sich anfangs als Muskelrheumatismus in den Armen und dem linken Beine repräsentierte. Die Gelenke waren und sind vollkommen frei. Es bestand leichtes Fieber, bis 38,4. Die Temperatur steigt jetzt nur bis 37,3 und 37,4. Die Infiltrate an den Oberarmen wuchsen weiter und gaben nach einigen Tagen eine Entzündung des Unterhautzellgewebes. Am 5. Januar 1910 wurde am rechten Oberarm punctiert und eine Spritze voll nicht hämorrhagischen Eiters gewonnen, aus welchem ebenfalls der Staphylococcus albus gezüchtet wurde. Das Infiltrat am linken Oberarm geht zurück, ebenso wie das im linken Oberschenkel. Ausser diesen 5 Infiltraten sind mit Ausnahme einer leichten Milzschwellung keine anderen Organerkrankungen nachzuweisen, vor allem keine Spur von Endocarditis. Der Urin ist normal. Klinisch repräsentiert sich also das Bild als selbständige, reine Muskelerkrankung, während es ätiologisch als leichte Form der Pyämie, ausgehend vom Furunkel, anzusehen ist.

Dies ist der 3. Fall, den Redner in dieser reinen Form zu sehen bekommt, derartige Fälle müssen also eine grosse Seltenheit sein. Im ersten seiner Fälle, den er erst im Ausgange der Erkrankung sah, bestand anfangs Verdacht auf eine Vergiftung durch Austern; es bestanden multiple Muskelinfiltrate, welche nicht vereiterten. Der zweite Fall hatte eine ganz unklare Aetiologie und bot eine Reihe von Muskelinfiltraten, von denen jedoch kein einziges offen abscedierte; der Verlauf zog sich über einige Monate hin, und es hinterblieben Narben in der Muskulatur der Ober- und Unterschenkel, welche noch bis heute das Gehen, besonders das Treppensteigen, behindern.

Discussion:

Wladimiroff fragt nach dem Berufe der Patientin. Vielleicht haben Muskeltraumata stattgefunden, denn sonst wäre die Localisation des infectiösen Stoffes in einzelnen Herden nicht zu begreifen.

Kernig: Patientin war Dienstmagd. Traumata lassen sich nicht nachweisen. Lorenz führt in seiner Monographie über Myositis (Nothnagels Handbuch, Band XI) Muskelüberanstrengung als Localisationsgrund an.

Zeidler: Zwischen primärer Myositis und secundärer Infection muss streng unterschieden werden. Nach Panaritien und Furunkeln sieht man verhältnismässig häufig multiple Metastasen in den Muskeln. Es handelt sich im demonstrierten Falle nicht um eine primäre Myositis, sondern um eine secundäre eitrige Myositis vom Furunkel her.

Michelson beobachtete eine Patientin, welche an einer Psychose litt, sehr stark erregt war, die Nahrung verweigerte, einige Tage lang künstlich gefüttert werden musste, daher zu dieser Manipulation und auch sonst im Bette festgehalten wurde. Es bildete sich ein scharlachartiges Exanthem fast über den ganzen Körper, die Temperatur war subfebril, und 3 Wochen nach Beginn der Psychose entstand beiderseitige Parotitis, welche rasch in Eiterung überging. Nach Spaltung der parotitischen Abscesse bildeten sich schubweise

im Abstand von je 1 Woche unter starkem Temperaturanstieg 2 grosse Infiltrate, zuerst im linken m. glutäus maximus und dann im rechten m. vastus medialis. Beide abscedierten in wenigen Tagen und mussten gespalten werden. Redner hatte den Eindruck, dass beide Muskelabscesse an den Stellen sich etablierten, welche bei der oft sehr unruhigen Patientin von den Händen der Pflegerinnen gedrückt oder durch Stösse gegen den Bettrand traumatisiert worden waren.

Henking: Es gibt primäre Myositiden nach enterogener Intoxication, wie Wurstvergiftung. 2 solcher Fälle sind ihm bekannt. Unter hohem Fieber bildeten sich multiple Muskelschwellungen, welche nach 6–7 Wochen resorbiert wurden.

II. Westphalen hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber den derzeitigen Stand der Therapie des uncomplicierten ulcus ventriculi.

(Wird in den Verhandlungen des Congresses russischer Therapeuten zu Moskau im December 1909 gedruckt werden).

Discussion:

Zeidler erstattete auf dem Congresse zu diesem Vortrage das Correferat über die chirurgische Behandlung des Magenulcus. Die Discussion über dieses Thema ergab wenig. Man einigte sich darüber, dass das uncomplicierte Ulcus dem Internisten gehört, das complicierte dem Chirurgen. Hingegen wurden die Indicationen wenig berührt dafür, ob ein Ulcus zu exstirpieren ist oder nicht, ob bei Blutung operiert werden soll oder nicht. Spasso-Kukotzki plädierte für Resection.

Kernig: Meine seit vielen Jahren durchgeführten Behandlungsprincipien beim Magengeschwür sind folgende: 1) Gegen die Acidität Karlsbader Wasser resp. im Hospital Sodalösung, welche dasselbe leistet, da das Karlsbader Wasser als solches nichts Specifisches darstellt, sondern ebenfalls nur säurebindend wirkt. 2) Bei Blutung ein Eisbeutel auf das Epigastrium. Unter der Eisbehandlung verheilt das Geschwür ebenso gut wie unter Leubes Kataplasmen. Es sind also Zweifel berechtigt, besonders nach den Bierschen Untersuchungen, wie weit Wärme- resp. Hitze oder Kälteapplication von Bedeutung sind. 3) In den ersten Tagen absolutes Hungern. 4) In jedem Falle Bettruhe. — Wenn Spasso-Kukotzki angibt, dass in gewissen Gegenden Russlands das Magengeschwür häufiger beobachtet werde, so muss ich nach dem Material des Obuchowhospitales behaupten, dass es bei der Petersburger russischen Bevölkerung immer noch eine grosse Seltenheit ist.

Albanus: Seit 15 Jahren bin ich an der Zusammenstellung des Jahresberichtes für das weibliche Obuchowhospital beteiligt. Auf ca. 17 Tausend stationäre Patientinnen kommen pro Jahr 3–7 Fälle mit Magengeschwür, nur in einem Jahre 11 Fälle. Die Fälle sind alle nach Leubes Schema mit kleinen Modificationen behandelt worden und ausgeheilt. Die Lenhartzsche Methode anzuwenden, wurde nicht riskiert.

Zeidler: Die Eisbehandlung des Ulcus widerspricht nicht den Bierschen Anschauungen, denn nach ihm geben sowohl Kälte- wie Hitzeapplicationen eine Hyperämie, welche nach Eisauflegen sogar sehr rasch eintritt. Spasso-Kukotzki hat sein Material in Smolensk gesammelt, er hat durchschnittlich in der Woche 2–4 Gastroenterostomien wegen complicierten Ulcus ausgeführt; er vermutet, dass die in jener Gegend sehr verbreitete Lues die Ursache des häufig auftretenden Magenulcus ist, doch muss dieser Zusammenhang noch genauer erforscht werden.

Kernig: Ebenso wie das regionäre Vorkommen der Blasensteine (in Russland speciell die Wolgagend) feststeht, muss auch für das Magengeschwür eine solche regionäre Verbreitung angenommen werden.

Westphalen: Die Eisbehandlung des Ulcus wird neuerdings von einem Autor empfohlen; die Resultate sind dieselben wie bei Leubes Methode. Unter Wärmebehandlung vergehen jedoch die Schmerzen rascher, und die Patienten frieren nicht wie bei der Eisbehandlung. Redner verfährt folgendermassen: Bei Blutung wird Eis appliciert; sobald im Stuhlgange kein Blut mehr nachgewiesen werden kann, werden Compressen aufgelegt, und dann wird zu den Kataplasmen übergegangen, wobei durch Stuhluntersuchung stets controlliert wird, ob die Blutung unter der Hitzewirkung nicht sich erneuert. Redner könne sich weder für noch gegen die ausschliessliche Eisbehandlung aussprechen.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1504. Sitzung 3. Februar 1910.

Anwesend 74 Mitglieder und 2 Gäste. Vorsitzender P. Klemm. Schriftführer Brutzer.

P. I. Mandelstamm hält einen Vortrag über Glycosurie (Eigenbericht).

Ref. schildert zunächst in Kürze den Umsatz der Kohlehydrate im menschlichen Organismus. Nach einer Reihe von Spaltungen werden dieselben in Traubenzucker umgewandelt, gelangen mit dem Pfortaderblut in die Leber und werden hier als Glycogen aufgespeichert. Von der Leber aus gelangt das Glycogen, nachdem es wieder in Traubenzucker umgewandelt worden ist, ins Blut und wird durch dasselbe den Geweben zugeführt, in welchen es zu CO_2 und H_2O verbrennt. Das Blut enthält also normaler Weise Zucker 0,1—0,15 pCt., und zwar ist dieser Zuckergehalt constant. Glycogen findet sich auch in den Muskeln, aber in viel geringeren Mengen als in der Leber. Die Muskeln halten dasselbe länger fest als die Leber, z. B. beim Hungern, wo die Leber ganz glycogenfrei werden kann.

Eine 2-te Quelle für die Zuckerbildung sind die Albuminate. Ein Teil derselben wird bei der Verdauung zu Harnstoff umgewandelt, ein anderer N-loser Rest wird durch Anlagerung von H oder O zu Fett oder Kohlehydraten umgewandelt, aus letzteren entsteht aber Zucker. Ausserdem sind in manchen Eiweisskörpern Kohlehydratgruppen präformiert, aus denen sich Zucker bilden kann.

Auch aus Fett kann Zucker entstehen. Glycerin, eine Componente des Fettes, erhöht z. B. beim Diabetes die Zuckerausscheidung.

Die Fähigkeit, Kohlehydrate in erwähnter Weise umzusetzen, hat eine Grenze, die bei verschiedenen Menschen gegenüber ein und derselben Zuckerart und bei demselben Individuum gegenüber verschiedenen Zuckerarten verschieden ist. War mehr Zucker aufgenommen als in Glycogen umgewandelt werden kann, so geht der Ueberschuss ins Blut über, es entsteht Hyperglykämie und im Anschluss an diese letztere Glycosurie. Diese alimentäre Gl. (e sacharo) hält gewöhnlich nicht lange an. Die alim. Gl. ex amylo dagegen kommt bei gesunden Menschen nicht vor und ist stets auf Diabetes verdächtig.

Beim Einstich in die Spitze des Calamus scriptorius des 4-ten Ventrikels (berühmter «Zuckerstich» v. Cl. Bernard) entleert die Leber plötzlich ihr Glycogen, es entsteht eine Ueberladung des Blutes mit Zucker und Glycosurie, welche so lange anhält, bis alles Glycogen die Leber verlassen hat. Aehnliche transitorische Glycosurien entstehen bei der Zerstörung des oberen und des unteren Halsganglions, des 1-ten Brustganglions, der Bauchganglien, bei Reizung der Medulla spinalis in der Höhe des plexus brachialis, bei der Durchschneidung des N. ischiadicus, bei Commotio cerebri, Apoplexia cerebri, bei psychischem Shock. Die Glycosurie kann bloss einige Stunden anhalten, aber auch dauernd bestehen bleiben. Die Grenze zwischen der transitorischen und diabetischen Gl. ist nicht immer leicht zu ziehen. Meist wird durch den Insult die im Individuum schlummernde diabetische Disposition geweckt, doch gibt es Fälle reiner psychogener Gl., wo bald nach dem Insult der Zucker für immer aus dem Harne verschwand.

Auch bei chron. Erkrankungen des Centralnervensystems kommen Glycosurien vor, z. T. vorübergehender, z. T. diabetischer Natur, so bei Hirntumoren, progessiver Paralyse, multipler Sclerose, Tabes; desgleichen bei functionellen Neurosen, so bei schwerer Hysterie, Neurasthenie, Chorea, Epilepsie. Auch bei diesen Krankheitszuständen lässt sich die Grenze zur transitorischen und diabetischen Gl. nicht immer scharf ziehen. Auch beim Morbus Basedowii kommt sowohl transitorische wie auch diabetische Gl. vor. Nach Eingabe von Thyreoidintabletten wird ebenfalls Gl. beobachtet, desgleichen nach Injectionen von Adrenalin, und Nebennierenerkrankungen und Diabetes kommen zuweilen mit einander combiniert vor.

Transitorische Glycosurien gibt es auch toxogenen Ursprungs, so bei CO Vergiftung, nach Morphium-, Chloroform- und Aethernarkosen, nach Vergiftung mit Blausäure, Amylnitrit, Phosphor u. a.

Auch bei verschiedenen fieberhaften Krankheiten (Pneumonie, Typhus, Scharlach) ist transitorische Gl. beobachtet worden, wobei im Harne mitunter 7—8 pCt. des eingeführten Zuckers auftraten.

Bei Erkrankungen der Leber, spec. bei der Lebercirrhose ist Gl. durchaus nicht constant zu beobachten. Wo sie auftritt, ist sie auch dadurch zu erklären, dass bei der Lebercirrhose

sich zw. V. portae und V. cava Anastomosen bilden, durch welche das während der Verdauung stark zuckerhaltige Blut mit Umgehung der Leber aus der Pfortader in die Hohlader gelangt und somit zu Glycosurie führen kann. Bei schweren Erkrankungen des Leberparenchyms tritt alimentäre Lävulosurie auf, wobei 10—20 pCt. des eingeführten Fruchtzuckers ausgeschieden werden können. Auch bei Gallensteinkoliken kommt Gl. vor.

Bei der Arteriosclerose sind Erkrankungen der Gefässe, der Leber und des Pankreas häufig, und somit ist das Auftreten von Gl. bei dieser Krankheit erklärlich. Dasselbe gilt auch von der Gicht, bei welcher Glycosurie eine häufige Erscheinung ist und zuweilen auf diabetischer Grundlage beruht. Viele Gichtkranke scheiden durch Jahre hindurch geringe Mengen von Zucker aus, ohne sich dessen bewusst zu sein. Viele Aerzte pflegen ihre Kranken resp. deren Harn in der Morgenstunde zu untersuchen, wo der Harn bereits zuckerfrei geworden sein kann, während er am Nachmittage, auf der Höhe der Verdauung, noch ansehnliche Mengen von Zucker enthält.

Auch bei der Fettsucht tritt Gl. häufig auf. Die Ursache hierfür geben einerseits ebenfalls Erkrankungen des Gefässsystems und der Leber ab, andererseits das unmässige Essen und Trinken. Die Grenze zwischen alimentärer und diabetischer Gl. bei dieser Krankheit lässt sich nur schwer ziehen. Bei jugendlichen Individuen und Kindern, die an Fettsucht leiden, ist das Auftreten von Zucker im Harne meist ein ominöses Zeichen. Bei Syphilis ist Gl. auch anzutreffen und beruht wohl auf den Veränderungen der Blutgefässe, der Leber und des Pankreas, die bei der Lues statthaben.

Nach Exstirpation des Pankreas tritt ein schwerer Diabetes auf, dagegen sind Erkrankungen dieses Organs durchaus nicht immer von Diabetes begleitet.

Der sogen. «Phloridzindiabetes» ist renaler Natur und beruht auf einer Durchlässigkeit der Nierenepithelien für Zucker. Das Blut verarmt an Zucker, im Gegensatz zum Diabetes, wo Hyperglykämie besteht. Aus demselben Grunde ist die Bezeichnung, «renaler Diabetes» für manche mit Glycosurie einhergehenden Fälle von Nephritiden nicht angebracht.

Das Wesen des Diabetes ist nicht geklärt. Die namhaftesten klinischen Forscher sind darin einig, dass der Diabetes kein einheitlicher Krankheitsbegriff sei. Die Grenze zwischen diabetischer und nichtdiabetischer Glycosurie ist nicht immer scharf zu ziehen, man muss aber im Auge behalten, dass es Fälle von Gl. gibt, die mit Diabetes nichts zu tun haben.

Hampeln. Der Vortragende ist erst zuletzt auf die Frage eingegangen, ob es sich beim Diabetes um eine Erkrankung sui generis oder um einen Symptomencomplex handelt, der verschiedenen Krankheiten eigen ist. Die Fälle von Diabetes sind meist so gleichartig, dass es wohl berechtigt erscheint, ihnen eine einheitliche Erkrankung zu Grunde zu legen.

Trotz vieler Arbeiten über diese Stoffwechselerkrankung ist die Frage aber noch nicht gelöst. Ebstein nimmt bei den Diabetikern eine Erkrankung des Protoplasmas an, andere Untersuchungen können vielleicht zu anderen Resultaten führen. Man kann sich jedoch schon jetzt dem nicht verschliessen, dass in den stets wiedererscheinenden Vorgängen etwas Einheitliches liegt. Der Vortragende hat ausschliesslich über Glycosurie geredet und ist auf die anderen Symptome des Diabetes nicht eingegangen. Auch eine geringfügige, vorübergehende Glycosurie lässt immer den Verdacht wach werden, dass ein Diabetes vorliegt. Dazu führt Redner folgenden Fall an. Ein Mann liess seinen Harn untersuchen, blos weil einer seiner Bekannten an Diabetes erkrankt war. Es fand sich damals etwas Zucker. Die Untersuchung wurde mit wechselndem Resultat 16 Jahre lang gelegentlich wiederholt, bis sich endlich ein ausgesprochener Diabetes entwickelte. Weil jetzt häufig Harnuntersuchungen gemacht werden, ist es nicht selten, dass man Glycosurie als erstes Symptom des Diabetes zu sehen bekommt. Die positive Untersuchung auf Zucker wirkt daher nicht mehr so schreckend auf die Patienten wie früher, wo Diabetes erst diagnosticiert wurde, wenn auch die schweren Symptome vorlagen.

Redner macht darauf aufmerksam, dass bei Harnuntersuchungen in den Apotheken häufig Zucker agnosciert wird, wo es sich blos um reducierende Substanzen im Allgemeinen handelt. Dadurch wird oft fälschlicher Weise Besorgnis bei Laien erregt. Redner hat sich bemüht, diesen Missbrauch in den Apotheken abzuschaffen. Zucker ist im Harn nur durch die Gährungsprobe nachzuweisen. Bekannterweise gibt es auch Diabetes ohne Polyurie, und neuerdings ist die Beobachtung gemacht worden, dass eine Glykämie ohne Glycosurie vorkommt.

---

9. Congress Russischer Chirurgen in Moskau vom 19.—23. December 1909.

(Fortsetzung).

Sitzung vom 19. December.

5) A. Sabludowskij und D. Tatarinow (Moskau). Zur Lehre von der Desinfection der Hände und des Operationsfeldes. In den letzten Jahren hat sich das Bestreben geltend gemacht, in diesen Fragen den Schwerpunkt von der mechanischen Entfernung der Bakterien durch Wasser, Seife und Bürste (was jedoch so gut wie unmöglich ist) auf die Fixierung der Bakterien zu verlegen. Die Fixierung wird durch «Gerbung» der Haut erreicht. Dieser Ausdruck wurde zuerst von Heusner gebraucht, welcher zu diesem Zweck Jod-Benzin vorschlug, welches ausser seiner directen bakterieiden und desinficierenden Wirkung indirect zur Gerbung der Haut führt. Auf diese Art wird allerdings eine gute Desinfection erzielt, doch ist die ständige gelbe Färbung und die schädliche Wirkung des Jod-Benzins auf die Haut unangenehm, weswegen ein Zusatz von flüssigem Paraffin nötig wurde.

Brunn proponierte zuerst die Desinfection der Hände und des Operationsfeldes durch eine 5 Minuten lange Bearbeitung (Waschung) mit 96° Spiritus. Hierdurch wurden allerdings gute Resultate erzielt, andererseits entwickelte sich aber auch eine gewisse Wasserscheu; das vorherige Waschen mit Wasser ruft eine leichte Schwellung der oberen Hautschichten hervor und vermindert daher die austrocknende und entwässernde Fähigkeit des Spiritus, wodurch keine genügende Gerbung zustande kommt.

Auf die von v. Herff proponierte Desinfection durch Alcohol-Aceton gehen die Referenten nicht näher ein, da sich diese Art nur auf die Desinfection des Operationsfeldes beschränkt. — Der von Grossich proponierte Modus, ebenso wie derjenige Brunns enthalten den gleichen Fehler: wie schmutzig auch das Operationsfeld sein mag, es darf nicht gewaschen werden — sonst kommt keine vollständige Gerbung zustande. In Anbetracht dessen, dass wir also keinen gleich guten Desinfectionsmodus für das Operationsfeld und die Hände haben, welcher unschädlich und doch zweckentsprechend wäre, proponieren die Referenten folgenden. Die Hände und das Operationsfeld werden 2 Minuten lang mit Marly, welche in eine 5 pCt.-Spirituslösung getaucht wurde, bearbeitet. (Der Spiritus muss 95° sein). Hierdurch wird ein tadelloses Resultat erzielt, was durch bakteriologische Untersuchungen bewiesen ist. Dass die Wirkung nicht nur dem 95° Spiritus zuzuschreiben ist, geht daraus hervor, dass nach einer 2 Minuten langen Waschung mit demselben nur die Handfläche und der Handrücken sich als steril erwiesen. Die mit Tannin-Spiritus bearbeiteten Hände werden glänzend und gleichsam lackiert und bleiben steril, auch wenn die glänzende Epidermisschicht verletzt wird oder durch nachfolgendes Waschen mit Wasser der Glanz verloren geht. Was das Waschen vor der Anwendung des Tannin-Spiritus betrifft, wurde folgendes beobachtet. Wenn die Hände in üblicher Weise 10—12 Minuten mit Wasser bearbeitet wurden, ergab die Cultur der unter den Nägeln stets in geringen Mengen vorhandenen Massen eine Trübung der Bouillon. Wenn der Unternagelraum dann aber noch mit Tannin-Spiritus behandelt wurde, erwies er sich als steril. Folglich ist die vorherige Anwendung von Wasser nicht contraindiciert. Das klinische Material der Referenten umfasst 23 Fälle, in welchen nur Tannin-Spiritus verwandt wurde. Darunter Laparotomien, Herniotomien, Eröffnung von Gelenken etc. Die Heilung war stets per primam. In einigen Fällen wurden während und nach der Operation (40—50 Min.) Culturen von den Händen gemacht. Der Bouillonnährboden blieb stets steril.

I. Spisharnyj (Moskau): Das Material von nur 23 Fällen ist zu klein, als dass man daraus Schlüsse ziehen könnte. Sp. weist auf Grund eigener Erfahrung auf die Gummihandschuhe als auf das einzige Rationelle hin.

Prof. A. Martynow (Moskau) wendet seit dem Sept. 1909 sowohl zur Desinfection der Hände als auch des Operationsfeldes ausschliesslich Jod an, und zwar mit dem besten Erfolg. Nach seinen Untersuchungen dringt das Jod bis in die Malpighische Schicht durch.

A. Opokin (Kasan) weist darauf hin, dass für den Chirurgen die quantitative und qualitative Analyse der Bakterien, welche sich in einem gegebenen Moment auf den Händen befinden, von Interesse ist. Leider geben die Referenten hierüber keinen Aufschluss.

Prof. W. Oppel (Petersburg): Durch die üblichen Methoden ist eine absolute Sterilität der Hände nicht zu erreichen. Daher proponiert Prof. O. die Anwendung von Gummihandschuhen bei reinen sowie bei eitrigen Operationen, wie er sie seit dem Sept. 1909 anwendet. Sein auch früher unbedeutender Procentsatz an Eiterungen ist seitdem auf 0 zurückgegangen.

Prof. I. Aleksinskij (Moskau) weist auf den grossen Fortschritt in der Anwendung des Tannin-Spiritus hin, da ja alle 23 Operationen der Referenten ohne Eiterung verlaufen sind. Persönlich spricht sich Prof. A. für die alte Methode (Wasser und Jodtinctur) aus, schliesst sich aber in der Frage der Gummihandschuhe den Professoren Spisharnyj und Oppel an.

W. Rosanow (Moskau) arbeitet im Alt-Katharinen-Hospital, in welchem besonders im letzten Jahr die Umstände sehr ungünstig waren, so dass nicht einmal eine Trennung der reinen und eitrigen Fälle möglich war. In den letzten 2 Monaten wurden, abgesehen von kleinen Operationen, 86 grosse gemacht. In der Zeit wurde jedes Operationsfeld ausnahmslos nach Grossich vorbereitet, indem es 2 Mal mit Jod bestrichen wurde. Nur in 2 Fällen vereiterten die Wunden. Davon handelte es sich das eine Mal um einen sehr schweren Fall von Appendicitis à froid, es wurde die Naht mit partieller Tamponade angewandt. Das andere Mal handelte es sich um eine Herniotomie, bei der das Haematom vereiterte. Wenn grosse Schnitte als Probestein für die Desinfection des Operationsfeldes dienen können, so ist folgender Fall sehr anschaulich: Laparotomie bei Hängebauch mit fettreichen Bauchdecken. Der Schnitt war 60 cm. lang. Nach 12 Tagen wurde die Patientin gesund entlassen. Für unbemittelte Institutionen und Landschaftshospitäler sind die Gummihandschuhe zu teuer, und daher proponiert R. in diesen Fällen den oben erwähnten Modus als den zuverlässigsten. Da die Hände diese Art der Desinfection nicht immer vertragen, wendet R. eine Abänderung der von Grossich proponierten Methode an: eine kurze Waschung mit der Bürste mit grüner Seife+Lysol, eine 3—5 Minuten lange Abreibung mit Spiritus und Bestreichen der Fingerspitzen mit Jod.

W. Menlinskij arbeitet an einem Kreis-Landschaftshospital, in welchem man gleichzeitig allgemeiner Chirurg, Ophthalmolog und Gynäkolog sein muss. Früher wandte M. den alten Desinfectionsmodus an, ging dann zu Jod und Spiritus über, wobei nur selten Eiterungen vorkamen. Da aber diese Art der Desinfection viel Zeit in Anspruch nimmt und zudem wenig Gehilfen vorhanden sind, ging M. schliesslich zur Gerbung der Haut über, indem er die Waschung ganz fortliess. Die Resultate haben sich seitdem nicht verschlimmert: in reinen Fällen kamen keine Eiterungen vor. — Was die Gummihandschuhe betrifft, so sind sie für ein Landschaftshospital zu teuer und können höchstens nur als Schutz der Hände bei eitrigen Operationen verwandt werden.

N. Terebinskij (Moskau) weist darauf hin, dass die gemachten Vorwürfe hinsichtlich der ungenügenden bakteriologischen Untersuchung nicht ganz gerecht sind. Nur wenn in allen Fällen negative Resultate erzielt worden wären, hätte man das Recht, sich denselben gegenüber skeptisch zu verhalten. Da aber die verschiedensten Teile der Hände bei den verschiedenen Arten der Desinfection untersucht wurden, verdienen die Untersuchungen volles Vertrauen. Wegen der technischen Schwierigkeiten und des Mangels an Zeit war es nicht möglich, die Untersuchungen noch genauer vorzunehmen. — Zu seinen eigenen Erfahrungen übergehend, teilt T. mit, dass er den vorgeschlagenen Modus jedenfalls nicht für schlechter als den Grossichschen hält, er hat vor dem letzteren sogar den Vorzug, dass er die Haut nicht reizt, wie das häufig bei der Anwendung von Jod der Fall ist.

A. Gordon (Sotschi): Im Auslande wird fast ausschliesslich in Handschuhen operiert. Von den 200—300 Operationen, die G. dort gesehen hat, wurden bloss in 2—3 Fällen keine Handschuhe gebraucht, und zwar in den Fällen, wo der unbehandschuhte Finger notwendig ist (z. B. bei der Prostatectomie nach Freyer). Kocher z. B. operiert in 2 Paar Handschuhen, wobei er über die dünnen Gummihandschuhe noch solche aus Zwirn zieht. Bei den ersten 2—3 Operationen sind einem die Handschuhe unangenehm, späterhin aber hat G. auch plastische Operationen in denselben gemacht. Am empfehlenswertesten sind die langen, dicken von Chaput, da die kurzen Finger derselben sich während der Arbeit an den Fingerkuppen ausweiten, wodurch die Empfindlichkeit in gewissem Masse erhalten bleibt.

A. Sabludowskij: Eine schädliche Wirkung des Tannin-Spiritus wurde selbst bei täglicher Anwendung nicht beobachtet und Eiterungen kamen nicht vor.

Prof. S. Fedorow hebt das Interesse der Mitteilung hervor und betont die Notwendigkeit der weiteren Untersuchungen. Prof. F. persönlich wendet mit gutem Erfolge Jod an.

(Fortsetzung folgt).

E. Hesse.

Feuilleton.

Wiener Brief.

Original-Correspondenz der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

C. J. Rothberger und H. Winterberg sprachen in der k. k. Gesellschaft der Aerzte über Vorhofflimmern und Arhythmia perpetua. Sie gingen dabei von dem Gedanken aus, dass zwischen der Arhythmia perpetua, bzw. dem Pulsus irregularis perpetuus und dem Flimmern der Vorhöfe engere Beziehungen bestehen dürften und dass es mittelst einer geeigneten Untersuchungsmethode vielleicht gelingen würde, diesen Zusammenhang aufzudecken. Nach Hering und Theopold ist die Arhythmia perpetua charakterisiert durch den ganz regellosen Wechsel von langsameren und rascheren, schwächeren und stärkeren Pulsen, ferner dadurch, dass sie dauernd ist und dass sie nicht unter dem Einflusse der Atmung steht. Ferner lässt sich fast ausnahmslos aus dem Venenpulse eine active Teilnahme der Vorhöfe an der Herzrevolution nicht mehr nachweisen. Das normale Venenpulsbild zeigt bei jedem Herzschlage drei charakteristische Erhebungen, von denen die erste dem Herzstosse, bzw. dem Pulse an den grossen Arterien zeitlich vorangeht und der Systole der Vorhöfe entspricht. Bei der Arhythmia perpet. fehlt diese Welle, die uns von der Tätigkeit des r. Vorhofes Zeugnis gibt, vollständig, und das Phlebogramm zeigt die Eigenschaften des sogenannten positiven oder des Kammervenenpulses. Nun gibt es ein aus dem Tierexperimente bekanntes Bild regellosester Herztätigkeit, das in allen Details mit den Erscheinungen der Arhythmia perp. identisch ist, nämlich das Flimmern der Vorhöfe. Das Aufstellen eines Saitengalvanometers nach Einthoven im Institute für allgemeine Pathologie bot nun die Gelegenheit, im Elektrokardiogramm den Nachweis zu erbringen, dass das Flimmern der Vorhöfe die Ursache der Arhythmia perpetua darstellt. Damit lassen sich einige sonst nur schwer verständliche Beobachtungen erklären. Zunächst gehört hierher das zeitweilige Verschwinden der Arhythmie bei sonst typischen Fällen von Pulsus irreg. perpetuus. Mit der Irregularität verschwindet zugleich auch der Kammervenenpuls und es tritt Vorhofvenenpuls ein und umgekehrt. Zum Auftreten von Vorhofflimmern sind unter allen Umständen den Vorhof direct treffende Reize notwendig. Zur Bildung derselben kann sehr wohl eine Erkrankung der Vorhöfe, bzw. entzündliche Veränderungen in Form einer lymphocytären Infiltration Anlass geben. In den Anfangsstadien der Erkrankung, wo diese Reize noch schwach sind, können erst durch eine temporäre stärkere Erregung des Vagus jene günstigen Bedingungen geschaffen werden, die Anfälle von Vorhofflimmern auslösen können. (Paroxysmale Arhythmie von Cushny und Edmund). Mit dem Fortschreiten der Erkrankung genügt später der vorhandene Vagustonus, um diese Reize wirksam zu machen. So könnte die anhaltende, nur zeitweilig, vielleicht mit dem Sinken des Vagustonus sistierende Arhythmie entstehen. Endlich erreichen die pathologisch-anatomischen Veränderungen und die davon abhängige abnorme Reizbildung solche Grade, dass dauerndes, vom Vagus nunmehr ganz unabhängig bestehendes und durch kein Mittel (Atropin ohne Wirkung) weiter beeinflussbares Flimmern der Vorhöfe — die Arhythmia perpet. im strengen Sinne entsteht. Die plötzlichen Todesfälle bei Arhythmia perp. erklären die Autoren dadurch, dass es sich in diesen und wahrscheinlich auch in vielen anderen Fällen von plötzlichem Herztod um Flimmern des ganzen Herzens handelt, welches bei bestehender Arhythmie perp. von den Vorhöfen auf die Kammern übergreift, was auch im Tierexperiment unter dem Einflusse einer Vagusreizung mitunter beobachtet wird.

Alfred Fuchs sprach im Wiener med. Doctorencollegium über die Therapie bei Trigeminusneuralgie. F. will sich mit jenen Fällen beschäftigen, bei denen eine Ursache nicht auffindbar ist, oder aber, trotz der Kenntnis der Ursache die causale Therapie erschöpft ist. I. Physikalische Therapie. Hierher gehört der als Kältereiz wirkende Aetherspray und das Aethylchlorid, 5—10 pCt. Opiumsalbe, 5—10 pCt. Belladonnasalbe, 10 pCt. Anästhesinsalbe, Mentol, Guajacol, Salzsäure aa 1:10 Alcohol abs., Collodium cantharid. etc. Eine gewisse Berühmtheit besitzt hier die Elektrotherapie. Es kommen in Betracht: 1) galvanische Behandlung. Sie wird mit der Anode vorgenommen, indem eine flache, entsprechende, ca. 2—4 cm. grosse Elektrode als positiver Pol stabil aufgelegt wird und zwar so, dass man diese Elektrode möglichst nahe an den Nervenstamm heranzubringen sich bemüht, also an den Schmerzpunkt; die Kathode als indifferenter Pol am Hals oder Sternum. Die Elektrode muss unter sanftem Druck sehr

sicher und ruhig gehalten werden, damit nicht durch Verschiebung derselben Stromschwankungen entstehen. Aus dem gleichen Grunde ist es durchaus unstatthaft, irgend welche Wendungen oder sonstige Stromunterbrechungen vorzunehmen. Der Strom muss mittelst eines Rheostaten oder Voltregulators sehr allmählich (einschleichend) gesteigert, seine Intensität am Galvanometer controlliert werden. In dieser Weise gelingt es, durch sehr langsame Stromsteigerung auch grössere Stromintensität zu erreichen. Man beginnt mit 4 bis 6 Zehntel Milliampère und kann bis 5 und 6 M. A. und darüber verwenden. Es hängt die anzuwendende Stromstärke wesentlich von der Hautempfindlichkeit ab; der therapeutische Effect ist bei stärkeren Strömen zweifellos ein grösserer. Die Dauer einer Sitzung kann empirisch je nach dem Nutzen der Procedur ermittelt werden; F. hat auch schon 40 Minuten die Anodengalvanisation mit grossem Nutzen vorgenommen in Fällen, wo eine kurz dauernde Sitzung ganz ohne Nutzen blieb. Schon nach einigen Sitzungen zeigt sich, ob die Anodenbehandlung einen Erfolg verspricht; wenn dies der Fall ist, muss sie consequent fortgesetzt werden. Versuchsweise kann auch die kataphoretische galvanische Behandlung vorgenommen werden. Zu diesem Zwecke bedient man sich kataphoretischer Elektroden. Auch in diesem Falle muss der active Pol die Anode sein (die kataphoretische Flüssigkeits- und Molekularbewegung bewegt sich von der Anode zur Kathode). Auf diese Weise kann man Morphin, Cocain, Chinin, Aconitinlösungen kataphoretisch verwenden und schmerzstillende Wirkung erzielen. Es ist notwendig, dem zu verwendenden Medicament eine Spur Säure beizumengen, damit einerseits die Leitfähigkeit der Lösung erhöht werde, andererseits darf der Behälter der kataphoretischen Elektrode nur mit einer medicinalen Dosis des Medicaments beschickt werden, da sich sonst durch Uebergang des Medicaments in die Blutbahn unerwartete toxische Symptome einstellen können. Auch der faradische Strom kann eine anodyne Wirkung entfalten. Es empfiehlt sich bei der Behandlung von Neuralgien auch den positiven Pol anzuwenden. Als Elektrode dient hierbei ein sehr feiner Pinsel, der senkrecht auf den Nervenstamm angelegt wird. Nun wird die Secundärspirale äusserst langsam (innerhalb ¼ Stunde) der primären genähert, wobei auf absolut ruhige Haltung des Pinsels zu achten ist. 3) Die statische Elektricität in Form von Büschel- und Funkenströmen (Wind), Arsonvalsche Frequenzwechselströme, magnetelektrische Ströme besitzen nur eine suggestive Einwirkung. Von anderen Proceduren (Röntgen, Radium, Licht-Blaulicht, dann Massage manuell oder Vibrations-Thermomassage) kann man einen Erfolg bei echter Trigeminusneuralgie nicht erwarten. Die Compression der Carotis erfordert besondere Vorsicht und darf selbstverständlich nur auf einer Seite versucht werden. Die chirurgischen Verfahren, die bei Trigeminusneuralgie in Betracht kommen, sind die Dehnung des Nervenstammes, dann die einfache Durchschneidung eines Nervenastes, die Neurotomie, die Resection eines Stückes des Nerven, die Neurectomie, und die Ausreissung eines möglichst grossen Stückes des Nerven, Neurexairese. Die Nervendehnung, die ein rein empirisches Verfahren ist, ohne irgend welche physiologische Basis, hat bei der Trigeminusneuralgie ebenso wie bei anderen Neuralgien versagt und wird wohl am Trigeminus kaum mehr geübt. Die Neurotomie und die Neurectomie wird fast in jedem gegen die interne Therapie resistenten Fall versucht; sie ist gewöhnlich nichts anderes als ein Aufschub der sogenannten Radicaloperation; man versucht eben, bevor sich der Pat. zu dem gefährlichen Eingriff der Exstirpation des Ganglion Gasseri entschliesst, noch die relativ ungefährliche periphere Operation; die genannten peripheren 3 Eingriffe sind gewöhnlich von einem sehr guten momentanen Effect begleitet, leider aber nur für kurze Zeit. Es kommt dann zu Recidiven im Bereiche des in seiner Continuität getrennten Nerven und zwar am frühesten bei der einfachen Durchschneidung, später bei der Neurectomie, am spätesten bei der Nervenausreissung.

Alfred Fröhlich demonstrierte die Veränderung, die das Blut durch Orthoform, Orthoform nov. und salzsaures Orthoform erfährt. Sie besteht in einer durch Methämoglobinbildung bedingten schokoladebraunen Verfärbung, die je nach der Löslichkeit des betreffenden Präparates rascher oder langsamer eintritt. Bei Anwendung des sehr wasserlöslichen salzsauren Orthoforms tritt die Braunfärbung schon nach etwa einer halben Minute auf, daher muss vor der internen Anwendung von Orthoform, die wegen seiner eminent anästhesierenden Dauerwirkung in allen Fällen von ulcus ventriculi und Darmgeschwüren bei Klinikern beliebt ist, sowie vor intramuskulären Injectionen, die zusammen mit Quecksilberverbindungen versucht wurden, gewarnt werden. Die Orthoformverwendung hat überall dort zu unterbleiben, wo die Möglichkeit besteht, dass Orthoform in nennenswerten Mengen in die Blutbahn gelangt. F. hat Versuchstiere, denen er Orthoform in Operationswunden einstäubte, unter den Erscheinungen von Blutdissolution und Hämoglobinurie verloren. Dagegen steht, wie besonders betont werden soll, der externen Anwendung des Orthoforms nicht das Geringste im Wege. Es sei dem Ref. kein zweites Mittel vorgekommen, das eine ähnliche intensive und prolongierte Anästhesie hervorbringen kann. Ueberall dort, wo es auf granulierende Flächen oder auf unverletzte Schleimhaut gebracht werden kann, kann es auch weiterhin verordnet werden. Moritz Weil hat mit Orthoform schon tausende von Einblasungen in Nase, Larynx und Pharynx vorgenommen, und an Schädigungen nur zweimal ein Exanthem gesehen, einmal nach 14-tägiger Einblasung wegen schwerer Dysphagie bei Tuberc. laryngis, das andere Mal nach einer einzigen Einblasung in den Larynx. Nach Aussetzen der Behandlung heilten beide ohne weitere Folgen. Redner hat das Orthoform bei Tonsillotomien nach der Blutstillung auf die frische Wunde geblasen, ohne je den geringsten Schaden zu sehen. Man braucht nur minimale Mengen anzuwenden, da eine kleine Dosis des Mittels genügt, um die Wunde zu anästhesieren. Dass man es in Salbenform nicht anwenden soll, weil es Ekzeme verursacht, ist schon lange bekannt. Schopf bezeichnet die schmerzstillende Wirkung der Salbe als problematisch. Ehrmann hat nach Orthoformsalben nicht selten toxische Dermatitiden beobachtet. Besonders bei Pemphigus treten toxische Erytheme auf.

Eine grössere Debatte knüpfte sich an einen Vortrag Bauers über den Wert der Wassermannschen Reaction für die interne Diagnostik und Therapie. R. Müller spricht in der Discussion über den Wert des negativen Ausfalles und die Bedeutung der Grenzreactionen. Die positive Reaction ist als Ausdruck gesteigerter Affinität eines Serums zu alcohollöslichen Organbestandteilen aufzufassen. Aehnliche Affinitäten konnten in letzter Zeit Müller und Süss im Serum von Tuberculösen finden, und zwar gegenüber Glycerinbouillon, so dass die viel discutierte Complementbindungsreaction von tuberculösen Sera mit Tuberculin auch zum grössten Teil als eine unspecifische Reaction mit dem Vehikel und nicht mit den Bacillensubstanzen aufzufassen ist. M. glaubt durch besondere Anordnung der Reaction (Verwendung activen Patientenserums in Verbindung mit Rinderherz) sie soweit verschärft zu haben, dass ein völlig negativer Ausfall bei vorhandener Lues zu den grössten Ausnahmen gehört. Selbstverständlich sind hier nur Fälle gemeint, bei denen nicht die Erkrankung im Stadium der Latenz sich befindet oder vor kurzer Zeit (3—4 Monate) eine Cur vorausgegangen ist. Man muss dabei in Kauf nehmen, dass manche Fälle ohne Lues schwach bis mittelstark in verschiedenen Graden reagieren. In solchen Fällen kann man kein Urteil fällen, das für die Diagnose von ausschlaggebender Bedeutung wäre. O. Porges weist in Uebereinstimmung mit Müller darauf hin, dass die Wassermannsche Reaction nicht eine Alles- oder Nichtsreaction ist, sondern es gibt einen continuierlichen Uebergang von der completten Lösung zur absoluten Hemmung. Nun fragt es sich, wie die verschiedenen Grade der Reaction zu verwerten sind. Man könnte sich auf den Standpunkt stellen, nur absolute Hemmungen diagnostisch zu verwenden. Allein dadurch würden wir oft auf eine Aufklärung fraglicher Fälle verzichten. Er glaube vielmehr, dass man auch unvollständige Hemmungen unter gewissen Cautelen zur Diagnose heranziehen kann. Hier ist es nun wichtig, zu wissen, welche Erkrankungen ausser Lues einen Grad von positiver Serumreaction gelegentlich geben können. In diesem Punkte hat es der Dermatologe viel leichter als der Internist, von Hautkrankheiten scheinen nur wenige sie zu geben. Der Internist muss aber erstens die Protozoenkrankheiten berücksichtigen. Ferner wurde auf der Noordenschen Klinik zuerst auf das Vorkommen von unvollständigen Hemmungen bei ausgebreiteter Tuberculose und Carcinomatose oder Sarcomatose hingewiesen. Ferner hat man bei Scharlach, Malaria, Pneumonien und anderen Krankheiten ähnliche Verhältnisse gefunden. S. Goldstern weist darauf hin, dass ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie bei einem 5-jährigen Knaben positive Reaction aufwies, ebenso sein Vater. Das spricht für die luetische Aetiologie der Krankheit. Dr. Ullmann weist darauf hin, dass seitens der Laboratorien nicht blos die Angaben: positiv oder negativ gegeben werden sollten, sondern auch die verschiedenen Grade schwacher Hemmung, damit sie der Hausarzt in Verbindung mit anderen anamnestischen Daten, die ihm zur Verfügung stehen, zur Diagnosenstellung verwende. Anders steht die Sache bei der Lues latens. Hier fehlt in vielen Fällen die unmittelbare Veranlassung zur Lösung des Geheimnisses, und es ist die Frage, ob es zweckmässig, ja erlaubt ist, dem Kranken die volle Wahrheit zu sagen, da er sich völlig gesund weiss, und nun mit einer nicht immer abänderungsfähigen Tatsache für Jahre hinaus belastet wird. In anderen Fällen, wo es sich um Eheschliessungen, Eingehen von Lebensversicherungen handelt, wird den Klienten die Tatsache in der Regel mitgeteilt. Solange der Einfluss irgendwelcher Therapie auf bereits generalisierte und ältere Lues nicht endgültig feststeht, ist dieselbe nur mit ausserordentlicher Vorsicht im speciellen

Fälle zur Anwendung zu bringen, jedenfalls in solcher Form, dass dem Kranken die Einsicht in das Ergebnis nicht zugänglich ist. Es ist oft besser, das verschleierte Bild von Sais nicht zu lüften. S. Erben wendet sich gegen die Behauptung Bauers, dass der positive Ausfall der Complementbindungsreaction ein Indicator sei für die Wiederholung der Schmiercur. E. hat eine Reihe von Tabikern zusammengestellt, um sie wegen hochluetischer Symptome (Augenmuskellähmung, apoplectiformer Insult) einer Schmiercur zu unterziehen. Mehrere von ihnen magerten bald ohne Zeichen intestinaler Quecksilbervergiftung ab und zeigten acute Ataxie. Durch wochenlanges Liegen gelang es erst, die Ernährung leidlich in die Höhe zu bringen, die Ataxie besserte sich aber nur wenig. Seitdem hütet sich E., die Tabiker zu schmieren, selbst wenn Wassermann positiv ist. Ueberhaupt wird der Tabiker leicht untergenährt; ferner kennt man zur Genüge, welche Bewegungsstörungen selbst bei Gesunden eine chronische Quecksilbervergiftung erzeugen kann. (Kussmauls Muskeltollheit). Eine Reihe von Autoren sehen sogar im Quecksilber ein Hilfsmoment für das Entstehen der Tabes (Eulenburg). Darum braucht man kein Antimercurialist zu werden. denn von 100 Syphilitischen, die geschmiert wurden, erkrankte nur 1 an Tabes, 1 an Paralyse und 26 an anderen Nervenstörungen. Es müssen noch andere Umstände dazutreten, die die Disposition zur Nervenerkrankung bringen.

Rudolf Frank macht auf seine Methode des Narkotisierens aufmerksam: Es ist eine von vielen Chirurgen geteilte Ansicht, dass bei dem echten Chloroformtod (der Synkope) die Schrecklähmung (Shock) vielmehr als die giftige Wirkung des Chloroforms als verursachendes Moment anzusehen ist. Jedenfalls wird die Narkose von dem psychischen Zustande des Pat. sehr wesentlich beeinflusst: Angstzustände, Schreckvorstellungen, unangenehme Sensationen, hervorgerufen durch den Geruch des Chloroforms, Auftreten von Klopfen und Hämmern in den Schläten, Herzklopfen, das Gefühl des Vergehens beeinflussen im Beginn des Narkotisierens die Psyche des Pat. auf das intensivste, und es ist vorstellbar, dass diese heftigen psychischen Erscheinungen ein irritables Herz zum Stillstand bringen können, noch lange bevor die Narkosewirkung eingetreten ist. F. hat daher eine eigene Methode ausgearbeitet, die den Erfolg hat, dass er seit vielen Jahren keinen Narkosetodesfall zu beklagen hat. Die Methode besteht darin, dass er principiell die Pat. sich selbst narkotisieren lässt. F. sagt den Patienten: «Sie werden sich selbst narkotisieren, niemand wird Sie zwingen oder halten. Sie sind vollständig frei. Sie halten sich selbst den Korb und zählen ruhig und laut; wenn Sie sich an den Geruch des Chloroforms gewöhnt haben, dann halten Sie den Korb näher». Auf diese Weise gelingt es fast ausnahmslos, den Pat. ohne psychische Erregung in das Excitationsstadium zu bringen; erst wenn dieses eintritt, kommt der Narkotiseur in Action und übernimmt den Korb. Wenn das Excitationsstadium wenig ausgeprägt ist, so bringt sich der Pat. selbst bis in die Narkose. Das Selbsthalten des Korbes gibt dem Pat. eine Beschäftigung, welche ihn ablenkt und beruhigt, das Fehlen jedes Zwanges nimmt ihm die Angst. Diese Methode zeigt ihre gute Wirkung auch bei Kindern; es gelingt fast immer, sie dazu zu bringen, sich selbst zu narkotisieren. Die meisten Kinder setzen sich dazu auf, halten sich den Korb schön vor, schauen in ihn herein, ob die versprochenen Reiter aus ihm herauskommen, und narkotisieren sich ohne Schwierigkeiten. Dabei muss der daneben stehende Narkotiseur mit dem Pat. in stetem Contact bleiben, ihn loben: «sehr gut, halten Sie den Korb näher» etc.

Das ordentliche Erfordernis für die 7 medicinischen Facultäten Oesterreichs ist mit 5629479 K. präliminiert, die sich auf die einzelnen Facultäten verteilen: Wien 2127582 K., Graz 473898 K., Innsbruck 424102 K., Prag (deutsch) 769398 K., Prag (böhmisch) 724446 K., Lemberg (polnisch) 463708 K., Krakau (polnisch) 646345 K. Die Zahl der ordentlichen Professoren ist unverändert geblieben (112), bei den ausserordentlichen um 1 (Wien), und bei den Assistenten um 9 (Wien 3, alle übrigen Facultäten je 1) vermehrt.

Der Aufwand für Gehalte, Activitätszulagen etc. beläuft sich auf 1496870 K. (im Vorjahre 1457029 K.).

Für Stipendien, Stiftungen, Remunerationen ist ein Gesamterfordernis von 701518 K. (687711 K.) eingestellt. Von dieser Summe entfallen auf honorierte Lehraufträge 49440 K. (52700 K.), auf Remunerationen für Assistenten 548500 K. (531933 K.), Demonstratorstipendien 80530 K. (80030 K.) und auf sonstige Remunerationen 23048 K.

Für die Unterbringung von Kliniken und für Mietzinse ist ein Aufwand von 875183 K. (878867 K.), für die Dotierung von Kliniken und Instituten unter der Rubrik «Unterrichtserfordernisse» ein solcher von 1902082 K. (1467112 K.), endlich für Gebäudeerhaltungskosten, Steuern etc. ein Betrag von 239104 K. (235761 K.) vorgesehen.

Dr. Sofer.

Therapeutische Notiz.

— Dr. Pierre Barbier. «Salicylic acid and its derivatives: a comparison of their respective therapeutic value». Folia Therapeutica. Vol. IV. No. 1., 1910.

Dr. Barbier hat sich mit der Prüfung der Salicylosalicylsäure, des sog. Diplosal, befasst, das er wegen seiner geringen diaphoretischen Wirkung in allen denjenigen Fällen dem Aspirin vorzieht, wo zu starke Schweisseruptionen zu vermeiden sind. Ausserdem übt Diplosal infolge seiner Schwerlöslichkeit absolut keine Reizwirkung auf den Magen aus. Der Verfasser gibt von den mit Diplosal behandelten 50 Fällen ausführliche Krankengeschichten: über 7 Fälle (3 acuter Gelenkrheumatismus, 1 Lumbago, 1 Ischias, 1 chronischer Gelenkrheumatismus und 1 Krampfaderentzündung mit chronischem Gelenkrheumatismus). Die mit Diplosal bei acuten Formen von Rheumatismus erzielten Erfolge bezeichnet der Verfasser als geradezu überraschend. In chronischen Fällen waren die Resultate nicht so auffallend, jedoch mindestens ebensogut wie die mit früheren Behandlungsmethoden erzielten.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Das Gesetz über die Versicherung der Arbeiter gegen Unglücksfälle ist bereits vollständig von der Commission durchgearbeitet und wird, da der Druck der Commissionsvorlage bereits beendigt ist, in diesen Tagen den Abgeordneten zugefertigt werden. Das Gesetz über die Versicherung der Arbeiter gegen Krankheit wird gegenwärtig noch von der Commission geprüft und ist in seinen Hauptteilen bereits durchgesehen.

— Der Petersburger Stadthauptmann forderte die Stadtverwaltung auf, unverzüglich Massnahmen gegen die drohende Choleragefahr zu ergreifen. Unter anderem weist der Stadthauptmann auf die Notwendigkeit hin, die sogenannten ärztlichen Punkte wieder zu eröffnen. Das Stadtamt beauftragte die Hospital- und Sanitätscommission, bis zum 24. März ein Gutachten über diese Fragen vorzustellen.

— In Pitkäjarwi, bei der Station Terijoki der finnländischen Eisenbahn, ist neuerdings ein sogen. Kleines Sanatorium für Lungenkranke, Reconvalescenten und Erholungsbedürftige eröffnet. Es ist hoch im Tannenwalde am See gelegen und von der Station Terijoki in einer Stunde zu erreichen. Besitzer des Sanatoriums ist Ally Hääl.

— Die Verwaltung der Wladikawkas-Eisenbahn hat beschlossen für ihre erholungsbedürftigen Angestellten je 1 Sanatorium in Kislowodsk, Pjatigorsk und bei Noworossiisk am Schwarzen Meere zu errichten, wo sie auf Kosten der Eisenbahnverwaltung verpflegt und behandelt werden sollen.

— Am 26.—30. December d. J. findet in Moskau der 2. russische Congress der Oto-Laryngologen statt.

— Das internationale Comitee des Roten Kreuzes hat die Stadt Washington zum Ort der IX. internationalen Conferenz des Roten Kreuzes, die im Jahre 1912 stattfinden wird, erwählt.

— XVI. internationaler Medicinischer Congress. Das Generalsecretariat des XVI. internationalen medicinischen Congresses, der vom 29. August bis 4. September 1909 in Budapest tagte, teilt uns mit, dass die Congressabhandlungen im Laufe des Monates April den Mitgliedern zugesandt werden. Im Sinne der Statuten des Congresses erhält jedes Mitglied den allgemeinen Band, ferner jenen der Section, welcher er angehörte. Diesen zwei Bänden wird noch das von dem königl. ungarischen Minister des Innern den Congressteilnehmern gewidmete Buch über den Kinderschutz in Ungarn hinzugefügt.

— Vom 18. bis 21. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze des Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fr. Kraus (Berlin) der 27. Congress für innere Medicin tagen. Die Sitzungen finden im Neuen Curhause statt. Das Bureau befindet sich ebendaselbst. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände stehen auf dem Programme: Die specifische Erkennung und Behandlung der Tuberculose. Berichterstatter: Herr Schütz (Berlin) und Herr Penzoldt (Erlangen). Die Entstehung und Behandlung der secundären Anämien. Berichterstatter: Herr D. Gerhardt (Basel). Weitere Vorträge sind u. a. angemeldet: Zur Tuberculose von den

Herren: Citron, Engländer, Fischer, Jessen, Jochmann, Karo, Knoll, Krüger, Marmorek, Mendel, Meyer, Philippi, Rothschild, Ruppel. Zur Anämie von den Herren: Hofbauer, Morawitz, Treupel. Ueber Magenkrankheiten von den Herren: Curschmann, Elsner, Fleiner, Grafe, Gross, Krehl, Lefmann, Loening, van der Velden. Ueber Herz und Gefässe von den Herren: Fellner, Groedel, Kretschmer, Müller, Nenadovicz, Nicolai, Ratner, Schott.

— In Dresden und Leipzig ist ein freiwilliger ärztlicher Sonn- und Feiertagsdienst eingeführt.

— In Wien ist vor der Universität dem berühmten Ophthalmologen Ed. v. Jäger ein Denkmal errichtet.

— Die belgische Regierung hat 1 Million Francs bewilligt zur Entsendung einer wissenschaftlichen Expedition nach Afrika zur Erforschung der Schlafkrankheit.

— Das «Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie», herausgegeben von Professor Dr. R. Gaupp in Tübingen, stellt mit dem 14. März 1910, also mit Abschluss des ersten Quartals, sein Erscheinen ein. An seine Stelle tritt die Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, herausgegeben von Professor Dr. A. Alzheimer-München, Professor Dr. R. Gaupp-Tübingen, Professor Dr. M. Lewandowsky-Berlin, Privatdocent Dr. Wilmanns-Heidelberg, redigiert von A. Alzheimer (für den psychiatrischen Teil) und M. Lewandowsky (für den neurologischen Teil). Die neue Zeitschrift verfolgt im Princip die gleichen Ziele wie die alte, jedoch auf breiterer Grundlage.

— Hochschulnachrichten:

Berlin. Für die Neubesetzung der Professur der geburtshilflichen Klinik ist Prof. Bumm in Aussicht genommen.

Bonn. Für das Extraordinariat der Kinderheilkunde wurde Dr. Esser-Bonn neben Tobler-Heidelberg an 2. Stelle vorgeschlagen.

Halle a. S. Der Privatdocent der Physiologie Dr. E. F. Lesser wurde als Laboratoriumsvorstand an den städtischen Krankenanstalten in Mannheim (Director Dr. Volhard) angestellt.

Birmingham. Dr. R. Simon wurde zum Professor der Therapie an Stelle des verstorbenen Professors M. Foxwell ernannt.

— Verbreitung der Cholera. Philippinen: Vom 1. bis 29. Januar erkrankten in Manila 46 Personen an der Cholera und starben 35, in den Provinzen erkrankten 380 und starben 280.

— Verbreitung der Pest. Türkei. Vom 27. Febr. bis 6. März erkrankten in Djedda 12 Personen und starben 12. — Britisch Ost-Indien. Vom 6. bis zum 12. Februar erkrankten in ganz Indien 17412 Personen und starben 15286. Mauritius. Vom 7. Januar bis zum 3. Februar erkrankten 65 und starben 38 Personen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 7. bis zum 13. März 1910 764 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 101, Typh. exanth. 0, Febris recurrens 4, Pocken 37, Windpocken 39, Masern 293, Scharlach 95, Diphtherie 113, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 4, an anderen Infectionskrankheiten 78.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 944 + 51 Totgeborene + 41 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 19, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 1, Pocken 8, Masern 7, Scharlach 20, Diphtherie 13, Keuchhusten 14, crupöse Pneumonie 32, katarrhalische Pneumonie 127, Erysipelas 9, Influenza 8, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 132, Tuberculose anderer Organe 30, Dysenterie 3, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 42, andere Magen- und Darmerkrankungen 54, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 49, Marasmus senilis 21, andere Todesursachen 272.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 13. März 13924. Darunter Typhus abdominalis 515, Typhus exanth. 22, Febris recurrens 27, Scharlach 289, Masern 137, Diphtherie 256, Pocken 191, Windpocken 16, Cholera 0, crupöse Pneumonie 103, Tuberculose 819, Influenza 220, Erysipel 112, Keuchhusten 9, Hautkrankheiten 74, Lepra 0, Syphilis 570, venerische Krankheiten 357, acute Erkrankungen 2420, chronische Krankheiten 2123, chirurgische Krankheiten 1751, Geisteskrankheiten 3549, gynäkologische Krankheiten 283, Krankheiten des Wochenbetts 64, verschiedene andere Krankheiten 115.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 25. Februar in Jelatjma (Gouv. Tambow) der Landschaftsarzt Dr. D. Kudrjawzew geb. 1850, approbiert 1874; 2) in Krementschug (Gouv. Poltawa) am Flecktyphus der Landschaftsarzt Dr. G. Grusinenko, geb. 1863, approbiert 1906; 3) in Warschau Dr. Wl. Nawrozki, geb. 1838, approbiert 1864; 4) in Ostrowez (Gouv. Radom) Dr. J. Glogowski, geb. 1854, approbiert 1880; 5) am 10. März in Kokand Dr. A. Ssemjannikow, geb. 1862, approbiert 1887; 6) in Finnland der Arzt der russischen Gesandtschaft in Teheran und Leibarzt des Schah von Persien, Dr. A. Ssadowskij, geb. 1865, approbiert 1888; 7) am 20. März in St. Petersburg Dr. G. Krich, geb. den 31. Aug. 1830. Wir bringen dem verstorbenen Ehrenmitglied des Vereins St. Petersburger Aerzte einen Nachruf in der nächsten Nummer. 8) in Woronesh Dr. J. Shebrow, geb. 1863, approbiert 1889; 9) in Odessa Dr. Doliwo-Dobrowolskij; 10) im Dorfe Kislan, Kreis Jarensk, Gouv. Wologda am Abdominaltyphus Dr. J. Stojanowskij, im Alter von 27 Jahren, approbiert 1909. Die Wratschebnaja Gaseta widmet einen warmen Nachruf dem früh verstorbenen Collegen, der genötigt war, in dieser Einöde, 215 Werst entfernt von der Kreisstadt Jarensk und 133, resp. 70 Werst von dem nächsten ärztlichen Punct zu arbeiten und mit grossem Eifer und Hingebung seinen schweren Dienst versah; 11) in Madrid Dr. J. Mariani, langjähriger Präsident der dortigen medicinisch-chirurgischen Akademie; 12) Dr. Chenieux, Professor der Chirurgie in Limoges; 13) Dr. J. Bandera, Professor der Physiologie in Mexico; 14) Dr. W. Englisch, Prof. der Physikalischen Diagnostik in Pittsburg.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 6. April 1910.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ueber seröse Pleuraergüsse bei eitrigen Processen in der Bauchhöhle.

2) Schaack: Zur Kenntnis der traumatischen Aneurysmen und ihrer Behandlung.

Geschäftliche Sitzung: Beratung über die Ergebnisse der Arbeiten der Commissionen.

Wahl des Cassierers.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

Verein St. Petersburger Aerzte.

Das zum 50-jährigen Jubiläum des Vereins herausgegebene

BIOGRAPHISCHE ALBUM

ist zum Preise von 1 Rbl. (für Mitglieder unentgeltlich) beim geschäftsführenden Secretär, Dr. Ucke (Никольская площадь, 6) zu erhalten.

Etwaige Ergänzungen und Berichtigungen der im Album enthaltenen biographischen Daten werden an die Adresse von Dr. Blessig (Моховая, 38) erbeten.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 14 St. Petersburg, den 3. (16.) April 1910. XXXV. JAHRGANG.

Ueber Aphasie.

Referat auf dem I. Baltischen Aerztecongress.

Von

Priv.-Doc. Dr. med. Idelsohn.

Die Lehre von der Aphasie, welche seit mehr als 50 Jahren die Neurologen beschäftigt hat, ist durch die Veröffentlichungen Pierre Maries (1906) wieder in den Vordergrund des Interesses gerückt worden, hat doch dieser Gelehrte den kühnen Versuch unternommen, das, was bisher als feststehend galt, umzustürzen. Eine detaillierte Wiedergabe der neuen „revolutionären" Theorie würde weit über den zur Verfügung stehenden Rahmen hinausgehen; es sei mir nur gestattet, das Wesentlichste hervorzuheben. Marie behauptet, die dritte linke Stirnwindung habe nichts mit der Aphasie zu tun. Indem er von den 2 Brocaschen Fällen ausgeht, die das Fundament der „classischen" Aphasielehre bildeten, unterzieht er diese und die später veröffentlichten Beobachtungen einer sorgfältigen Kritik und kommt zu folgenden Ergebnissen. Von den beschriebenen 334 Fällen scheiden eine grosse Anzahl wegen mangelhafter klinischer oder anatomischer Beobachtung aus; nur 19 Fälle sind für die classische Theorie überhaupt verwendbar „es existiert aber bisher in der medicinischen Literatur noch keine Beobachtung von Brocascher Aphasie, bei welcher die Autopsie eine einzige Läsion nachgewiesen habe, die sich ausschliesslich auf den Fuss der dritten linken Stirnwindung beschränkt hätte". Dagegen gibt es Fälle, die der Theorie direct widersprechen. Aphasie mit Erhaltenbleiben von F_3 links — 57 Mal, Zerstörung von F_3 links ohne jegliche Sprachstörung — 27 Mal. In allen jenen 57 Fällen fand sich ein Herd in der sogenannten Linsenkernzone Pierre Maries, d. h. im Gebiet der Insel, des Linsenkerns und der äusseren Kapsel: „In allen diesen Fällen ist die Wernickesche Region in gleicher Weise betroffen, und diese Läsion ist von der classischen Theorie weder festgestellt noch erklärt worden". Für die Abweichungen von der classischen Regel haben allerdings schon alle früheren Autoren, mit Broca an der Spitze, Erklärungen versucht, die zum Teil noch heute vorgebracht werden. Findet man eine Läsion der F_3 l., ohne dass im Leben aphasische Störungen vorausgegangen waren, so hilft man sich mit der Annahme einer Linkshändigkeit, oder wenn diese ausgeschlossen ist — einer Ambidextrität. Bei solchen Individuen soll das Sprachcentrum in der rechten Hemisphäre liegen; das Gleiche wird behauptet wenn Aphasie vorgelegen hat und die Läsion in F_3 l. vermisst wird. Nun rechnet man auf 100 Menschen ca. 10 Linkshänder, man müsste demnach die sogen. Gaucherie cerebrale viel häufiger antreffen als es Marie an seinem Material gelungen ist. Unter 320 Hemiplegikern waren 165 rechtsseitige und 160 linksseitige; dabei war 60 Mal die Aphasie mit einer rechtsseitigen Hemiplegie combiniert, kein Mal fand sich Aphasie bei einer linksseitigen Hemiplegie! Wenigstens ein Dutzend solcher Fälle aber wären nach der Theorie der Linkshändigkeit zu erwarten. Folglich versagt die Theorie! Eine zweite Methode, die negativen Fälle zu erklären, bedient sich der Voraussetzung, dass die zerstörten Centra einer Reeducation, resp. einer Compensation durch symmetrische Gehirnteile der anderen Hemisphäre fähig seien — man könne also eine zerstörte F_3 l. vorfinden bei intacter Sprachfunction. Die Hinfälligkeit solcher Hypothesen liegt auf der Hand, gehört doch ein solches Vorkommnis zu den grössten Seltenheiten und ist es doch in praxi nie möglich vorauszubestimmen, wann es eintreten konnte, resp. ob es eingetreten ist. Endlich gibt es eine dritte Kategorie von Fällen, die der Theorie Schwierigkeiten bereiten. Man hilft sich mit der Annahme eines diagnostischen Irrtums: der Kranke sei garnicht aphasisch gewesen oder die Sprachstörung wäre keine typische gewesen und dergl., so dass die Zerstörung der F_3 l. keine Notwendigkeit gewesen wäre.

Diese Widersprüche haben nun Marie veranlasst, eine Revision der Aphasielehre vorzunehmen, wobei er zu folgenden Resultaten gelangt.

1) Wenn man bei einem Kranken den Symptomen-

complex der sog. subcorticalen motorischen Aphasie constatiert hat, so findet man eine Zerstörung im Gebiet der Linsenkernzone. (Es ist nur die Fähigkeit der willkürlichen Sprache aufgehoben, bei erhaltenem Sprachverständnis und bei intacter Schrift). Nach Marie heisst diese Sprachstörung: Anarthrie.

2) Ist die Sprachstörung nicht isoliert geblieben und combiniert sie sich mit Störungen des Sprachverständnisses und der Schrift, so findet sich ein doppelter Herd: in der Linsenkernzone und in der Wernickeschen Zone. Eine solche Form von Aphasie nennt Marie „Brocasche Aphasie". Unter Anarthrie versteht also Marie den Verlust der willkürlichen Sprache ohne Störung der anderen Sprachcomponenten (= subcorticale motorische Aphasie der früheren Autoren), unter Brocascher Aphasie — Störungen der spontanen Sprache (früher motorische Aphasie) + Störungen des Sprachverständnisses (früher sensorische Aphasie = Wernikesche Aphasie).

3) Die Einteilung in corticale, subcorticale und transcorticale Aphasien entspricht nicht den Tatsachen. Marie ist zu diesen Schlüssen auf Grund klinischer und anatomischer (auch mikroskopischer) Untersuchungen gelangt. In einer ausführlichen Arbeit von Moutier werden die documentarischen Beweise erbracht.

In 4 Fällen (1 Mal reine Anarthrie, 3 Mal Brocasche Aphasie) fand sich eine völlig unversehrte F_3 l. „wobei auch nicht eine Faser lädiert gefunden wurde trotz intensiver Sprachstörung". In 3 Fällen fand er eine ausgebreitete Zerstörung des „Brocaschen" Centrums bei Rechtshändern ohne Aphasie, in einer Anzahl von Fällen findet sich neben einer Läsion von F_3 eine solche in der Linsenkernzone oder in der Wernickeschen Region — so dass diese für die topische Diagnostik nicht verwertet wurden.

4) Die drite linke Stirnwindung ist daher aus dem cerebralen Sprachgebiet zu streichen.

Die Linsenkernzone Maries umgreift: die innere und die äussere Kapsel, die grauen Kerne, die Insel, den Cortex bis an die dritte Frontalwindung (ohne dieselbe einzubeziehen) und den Isthmus parietotemporalis als Grenze nach hinten. Dieser Isthmus spielt nach Marie eine bedeutende Rolle in der Entstehung der verschiedenen Formen von Aphasie. Frontalwärts von ihm liegen Structuren, deren Zerstörung nur Anarthrie machen; überschreitet die Läsion den Isthmus, so entsteht die Wernick'esche Aphasie; beschränkt sie sich nur auf den caudalwärts gelegenen Anteil, so entsteht reine Alexie, welche ja häufig die Brocasche Aphasie begleitet und zum Bilde der Wernickeschen Aphasie gehört. Die Wernickesche Aphasie wird charakterisiert durch eine Störung des Verständnisses und der Ausdrucksformen der Sprache, wobei bald die eine, bald die andere Sprachcomponente mehr gelitten haben — stets aber findet sich eine Andeutung von Störung in beiden Componenten.

Es steht diese Auffassung im Gegensatz zu der üblichen Lehre, welche zwischen reinen motorischen und „sensorischen" Störungen unterscheidet und entsprechend localisiert: erstere in das motorische (Brocasche F_3) Sprachgebiet, letztere in die Wernickesche Zone (I. und II. Schläfenwindung l.) Während Marie jene Localisation (F_3) bekämpft, lässt er diese gelten. Die Mischung von Symptomen, die aus einer Läsion der Linsenkernzone und der Wernickeschen Zone entstehen, bildet für Marie das Bild der Brocaschen Aphasie, und die stärkere Beteiligung dieser oder jener Zone lässt bald die eine, bald die andere Abart der Aphasie entstehen, möge nur ein grosser Herd an der Grenze der beiden Zonen liegen oder zwei isolierte in jeder von diesen — das Symptomenbild wird sich in unzähligen Varietäten producieren, wie sie keine Schematik und keine Phantasie zu construieren vermöchte.

Wenn auch diese Anschauung nun das Wesentlichste der Marieschen Lehre darstellt, so wäre die Skizzierung unvollkommen, wenn nicht noch auf einen Punkt hingewiesen würde: die Beteiligung des Intellects; bei allen Formen von Aphasie (die Anarthrie—subcorticale motorische Aphasie ausgenommen) besteht eine mehr oder weniger deutliche Abschwächung des Intellects und nicht nur bei der Wernickeschen sondern auch bei der Brocaschen Aphasie. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, da viele Autoren direct die erhaltene Intelligenz betonen. Es gehört oft eine subtile Untersuchung dazu, um Intelligenzdefecte nachzuweisen, wie ich mich überzeugen konnte, als ich den Vorzug hatte, bei einem grossen Teil der von Marie angestellten Untersuchungen teilnehmen zu dürfen.

Die Theorie der Alexie und Agraphie lehnt sich eng an die bestehenden Ansichten an; die Apraxie ist für Marie eine Theorie, keine Erkrankung und wird nur flüchtig gestreift.

Die Lehre Maries hat einen lebhaften Meinungsaustausch zur Folge gehabt, ohne dass eine definitive Klärung erfolgt sei. Den besten Beweis dafür gibt die grosse Aphasiedebatte in der Pariser neurologischen Gesellschaft. Es hat nicht an zustimmenden Mitteilungen gefehlt, wenn auch das Gros der Neurologen, besonders die Deutschen sich ablehnend verhalten. Einen ernsten Gegner hat Marie in Liepmann gefunden, der neuerdings die Ansichten Maries kritisiert; es ist bedauerlich, dass ausser dem objectiven Material, welches gegen die schwachen Seiten der Theorie vorgeschoben wird, ein persönlicher Ton zu vernehmen ist; wo die Beweiskraft der vorgebrachten Ansichten so erdrückend scheint, dürfte ja gerade sachliche Ruhe am Platze sein!

Liepmann gibt selbst zu, dass das motorische Sprachgebiet sich weder nach Millimetern noch nach Furchen abgrenzen liesse. „Es greife bei manchen Menschen auf vordere Teile von der vorderen Centralwindung, auf die untere Kante der zweiten Stirnwindung, vielleicht auch vordere Partien der Inselrinde über". „Sehr grosse Herde (meist doppelseitige) ausserhalb des motorischen Sprachcentrums, z. B. beider Schläfenlappen, können ausnahmsweise das motorische Sprachcentrum aller Impulse berauben und damit Wortstummheit machen". Das Dogma von der Linkshändigkeit wird unbekümmert um die Einwände Maries aufrecht erhalten, ebenso die Theorie von der Wiederherstellung der Function oder der Compensation durch andere Gehirnteile. Von seinen 11 Kranken, die total wortstumm waren, sind in 7 Fällen ausser Läsion von F_3 auch Läsionen der Linsenkernzone (L-K-Z) beobachtet worden und in dem einzigen Fall, wo die L-K-Z absolut frei war, hat die Hauptläsion nicht in F_3 sondern in F_2 und Ca gelegen! Dabei bestand motorische Aphasie und transitorische Wortstummheit, und die Autopsie ergab eine erhebliche Volumreduction des linken Schläfenlappens.

Auf die Einzelheiten der Liepmannschen Arbeit einzugehen, ist hier keine Möglichkeit: die grosse Häufigkeit der L-K-Z-Läsionen wird zugegeben und die Souveränität von F_3 wird eingeschränkt. Jedenfalls hat auch Liepmann Marie das Verdinst zu teil werden lassen, „weitere Kreise vor einer verfrühten Befriedigung mit dem Erreichten gewarnt zu haben".

Sie sehen, meine Herren, wie die schwierige Frage neue Probleme auftauchen lässt. Der ehemalige Ausgangspunkt der Lehre von der Gehirnlocalisation ist ins Wanken geraten, und je erbitterter der Kampf um alte,

eingewurzelte Ansichten tobt, desto mehr dürften diese einer Revision bedürfen; wenn Sie nach meinen Mitteilungen zu dieser Notwendigkeit sich bekehrt haben sollten, so wäre der Zweck meiner Mitteilung erreicht.

Das Sarcom des Keilbeins.

(Ein typisches Krankheitsbild).

Von

Dr. F. Voss in Riga.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztetage in Dorpat.

M. H.! Gestatten Sie mir, Ihnen an der Hand einiger Krankengeschichten ein typisches Krankheitsbild vorzuführen, das, soweit mir bewusst, als solches bisher nicht bekannt ist.

Im Jahre 1892 wandte sich ein 45-jähriger Mann an mich wegen Sausen im rechten Ohr. Die Untersuchung ergab ein normales Trommelfell, keine nachweisbare Herabsetzung des Gehörs, keinen Schwindel, kein Erbrechen, also einen rein negativen Befund. Als ich nach längerer Zeit den Kranken wieder zu Gesicht bekam, war das Gehör auf dem rechten Ohr vollkommen geschwunden, für alle Arten von Tönen sowohl für die Luft- als auch die Knochenleitung — der N. acusticus functionierte nicht mehr. Dazu gesellten sich an Heftigkeit allmählich zunehmende Kopfschmerzen. Ein Versuch, den im Felsenbein vermuteten Tumor zu entfernen, schlug fehl, da kein solcher gefunden wurde. Wieder nach einiger Zeit trat eine rasch wachsende Drüsengeschwulst am vorderen Rande des rechten M. sterno-cleido-mastoideus auf, welche nach operativer Entfernung ziemlich rasch recidivierte. Bald darauf entwickelte sich ein ebensolcher Tumor auf der linken Seite des Halses. Die Kopfschmerzen bestanden während dessen fort, ja sie steigerten sich zu unerträglicher Höhe. Sie wurden anfangs auf die rechte Seite bezogen, später jedoch auf den ganzen Kopf. Erbrechen ist niemals aufgetreten. Unter namenlosen Qualen ist der Patient so im Laufe von nicht ganz 2 Jahren zu Grunde gegangen. Eine Section hat leider nicht stattgefunden. So lange ich den Patienten beobachtet habe, sind nie Erscheinungen von Lues nachgewiesen worden, niemals hat Patient über eine Behinderung der Nasenatmung geklagt oder Zeichen derselben aufgewiesen. Augenhintergrund und Augen waren stets normal.

Was lag nun in diesem Falle vor? Waren die stets zunehmenden Kopfschmerzen wohl geeignet, den Verdacht auf einen Hirntumor zu erwecken, so musste dieser Gedanke beim Auftreten der Drüsenmetastasen am Halse wieder fallen gelassen werden, soweit es sich um einen Hirntumor sensu strictiori handelt, d. h. um einen innerhalb der geschlossenen Dura sich ausbildenden Tumor, weil diese, soweit bekannt, keine Drüsenmetastasen setzen. Es blieben Tumoren der Dura selbst nach und solche des Craniums. Eine genauere Localisation schien die Zerstörung des Acusticus zu geben, die allerdings nicht in ihren einzelnen Stadien, sondern als vollendete Tatsache zur Beobachtung kam. Dabei war der Facialis nicht beteiligt — also vielleicht doch ein Sarcom des Felsenbeines trotz der misslungenen Operation? Leider konnte ich keine Section erhalten.

Es sollte mehr als ein Dutzend Jahre vergehen, bis ich einen zweiten derartigen Fall zu Gesichte bekam, der des Rätsels Lösung brachte.

Ende 1905 erschien in der Ambulanz des Marien-Diaconissenhauses die 37-jährige Musikersfrau H. Str. auch mit einem Drüsentumor der rechten Halsseite und heftigen Schmerzen, die sie in den Hinterkopf verlegte. Bei ihr waren jedoch beide Ohren gesund, ebenso der Nasenrachenraum. Was sie zum Arzte getrieben hatte, waren die Schmerzen. Als ich die Patientin ein halbes Jahr später wiedersah, hatte der Halstumor rechts schon Gänseeigrösse erreicht. Es fand sich jedoch auch unter dem Ansatz des linken sterno-cleido-mastoideus eine kleine Drüse in der Tiefe, die auf Druck heftige Schmerzen auslöste. Das rechte Trommelfell ist perforiert, Secretion gleich Null. Jetzt ist der Nasenrachenraum nicht mehr intact, sondern das Dach desselben steht tiefer als normal, die Nasenatmung ist jedoch unbehindert. Es findet sich in der Nase nur geringe Schwellung der unteren Muschel. Patientin gibt an, dass ihr vor einem Monat aus der linken Nasenseite einige kleine Polypen entfernt sind. Sie wünschte operiert zu werden, um die Schmerzen loszuwerden, die sie auf den rechts sitzenden Tumor zurückführt. Da eine ausgiebige Schmiercur à 4,0 Jodkali und längerer Gebrauch von Arsen absolut im Stiche lassen, wird der rechtsseitige Tumor exstirpiert, recidiviert aber ziemlich bald, erreicht allerdings nicht die bisherige Grösse. Die Kranke wandert jetzt von einem Arzte zum andern, ohne Linderung zu finden. Zuletzt bildet sich bei ihr das von E. v. Bergmann beschriebene Symptom der Kopfsperre aus. Auch diese Kranke geht unter namenlosen Qualen schliesslich (18. Juni 1908) an einer Pneumonie zu Grunde, nachdem ihr noch zuletzt ein Corsett mit Kopfstütze angelegt worden war. Die Section hatte die Kranke selbst gewünscht, «damit die Aerzte etwas lernen könnten». Ich bin ihr dafür sehr dankbar, denn die Section gab uns vollen Aufschluss über den Sitz der primären Geschwulst, was wegen eines operativen Eingriffes von höchster Wichtigkeit ist. Ich hatte bisher immer noch am Sitz derselben im Schädelinneren resp. Entwickelung dahin festgehalten, wegen der Schmerzen, die direct als Kopfschmerzen angegeben wurden. Es ist jedoch schon 1906 von mir im Krankenbogen vermerkt: «ob hier der primäre Tumor im Keilbein sitzt, ist nicht zu entscheiden». Bei der Eröffnung des Schädels war von einem Tumor der Schädelbasis nichts zu sehen, und fand sich erst bei genauerer Betrachtung, dass der ganze Körper des Keilbeins mit Erhaltung seiner Contouren von einem Tumor substituiert und nur an einzelnen Stellen die Corticalis als dünne Lamelle erhalten war, z. B. an der Sella turcica. Dabei zog ein kleiner, ganz kurzer Zapfen in die hintere Schädelgrube zum Porus acusticus internus d. h. hin, denselben aber nicht erreichend. Der Tumor, hühnereigross, liess sich ziemlich gut ausschälen.

Im Laufe der letzten beiden Jahre habe ich noch zwei Kranke mit demselben Leiden zu sehen Gelegenheit gehabt.

Bei dem einen von ihnen, einem 27 Jahre alten Arbeiter fanden sich beiderseits am Halse die Tumoren, rechts schon als Recidiv, wie die Operationsnarbe zeigte. Auch hier war das Recidiv bald erfolgt, Nasenatmung frei, der Nasenrachenraum aber bedeutend von oben verengert, was postrhinoskopisch leicht und bequem festzustellen. Die Untersuchung mit dem Finger gibt einen weich-elastischen Tumor. Auch hier hatten starke Schmerzen den Patienten zum Arzt getrieben. Auf eine Erkundigung bei dem Chirurgen, der den Halstumor exstirpiert hatte, erhielt ich als Diagnose: Lymphomata colli tbc. Die Ohren des Patienten waren vollkommen gesund. Ebenso bei dem letzten vierten Kranken, einem gleichfalls im besten Mannesalter stehenden Arbeiter. Beide Kranke habe ich nur je ein Mal gesehen. Sie gingen auf keine Operation ein.

Wenn ich nun das Krankheitsbild zusammenstelle, so finden wir bei Patienten im Alter von 25—45 Jahren heftige Kopfschmerzen, denen eine Metastasenbildung im oberen Halsdreieck auf oder längs den grossen Gefässen folgt. Auffallender Weise traten in allen meinen vier Fällen die Metastasen rechts zuerst auf. Diese Tumoren sind von normaler Haut bedeckt, seitlich beweglich, lassen sich von unten wohl nach oben verschieben, wenn man sie aber von oben nach unten verschieben will, so gewinnt man den Eindruck als wären sie oben fixiert.

Der Nasenrachenraum kann zur Zeit des Auftretens der Metastasen noch vollkommen unverändert sein, er kann aber auch schon eine Veränderung zeigen, und zwar in seiner Höhendimension, er ist von oben nach unten verschmälert, weist eine geringere Höhe als normal auf, das Dach hat sich scheinbar in toto gesenkt. Die Oberfläche ist glatt, zeigt keine Längsfalten, wie bei adenoiden Vegetationen. Die Consistenz ist eine weich elastische; bei der Untersuchung mit dem Finger tritt keine besondere Blutung ein. Die Nasenatmung ist fast stets unbehindert, jedenfalls ist die Nase selbst frei von Tumoren. In einzelnen Fällen sind Erkrankungen des Ohres beobachtet worden (ein Mal Ertaubung durch Zerstörung des Acusticus, ein Mal Otitis media), die jedoch nicht zum reinen Bilde gehören, dasselbe nur compli-

cieren. Der Facialis bleibt unbeteiligt, Stauungs- resp. Lähmungserscheinungen seitens der Augen sind nicht beobachtet worden, ebensowenig wie cerebrale Reiz- oder Druckerscheinungen. (Erbrechen, Pulsverlangsamung). Das einzige und hervorstechendste Symptom sind enorme Schmerzen, die bald allgemein als Kopfschmerzen angegeben werden, bald mehr auf eine Seite oder in den Hinterkopf verlegt werden. Die Prognose ist bisher eine trostlose. Im Laufe von ungefähr drei Jahren gehen die Kranken unter namenlosen Qualen zu Grunde, da, wie vorauszusehen, jegliche interne Medication, auch Antisyphilitica und Arsen absolut machtlos sind. Das einzige Mittel, sie zu retten, wäre eine frühzeitige radicale Operation, die nicht blos die Metastasen am Halse entfernt, sondern gleichzeitig den primären Tumor ausrottet.

Wollen wir dieses Ziel mit einem Schnitte erreichen, so ergibt sich naturgemäss folgende Operationsmethode: nachdem die Halstumoren durch je einen Längsschnitt vollkommen freipräpariert sind, werden diese beiden seitlichen Schnitte durch einen Querschnitt oberhalb des Zungenbeines vereinigt, welcher den Rachen eröffnet, also: Hinzufügung einer Pharyngotomia suprahyoidea. Den Operationen mit Verstümmelung des Gesichts, d. h. mit seitlicher Abklappung der Nase ist die obige Operation sicher vorzuziehen, wenn sie das Terrain ebenso zugänglich macht wie jene. Darüber fehlen mir persönliche Erfahrungen. Mir lag daran, das Krankheitsbild soweit genau zu schildern, dass wir imstande sind, möglichst frühzeitig die Diagnose zu stellen und die Kranken den Chirurgen zu überantworten.

Riga. Mai 1908.

Zur Frage der schädigenden Wirkung der Röntgenstrahlen.

Erwiderung auf den Aufsatz Dr. Bormanns „Die Röntgentherapie — eine ungefährliche und genaue therapeutische Methode" *).

Von

Dr. E. Hesse.

In der Nr. 13 dieser Wochenschrift findet sich ein Aufsatz Dr. Bormanns, in welchem der genannte Autor meine im Russkij Wratsch — 1908, Nr. 45 — veröffentlichten Ausführungen „Ueber die schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen auf Aerzte und Patienten und die zu ergreifenden Schutzmassregeln" einer Kritik unterzieht.

Indem ich im Folgenden die persönlichen Ausfälle des Herrn Bormann unberücksichtigt lasse, halte ich es für meine Pflicht, zum wissenschaftlichen Teil der Frage Stellung zu nehmen.

Als ich vor jetzt 1½ Jahren an die Bearbeitung dieser Frage dachte, hatte ich vor allem im Auge, einen kurzen Ueberblick über die geschichtliche Entwickelung der Röntgenschädigungen zu geben und im Rahmen der Möglichkeit alles über diese Frage veröffentlichte Material anzuführen. Daher war es möglich, dass das in eine Uebersichtsarbeit zusammengedrängte Material, allerdings nur auf den ersten Blick, einen übertriebenen Eindruck hervorrufen konnte. Ganz selbstverständlich war es auch, dass die Mehrzahl der Schädigungen der schon an und für sich längeren vordosimetrischen Periode (1897 bis ca. 1905) angehören musste, doch kann ich diese Mitteilungen keineswegs mit Dr. Bormann zu den seltenen zählen.

Es lag nicht in meiner Absicht, in meiner damaligen Abhandlung zur Dosierungsfrage Stellung zu nehmen, ich habe weder die bei uns übliche Bestrahlungstechnik geschildert, noch in einer theoretischen Bewertung mich zu den verschiedenen quantitativen Messmethoden geäussert.

Selbstverständlich halte ich die Dosimetrie bei therapeutischen Röntgenbestrahlungen für unumgänglich notwendig und bediene mich selbst des von Sabouraud-Noiré angegebenen Messapparates.

Auf Grund welcher Ausführungen Dr. Bormann mich zu den „Minutenbestrahlern" zu zählen scheint, ist mir nicht verständlich, und ich muss seine Annahme als irrig und seine Behauptung, welche die Principien meiner Arbeit als unwissenschaftlich bezeichnet, für unbegründet erklären. Ich gebe zu, dass meine Ausführungen von der 4-minutigen Maximalzeit für eine Sitzung und 12-minutigen Maximalzeit pro die ohne nähere Motivierung zu Missverständnissen Anlass geben konnten. Ich hatte an dieser Stelle, ohne es ausdrücklich zu erwähnen, nur die diagnostischen Bestrahlungen im Auge, welche für mich als Chirurgen fast ausschliesslich in Betracht kommen, während Dr. Bormann, wie aus dem ganzen Aufsatz ersichtlich, nur therapeutische Bestrahlungen in Betracht zu ziehen scheint. Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass diese Grenzwerte der Sitzungsdauer einer diagnostischen Bestrahlung nicht von mir stammen, sondern derjenige, welcher laut Dr. Bormann „den Mut hat, solche Dinge zu behaupten", ist Prof. Albers-Schönberg (Die Röntgentechnik. Hamburg 1906. Seite 182—183), dessen allgemein ratsamen Vorschlägen ich folge.

Dass für die therapeutischen Sitzungen ganz andere Principien in Betracht kommen, ist ja klar, und ich schliesse ich mich Dr. Bormann rückhaltlos an, dass es nicht auf die Minutenzahl, sondern auf die durch Dosimetrie bestimmte Strahlenquantität ankommt.

Bei kurzdauernden, meist nur einmaligen diagnostischen Durchleuchtungen glaube ich aber die quantitativen Messmethoden durchaus missen zu können und muss mich hierin in Gegensatz zu Dr. Bormann und in Uebereinstimmung zu den allgemeinen Gebräuchen stellen.

Im weiteren sind mir die Behauptungen Dr. Bormanns, dass die in meiner Arbeit „gesammelte Literatur auch mehr für die Unschädlichkeit der Röntgentherapie als für ihre Gefährlichkeit spricht", nicht verständlich.

Vor allem habe ich nicht von einer Schädlichkeit der „Röntgentherapie" sondern von Schädigungen durch „Röntgenstrahlen" im allgemeinen gesprochen, und ein Angriff auf das von Dr. Bormann vertretene Specialgebiet der Röntgenologie hat mir vollkommen ferngelegen.

Dass Dr. Bormann aber die Röntgenbestrahlung mit Hilfe der radiometrischen Apparate als gänzlich unschädlich darstellen will, scheint mir nicht ganz berechtigt; er denkt dabei nicht an die Gefahren, welchen der Arzt am Orthodiagraphen, der Holzknechtschen Wand u. s. w., ausgesetzt ist, sondern nur an das Specialgebiet der Röntgentherapie, bei welcher sich der Arzt den Röntgenstrahlen wenig oder garnicht auszusetzen braucht. Die Schädigungen der Radiologen sind doch nicht wegzuleugnen und zu den in meiner Abhandlung citierten sind eine Reihe weiterer trauriger Erfahrungen hinzugekommen.

Was die Angriffe Dr. Bormanns auf die Richtigkeit meiner Literaturangaben anbetrifft, wäre ich ihm für die Correctur der in den 102 citierten Titeln immer-

*) Versehentlich von der Redaction als Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte, bezeichnet. D. R.

hin möglichen Fehler natürlich sehr zu Dank verbunden, — zu meinem Erstaunen stimmt es nicht, was Dr. Bormann auszusetzen hat, wovon ich mich durch erneutes Nachschlagen der betreffenden Arbeiten überzeugt habe.

1) Die sub Nr. 46 von Dr. Bormann angezweifelte Arbeit befindet sich an der von mir citierten Stelle: Holzknecht. Die forensische Beurteilung der sogenannten Röntgenverbrennungen. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen, Band VI, pag. 145—152 und 177—184.

2) sub Nr. 94 findet sich die von Dr. Bormann angezweifelte Arbeit Two-Edget-Sword's in dem von mir citierten Journal Medical Presse 1903, November. Auch in den „Fortschritten auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen", nach welchen ich die englische Arbeit angegeben, ist das Referat im Band VII, pag. 166 richtig angegeben.

3) sub Nr. 95 findet sich gleichfalls in der von mir angegebenen Arbeit von Unna — „Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen, Band VIII, pag. 67" — kein Fehler.

Was Dr. Bormanns Einwände gegen das mit Bleiblech ausgekleidete Schutzhaus anbetrifft, möchte ich vor allem erwidern, dass nicht ich diese Schutzvorrichtung zuerst in Vorschlag gebracht habe, sondern nach dem Vorschlage von Prof. Albers-Schönberg eine Reihe der vollkommensten Röntgeninstitute im Auslande es mit Erfolg verwendet haben. Nach Errichtung des Albers-Schönbergschen Schutzhauses im Obuchowhospital für Männer sind auch verschiedene andere Hospitäler diesem Beispiel gefolgt. So findet sich z. B. im Deutschen Alexanderhospital gleichfalls diese von Dr. Bormann als umständlich bezeichnete Schutzvorrichtung, und diese Einrichtungen functionieren allenthalben zur vollsten Zufriedenheit.

Dr. Bormann empfiehlt im weiteren verschiedene Schutzkasten für die Röntgenröhren. Ich habe mich schon gelegentlich meines Vortrages im Verein St. Petersburger Aerzte durchaus im Sinne solcher Schutzvorrichtungen ausgesprochen und schliesse mich Dr. Bormann hinsichtlich ihrer Notwendigkeit vollkommen an. Dr. Bormann scheint aber die, durchaus nicht gering einzuschätzende, Secundärstrahlung zu wenig zu beachten, deren Wirkung für den Arzt durch das Schutzhaus paralysiert wird.

Indem ich meine Erwiderung schliesse, stelle ich fest, dass Dr. Bormann sich in seinem Aufsatz eines Tones bedient hat, wie er in der medicinischen Fachpresse nicht am Platze ist, und dass seine Ausfälle das Mass einer ernsten, wissenschaftlichen Polemik überschritten haben.

Referate.

S. Rebaudi: Hyperemesis gravidarum und Adrenalintherapie. Centralbl. für Gynäkologie 1909. Nr. 44.

R. hat in einem verzweifelten Fall von Hyperemesis Adrenalinlösung 1:1000 (Parke & Davis) angewandt: 10 Tropfen morgens und abends, vom 11. Tage an nur 10 Tropfen täglich, neun Tage hindurch. Es traten keinerlei Beschwerden auf, Pat. erholte sich zusehends. Der Marksaft der Nebennierenkapsel erwies sich als höchst wirksames Mittel. Ob die Schwangerschaftsgifte neutralisiert werden, oder der «intime Metabolismus» der Schwangeren reguliert und angeregt, oder auf die Centren der Nerven und des Muskelsystems, besonders des Magen-Darmcanals tonisch eingewirkt wird, oder endlich die Wirkung gleichzeitig eine antitoxische, den Stoffwechsel anregende und die Spannkraft des neuromusculären Systems erhöhende ist, weiss man noch nicht, — jedenfalls ist das Mittel unbedingt bei Hyperemesis zu versuchen.

Lingen.

J. Richter: Zur Klinik der Placenta praevia. Wien. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 3.

In neuerer Zeit haben Krönig und Sellheim das schon früher von einzelnen Autoren vorgeschlagene Verfahren, abdominal bei Placenta praevia vorzugehen, wieder in Anregung gebracht, und zwar empfahl Krönig den classischen Kaiserschnitt, Sellheim den extraperitonealen Uterusschnitt, so lange die Frau rein, am Anfang der Eröffnungsperiode in die Anstalt eintritt. Es war daher interessant, nach dem grossen Material der Schautaschen Klinik festzustellen, ob die daselbst zur Beobachtung gelangten Fälle geeigneter gewesen wären für den Kaiserschnitt und die Resultate für Mutter und Kind dabei bessere gewesen wären als beim bisher üblichen Entbindungsverfahren. Im ganzen kamen im Verlauf von 3 Jahren und 10 Monaten unter 11107 Geburten 125 Fälle von Placenta praevia zur Behandlung, bei welchen in 66 Fällen die Wendung gemacht wurde (52,8 pCt.), und zwar in 51 (40,8 pCt.) Fällen nach Braxton-Hiks, wobei der herabgeholte Steiss als Tampon verwendet wurde; in 15 Fällen konnte an die Wendung auch gleich die Extraction angeschlossen werden. Die Resultate durch die combinierte Wendung waren sehr gute, indem die Blutung sofort stand. Von den Kindern wurden allerdings 43,1 pCt. tot geboren.

Weniger günstig waren die Erfolge mit der Metreuryse, die in jenen Fällen angewandt wurde, in welchen die Weichteile noch nicht genügend für die combinierte Wendung erweitert waren. Abgesehen davon, dass es häufig schwer war, den Champetierschen oder Braunschen Ballon einzuführen, besonders bei Placenta praevia centralis, oder wenn der Kopf dem Beckeneingang schon etwas angepresst war, so kam es noch durch die Ausstossung des Ballons zu sehr starken Blutungen, und um diese anzuhalten, musste dann ein zweiter Eingriff ausgeführt werden, um die kunstgerechte Entwicklung des Kindes vorzunehmen. Die Vorbereitungen dazu erfordern natürlich Zeit, während welcher die Frau an fortdauernder starker Blutung zu Grunde gehen kann. Es ist also die Metreuryse kein ausreichendes Verfahren der Blutstillung. Anders verhält es sich bei der Wendung nach Braxton-Hiks. Hier tamponierte der Steiss und im weiteren Verlauf der Geburt die nachfolgenden Teile des kindlichen Körpers, so dass die Gefahr der Blutung eine bedeutend geringere ist als bei Metreuryse. Die Infectionsgefahr ist bei der Wendung nach Braxton-Hiks längst keine so grosse wie bei der Anwendung des Metreuryuters, da man bei letzterer in allen Fällen 2 Mal eingehen muss. Bei der Ballonbehandlung kamen allerdings nur 30,7 pCt. der Kinder tot zur Welt, doch ist dieser Umstand kaum in Betracht zu ziehen, da bei dem lebensgefährlichen Zustande der Mutter bei Placenta praevia auf die meist unreifen oder schwachentwickelten Kinder keine Rücksicht genommen werden kann. Bei der Metreuryse ist also die doppelte Gefahr der Infection und Verblutung der Mutter in Betracht zu ziehen, daher ist dieselbe nicht ohne Weiteres als zweckmässiges Verfahren für alle Fälle von Placenta praevia anzuwenden. — Die Nachgeburtsperiode verlief in der Mehrzahl der Fälle vollständig glatt, und meistens konnte der normale Abgang der Placenta abgewartet werden, in seltenen Fällen musste noch später wegen Blutung eingegriffen werden. — Wenn man sich auf den Standpunkt stellt, dass die Sectio caesarea nur ausgeführt werden soll bei nicht ausserhalb Untersuchten, nicht ausgebluteten Frauen und bei reifem, lebendem Kinde, so ist bei strenger Einhaltung dieser Bedingungen am gesamten Material der Schautaschen Klinik im Verlauf von 18 Jahren nicht ein einziger Fall zu verzeichnen, bei welchem der Kaiserschnitt bei Placenta praevia hätte ausgeführt werden können. Daher wird derselbe wohl kaum eine bleibende Therapie für die Zukunft darstellen.

Fr. Mühlen.

W. Starkiewicz. Ein Fall von Aneurysma aortae, compliciert mit Verschluss der Art. anonyma und Verödung der Vena cava superior. Gazeta lekarska. 1909. Nr. 44, 45, 46.

Ein ehemaliger Eisenbahnschaffner, 59 J. alt, wurde mit schwerer Dyspnoë, auffallender Cyanose des Gesichts und der Extremitäten, venöser Stauung der oberen Körperteile und enormen varicösen Erweiterungen der Hautvenen an Brust und Bauch (im Bereich der Vv. epigastricae superficiales und mammariae internae) ins Hospital des «Kindlein Jesus» in Warschau aufgenommen. Nach der Untersuchung des Kranken wurde die Diagnose auf Aneurysma der Aorta ascendens gestellt. Dabei fehlte rechterseits der Puls der Art. carotis, sowie der A. subclavia, während an der A. axillaris der Puls kaum zu fühlen war, was auf einen Verschluss der Art. anonyma, sei es durch Druck von seiten des Aneurysma, sei es durch einen Thrombus an der Austrittsstelle dieses Gefässes hinwies. Die erwähnten Venengeflechte, die als Ausdruck ei-

nes stark entwickelten collateralen venösen Blutstroms aufzufassen waren. verbunden mit der evidenten venösen Stauung in den oberen Partien des Körpers (Kopf und Hals), legten die Vermutung einer Compression der Vena cava superior nahe. — Als etwa 3 Wochen nach Aufnahme des Kranken der Exitus eintrat, fand St. im Sectionsbefund eine Bestätigung der intra vitam gestellten Diagnose. Der Befund war in den Hauptzügen folgender: die Aorta ascendens, der Arcus aortae und der obere Abschnitt der Aorta descendens waren stark erweitert, wobei die Erweiterung der aufsteigenden Aorta einen Sack von der Grösse des Kopfes eines Neugeborenen bildete. An der Austrittsstelle der Art. anonyma war das Lumen derselben bis auf ein Minimum verengt und dazu noch durch eine Art Klappe infolge von Knickung der Gefässwand vollkommen verschlossen; hier befand sich ausserdem ein wandständiger Thrombus des Aneurysma im Stadium der Organisation. Die Vena cava superior war auf einer Strecke von 10 Ctm. mit dem Aneurysma eng verwachsen und zeigte von der Klappe der V. subclavia an nach dem Herzen zu eine allmäliche Verengerung des Lumens, während dieses auf einer Strecke von 2—3 Ctm. vor der Vorhofsmündung vollständig verwachsen war. Die Wandungen der Vene waren verdickt und atheromatös entartet. Die rechte Lunge befand sich im Zustande vollkommner Compression.

Prof. A. Baurowicz. Zur Bekämpfung der Verbreitung des Rhinoscleroms. Przeglad lekarski. 1909. Nr. 46.

Das Rhinosclerom ist in Galizien in starker Ausbreitung begriffen. B. ist sogar geneigt, diese Krankheit als die «galizische Lepra» zu bezeichnen. Dadurch veranlasst, hat B. zum XVI. internationalen medicinischen Congress ein Referat eingesandt, in welchem er eine Reihe von Schutzmassregeln gegen die weitere Ausbreitung der genannten Krankheit vorschlägt. Vorliegender Artikel ist eine kurze Wiedergabe des Inhaltes jenes Referates. Vor Allem hält es Verf. für notwendig, das Rhinosclerom in die Zahl derjenigen Infectionskrankheiten aufzunehmen, bezüglich welcher eine strenge Meldepflicht besteht. Behufs genauer Registration müssten die Aerzte, wie auch die Heilanstalten dazu verpflichtet werden, über jeden vorkommenden Fall von Rhinosclerom an das Gesundheitsamt zu berichten, mit möglichster Eruierung der Infectionsherde. Das Gesundheitsamt habe darüber zu wachen, dass Rhinoscleromkranke ohne besondere Genehmigung desselben ihren Aufenthaltsort nicht wechseln, um einer Verschleppung der Krankheit in bisher infectionsfreie Orte vorzubeugen. Jeder Kranke müsse in der Einhaltung von hygienischen Massregeln unterwiesen werden, die zur Verhütung einer Infection seiner nächsten Umgebung dienen könnten, wobei besonders auf das Unschädlichmachen der Nasensecrete das Augenmerk zu richten wäre. Eventuell hält B. sogar die Einrichtung von Isolationscolonien für angezeigt. Nicht nur in Galizien, sondern auch in den übrigen Ländern sollten diese Massregeln durchgeführt werden. Dieselben dürften wohl kaum als zu streng bezeichnet werden, handle es sich doch um das Wohl der Menschheit.

W. Dörbeck.

Bücherbesprechungen.

Elias Metschnikoff. Studien über die Natur des Menschen. Eine optimistische Philosophie. 2. Auflage. 1910. Verlag von Veit u. Comp. Leipzig. Pr. M. 5.

Dieses Buch unseres berühmten Landsmannes eignet sich im Grunde wenig zu einer kurzen Besprechung. Ueber Hypothesen lässt sich nur discutieren, durch ein Referat erhält man doch kein Bild. Jedenfalls regt es an zum Weiterforschen, und man liest das Buch mit grossem Interesse. Allen, die sich für die mehr oder weniger bekannten Forschungen des Gelehrten interessieren, sei das Buch warm empfohlen.

Dr. W. v. Ungern.

Arzneidrogen. Als Nachschlagebuch für den Gebrauch der Apotheker, Aerzte, Veterinärärzte, Drogisten und Studierenden der Pharmacie bearbeitet von Dr. Heinrich Zörnig. Apotheker. I. Teil. Die in Deutschland, Oesterreich und der Schweiz officinellen Drogen. Leipzig 1909. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. Lieferung 1, 2 und 3. Preis für jede Lieferung Mk. 5.25.

Der erste Teil dieses Nachschlagebuches, welches aus drei Lieferungen besteht, enthält in alphabetischer Reihenfolge die Besprechung der Drogen aus dem Pflanzen- und Tierreich. Bei jeder Droge werden angeführt die bekanntesten synonymen lateinischen und deutschen Bezeichnungen, ferner die Abstammung, die Heimat, die Geschichte und die Handelssorten, die Makro- und Mikroskopie der Ganzdroge, die mikroskopische Untersuchung der Droge in Pulverform, die chemischen Bestandteile, die Anwendung und die möglichen Verfälschungen. Den Schluss der Besprechung jeder Droge bilden Literaturangaben.

Wie aus dem Vorwort des Verfassers hervorgeht, soll das vorliegende Werk als ein in knapper Form abgefasstes Nachschlagebuch dienen, welches ein dem jetzigen Stand der Forschung Rechnung tragendes Bild der in Deutschland, Oesterreich und der Schweiz medicinische Verwendung findenden Drogen entwerfen soll. An dieser Stelle muss noch hinzugefügt werden, dass das Buch sich ebenso auf die in Russland in Anwendung kommenden Drogen beziehen kann und dem Verfasser vollkommene Anerkennung gebührt für die grosse Sorgfalt und Mühe, die er bei der Abfassung des vorliegenden Werkes verwendet hat, welches einem jeden Fachgenossen bei der Untersuchung und Bewertung der Drogen als gutes Hilfsmittel dienen kann. Des leichteren Verständnisses wegen hätte sich aber der Verfasser durch etwaige Erhöhung des Preises nicht zurückschrecken lassen sollen, in den Text Abbildungen aufzunehmen, wenn auch die Atlanten verschiedener Autoren diesem Mangel abhelfen könnten. Seines vorzüglichen Inhaltes wegen sei aber dieses Werk allen Fachgenossen bestens empfohlen.

Mag. pharm. E. Lezenius.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1505. Sitzung 17. Februar 1910.

Anwesend 57 Mitglieder und 2 Gäste.

Vorsitzender: P. Klemm. Schriftführer: Brutzer.

P. I. Laurentz hält einen Vortrag «Zur Diagnose des Magencarcinoms». (Eigenbericht).

Ausgehend von der Ansicht, dass ein deutlich palpabler Magentumor nur in den seltensten Fällen eine Radicaloperation gestattet, da in der überwiegenden Anzahl von Erkrankungen der Krebs auf die Nachbarorgane übergegriffen hat, bespricht Redner Sitz, Aetiologie und prädisponierende Momente des Magencarcinoms, um Stellung zu nehmen zu den einzelnen in Kürze angeführten Untersuchungsmethoden, wobei ausdrücklich das Fehlen eines absolut verlässlichen Symptoms hervorgehoben wird, mit Ausnahme des sehr seltenen sicheren Nachweises von Geschwulstpartikeln. Trotz der eminenten Wichtigkeit einer Secretions- und Motilitätsprüfung des Magens müssen wir noch zu anderen Methoden greifen, und als besonders wichtig wird die Prüfung der Fäces auf occulte Blutungen hervorgehoben. In gleicher Weise wird die Salomonsche Probe als wertvoll bezeichnet, und nach Dr. Paul Cohnheim können eventuelle Infusorienfunde die Diagnose eines Magencarcinoms stützen. Nachdem Redner die Grundzüge der Probekost nach Schmidt-Halle besprochen und den Nachweis von Bindegewebsresten, als für Salzsäuremangel des Magensaftes sprechend bezeichnet hat, wird die auf gleichen Principien beruhende Sahlische Desmoidprobe erwähnt und zugleich die Angriffe, denen letztgenannte Magenprobe ausgesetzt war, mitgeteilt. Als wichtige, nicht zu unterlassende Untersuchung soll die Abtastung des Rectums vorgenommen werden, wegen der von Strauss und Schnitzler veröffentlichten Mitteilungen über frühzeitige Metastasen in Drüsenpaketen im Douglas; dabei wird auf Metastasen anderer Lymphdrüsen hingewiesen. Nach Przewalsky sollen Verengerungen der Intercostalräume, nach Gräfe und Röhmer die hämolytische Kraft eines Aetherextractes des carcinomatösen Mageninhalts und nach Kelling eine hämolytische Reaction des Blutserums Krebskranker zur Diagnose herangezogen werden. Auch hat Albu durch sorgfältiges Wägen von Patienten wertvolle Aufschlüsse zur Sicherstellung und vor allem zur Frage der Operation erhalten, und vom Autor wird zum Schluss der Standpunkt vertreten, dass in jedem zweifelhaften Fall ein längeres Warten den eventuell günstigen operativen Eingriff versäumen lasse und daher Carcinomverdächtigen in jedem Falle die Operation anzuraten sei.

Discussion:

Hampeln: Es hat sich mit der Zeit herausgestellt, dass es doch kein einziges eindeutiges Symptom für Magencarcinom gibt, wie früher angenommen wurde. Der Mangel an Salzsäure kommt auch bei Gastritis chronica vor. Die Achylie bedeutet

daher wenig. Bedeutsamer ist die positive Milchsäure-Reaction bei Abwesenheit der Salzsäure. Dennoch ist die chemische Reaction des Magensaftes ein so unsicheres Symptom, dass viele wie Bergmann garkein Gewicht darauf legen. Redner nimmt denselben Standpunkt ein, ihm hat der mikroskopische Nachweis mehr Gewicht. Die Anwesenheit von Blut an der Sonde beweist ebenfalls nichts, wenn der Patient bei der Sondierung presst oder drückt; auf der anderen Seite ist sie gewiss sehr wichtig, wenn Patient sich ganz passiv verhielt. Letzteres ist vom Vortragenden nicht genügend hervorgehoben worden. Liegt ein solcher einwandfreier Blutbefund vor, so müssen Carcinom und Ulcus noch unterschieden werden, wobei der Blutbefund auch weiter massgebend sein kann. Zu diesen Ausführungen referiert Redner einen Krankheitsfall. Der Patient hatte 50 Pfd. abgenommen, es bestand totale Achylie. Differentialdiagnostisch wurden Carcinom und perniciöse Anämie erwogen. Die Blutuntersuchung sprach gegen letztere. Demnach konnten Achylia gastrica oder Carcinom vorliegen. Eine Probelaparotomie in Dorpat ergab kein Carcinom. Später entwickelte sich ein Tumor in der Magenfundusgegend, dem Patient erlag. Im Sputum waren einmal Tuberkelbacillen gefunden worden, doch entwickelte sich die Krankheit nicht nach der Richtung. Eine Section war nicht gestattet, und die Frage, ob ein Magensarcom vorgelegen habe, muss unentschieden bleiben. Lymphosarcom und auch die gewöhnliche Form des Sarcoms am Magen können mit denselben Secretionsanomalien wie Carcinom verbunden sein und wachsen nicht nur nach innen sondern auch nach aussen.

Klemm hat vor Jahren einen Vortrag an dieser Stelle über Magencarcinom gehalten und bei der Dürftigkeit für die Diagnose massgebender Symptome empfohlen, mit der Operation nicht zu zögern. Wir sind jetzt ebensoweit, wie wir waren, trotz neuer diagnostischer Mittel. Die Gefahr der Probelaparotomie ist gering. Mikulicz hat den sogenannten kleinen Magenschnitt für solche Fälle empfohlen, gross genug für die untersuchende Hand. Klemm hat dementsprechend keinen Patienten verloren, manchen noch gerettet.

von Engelhardt möchte sich nicht dem Standpunkt von Klemm und Laurentz anschliessen. Die Patienten entschliessen sich nicht leicht in einem frühen Stadium zu einer Probelaparotomie. Wenn es auch nur eine kleine Anzahl von Symptomen gibt, so wird man durch sie doch auf die Möglichkeit eines Carcinoms aufmerksam gemacht und in einigen Monaten muss man Gewissheit haben. Ein vorübergehendes Zusammentreffen der Carcinomsymptome genügt allerdings nicht. Vor 15 Jahren war Engelhardt bei einer Patientin, die alle diese Anzeichen (Achylie, Milchsäure, reichlich Blutbeimengung) aufwies, zur Operation entschlossen. Die Operation wurde verweigert und Patientin lebt heute noch. Die Zahl der Möglichkeiten ist bei jedem der diagnostischen Hilfsmittel gross, doch wenn letztere alle nach einer Richtung weisen, wird man oft eher eine richtige Diagnose stellen als bei einer Probelaparotomie, bei der der derbe Ulcusrand für ein Carcinom gehalten werden kann, was zu einer Resection veranlassen könnte, wo sie unnütz wäre. Ausheberung und sorgfältige Untersuchungen können mit der Zeit die Diagnose sichern.

Büttner meint, die Patienten entschlössen sich schwer zu einer Probelaparotomie, weil ihnen immer noch im Anschluss ein schwerer Eingriff drohe. Auch er schliesst sich Engelhardt darin an, dass eine Beobachtung durch längere Zeit durch progrediente Veränderungen oder Wechsel der Erscheinungen Klarheit bringt. Die in letzter Zeit geäusserten skeptischen Ansichten über den Wert der chemischen Untersuchungen scheinen ihm nicht berechtigt, besonders wenn eine Serie von Untersuchungen vorliegt, welche einen Vergleich der Befunde gestattet.

Klemm: Carcinom und Ulcus hätten wohl viele gemeinsame Symptome, wie namentlich 3 seiner Fälle aus letzter Zeit lehrten, wo jedesmal ein grosser Tumor bestand. Von Resection sieht Klemm in solchen Fällen zunächst ab, weil die Resultate der Gastroenterostomie weit günstiger sind als bei der Resection. In allen solchen Fällen macht er zuerst eine Anastomose, geht es nach der Operation gut und lässt sich daher ein Ulcus annehmen, so bleibt es bei dem einen Eingriff. Lassen die weiteren Erscheinungen doch auf ein Carcinom schliessen, so muss in einer zweiten Operation reseciert werden; dabei ist es jedoch wertvoll, dass die Anastomose bereits fertiggestellt ist.

Bornhaupt betont die Schwierigkeit der Unterscheidung von Ulcus und Carcinom bei der Operation. Vergrösserung der Lymphdrüsen findet sich gelegentlich auch beim Ulcus. 1 Fall, den Bornhaupt der vergrösserten Lymphdrüsen wegen resecierte, war kein Carcinom. Man ist daher doch sehr auf die Magenuntersuchung angewiesen. Riedel plädiert allerdings auch für die Resection des Ulcus, die Gastroenteroanastomose gibt dennoch bessere Resultate.

von Engelhardt: Die Unterscheidung von Ulcus und Carcinom nach Klemms Vorschlag ist seines Erachtens nicht so einfach. Es kann durch die Anastomose auch beim Bestehen eines Carcinoms ein guter Zustand geschaffen werden, der über die Diagnose täuscht.

Laurentz erwidert im Schlusswort Hampeln, dass er die Blutentnahme durch die Sonde nur flüchtig erwähnt habe, weil sie nicht für entscheidend gehalten werden könne. Auch er spricht sich dahin aus, dass nur die Summe der Symptome ein Bild geben könne, dass man aber nicht in jedem Falle so lange warten könne, um ein Facit zu ziehen.

Protocolle des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg 1909/10 *).

I. Sitzung vom 18. September 1909.

Vorsitzender: Netschajew. Schriftführer: Hesse u. Kosakow.

1. Iwaschenzow: Zur Casuistik der Intestinalform des Anthrax. (Veröffentlicht im Russkij Wratsch 1910 Nr. 8 und 9).

Discussion:

Heuken stellt es als Regel auf, dass beim Anthrax das Vorhandensein von Anthraxbacillen im Blute unbedingt notwendig sei, sonst unterliege die Diagnose einem Zweifel. Wenn in unseren Regimentern ein Pferd fällt, so wird das Ohr des gefallenen Pferdes vom Regimentsarzt auf die Anwesenheit der Anthraxbacillen untersucht; wenn der Bacillus nicht vorgefunden wird, so wird Anthrax negiert.

Iwaschenzow erwidert darauf, dass der seltene Befund der Anthraxbacillen beim Menschen mit dem Auffinden derselben beim gefallenen Pferde nicht vergleichbar sei.

Grekow weist darauf hin, dass die Untersuchungen von Rostowzew einen Uebergang der Bacillen auf hämatogenem Wege von der Mutter zur Frucht festgestellt haben.

A. Sokolow erwidert, dass die von Rostowzew erhaltenen Resultate laut Mitteilungen deutscher Autoren nicht beweiskräftig sind, da letzterer mit einem Cadavermaterial gearbeitet hat und der Uebergang der Bacillen von der Mutter zur Frucht eine postmortale Erscheinung sein kann. Was die Frage des Bacillenbefundes im Blute anbetrifft, so ist es ihm beinahe immer gelungen, sie im Blute des Cadavers zu finden. Manchmal fand er sie auch unter der pia mater.

Bjelogolowyj erinnert an einen Fall, wo ein junger College infolge einer Laboratoriumsinfection dem Anthrax erlag. Bei der Autopsie wurden Hämorrhagien auf der pia und Anthraxbacillen in denselben vorgefunden.

Netschajew erwähnt, dass in den vielen von ihm gesehenen Fällen bloss in einem Falle die Intestinalanthraxdiagnose ausschliesslich auf Grund der klinischen Daten gestellt und später durch die Autopsie bestätigt wurde.

2. Hesse: Demonstration eines Kranken mit einer seltenen Anomalie des Daumens — Spaltung der Phalanx und des Metacarpalknochens bis zur Basis. (Erschienen in der St. Petersburger Med. Wochenschrift 1909, Nr. 44).

3) Giese und Hesse: Demonstration einer Kranken mit einem Hypophysistumor. (Erscheint im Russkij Wratsch 1910).

Discussion:

Zeidler: Der soeben vorgestellte Fall ist von grossem diagnostischem Interesse. Was die Therapie der Hypophisistumoren anbetrifft, so ist in den letzten Jahren mehrfach operativ eingegriffen worden, wobei die Zahl der günstig operierten Fälle garnicht so klein ist, wie es anfangs scheinen könnte. Obwohl die Technik der Operation schwierig ist, gelingt es doch bei einer gewissen Uebung, den Tumor zu entfernen. Der Gang der Operation ist folgender: Man bahnt sich den Weg zum sinus sphenoidalis durch die Nasenhöhle mit Hilfe der temporären Oberkieferresection, indem man durch das Siebbein geht und nach Abtragung der oberen Wand des sinus sphenoidalis die sella turcica erreicht. Kocher meint, dass man die sella turcica auch ohne Oberkieferresection erreichen kann. Hat man den Tumor erreicht, so wird er mit dem scharfen Löffel entfernt. Obgleich auf diesem Wege die Entfernung der Neubildung möglich ist, so

*) Da es mir durch meine Wahl zum Secretär des Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals weiterhin nicht möglich ist, die Protocolle des Vereins in der Wochenschrift zu referieren, hat Dr. L. Oeser die Liebenswürdigkeit gehabt, die ständige Berichterstattung zu übernehmen.
Hesse.

hängt doch der Effect der Operation ausschliesslich vom Charakter des Tumors ab. In der Literatur sind im Ganzen 7 Fälle von Hypophysisentfernung bei Akromegalie veröffentlicht worden. In drei Fällen waren es gutartige Tumoren (Adenome), bei ihnen gab die Operation ein günstiges Resultat, d. h. Rückgang aller Akromegaliesymptome. In vier Fällen waren es bösartige Tumoren (Sarcome). Hier gab die Operation nur zeitweilige Besserung, meist jedoch letalen Ausgang. Durch autoptische Untersuchungen gilt es als erwiesen, dass eine bösartige Geschwulst nicht radical entfernt werden kann. Es gelingt die Entfernung einer Hälfte bis zu einem Drittel, der übrige Teil bleibt zurück, und in kurzer Zeit sterben die Kranken an Recidiv. Was diesen Fall hier anbetrifft, so konnte man wohl, gestützt auf das erste Röntgenogramm, an eine Operation denken, die wir seiner Zeit der Kranken auch proponiert haben. Wenn man aber das zweite Röntgenogramm zu Hilfe zieht, so kommt man zur Ueberzeugung, dass wir es hier mit einem bösartigen Neoplasma zu tun haben, und dieser Fall deshalb inoperabel ist.

W. Sokolow weist auf die Möglichkeit der Hypophisisentfernung vermittelst Resection der mittleren Nasenmuschel ohne temporäre Kieferresection hin. Diese Operation könne laut Angabe einiger Autoren sogar ohne allgemeine Narcose unter Localanästhesie ausgeführt werden. (Löwe. Deutsche Med. Wochenschrift 1909).

Netschajew fragt die Vortragenden, ob Zucker im Urin der Kranken gefunden worden ist oder nicht, und ob irgend welche Anomalien der Menstruation bei der Patientin vorhanden sind?

Giese: Zucker ist im Urin nicht gefunden worden und die Menses verlaufen normal.

Hesse weist darauf hin, dass die normal verlaufende Menstruation in diesem Falle eine gewisse Anomalie ist, da ja im allgemeinen bei Akromegalie der Uterus atrophiert ist und die Menstrualblutungen fehlen.

4. Stuckey: Ueber die künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg. (Erschienen im Russkij Wratsch 1909, Nr. 48).

Discussion:

Grekow sagt, er verfüge nicht über ähnliche Fälle, und deshalb wäre seine Betrachtung rein theoretisch. Das Verfahren nach Momburg scheint ihm ein zu heroischer Eingriff zu sein, und er würde sich nicht entschliessen, den Gummischlauch Greisen und Arteriosklerotikern anzulegen. Bei der Entfernung des Cancer Recti sei das Verfahren nach Momburg total überflüssig, da man auch ohne Anlegen eines Gummischlauches die Blutung stillen kann. Ausserdem weisen mehrere Autoren auf grosse Schwankungen des Blutdruckes als eine Schattenseite des Momburgschen Verfahrens hin. Infolge dessen scheint es ihm, dass die Momburgsche Blutleere nur in den seltensten Fällen angewandt werden sollte.

Zeidler betont den grossen Erfolg und die wichtige Bedeutung dieses Verfahrens. Die Entfernung des Rectum beim Cancer desselben geht vollständig blutlos vor sich, desgleichen gelingt die Exarticulatio coxae ohne Blutverlust. Die Technik des Operierens wird bedeutend vereinfacht und der operative Eingriff verkürzt. Was aber das Anlegen des Gummischlauches bei Greisen und Arteriosklerotikern anbetrifft, so ist es noch eine grosse Frage, was für den Kranken gefährlicher ist, der colossale Blutverlust oder die Anwendung des Gummischlauches, die bei einem vorsichtigen Verfahren ohne Nachteil ist, was wir bereits nicht nur bei anderen Autoren, sondern auch bei unseren Fällen gesehen haben.

Grekow fragt, wie lange die Exstirpatio Recti dauerte?

Cholzow fragt, ob es keine Nachblutung nach Entfernung des Gummischlauches gegeben hat?

Hesse: die Entfernung des Rectum dauerte 1 Stunde 40 Minuten; eine Nachblutung ist nicht beobachtet worden. Es gab wohl eine geringe parenchymatöse Blutung, die aber sofort nach leichter Compression stand.

Stuckey fügt hinzu, dass in der Literatur noch kein Todesfall bekannt wäre, welcher unmittelbar mit der Anwendung des Gummischlauches in Zusammenhang gebracht werden könnte.

Netschajew: In einem jeden Falle, wo das Verfahren nach Momburg angewandt werden sollte, müsste das Herz des Patienten einer gründlichen Prüfung unterzogen werden, wie es Katzenstein proponiert hat. (Verein für innere Medicin in Berlin).

5. Stuckey. Demonstration eines wegen metastatischen Leberabscesses operierten Kranken. (Veröffentlicht in der St. Petersburger med. Wochenschrift. 1910, Nr. 11).

Discussion:

Cholzow erwähnt die Klarheit der Aetiologie, die Erreichbarkeit des Abscesses und seine Solitärität. Alles dies begünstigte die Operation und deren guten Erfolg. Ferner teilt er zwei seiner Fälle mit. Im ersten Falle war der eröffnete Abscess nicht solitär, denn bald danach erfolgte eine Perforation in die Bronchien und eine verzögerte Heilung. Der zweite Fall endigte letal. Bei der Autopsie fand man ausser dem eröffneten noch Nachbarabscesse, die sogar an Umfang grösser waren und eine allgemeine perforative Peritonitis zur Folge gehabt hatten.

Stuckey erklärt, vor anderthalb Jahren einen ähnlichen Fall operiert zu haben, ebenfalls mit letalem Ausgang.

Netschajew erinnert an die von Dr. Dmitrijew in der Sitzung vom 8./II. 1908 mitgeteilten Fälle, die alle tödlich endeten.

6. Tuszynski. Bericht über den Blutkaliagar nach Dieudonné. (Erschienen im Russkij Wratsch 1909, Nr. 42 und im Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde Bd. 54, Heft 1).

Berdnikow: Im allgemeinen findet sich in Ihrer Arbeit eine vollständige Bestätigung meiner Ansichten. Unzweifelhaft ist die Diagnose mit Hilfe des Dieudonnéschen Nährbodens schneller und sicherer zu stellen, da es nicht gelingt, die Vibrionen in Peptonwasser aufzufinden. Da sich Ihre Arbeit auf ein grosses klinisches Material stützt, ist sie von grossem Wert. Der Dieudonnésche Nährboden muss popularisiert werden, da bis jetzt noch wenig mit ihm gearbeitet wird. Ich will aber auch auf die Mängel Ihrer Arbeit hinweisen: 1) fehlen darin die Angaben derjenigen Mikroorganismen, die ausser den Choleravibrionen auf diesem Nährboden wachsen; 2) die negative Differenzierung von Cholera- und choleraähnlichen Vibrionen, da ja die Agglutination noch bei weitem kein absoluter Index sein kann. Ferner stimme ich nicht überein mit dem Vorhandensein des Bac. coli communis. Ich konnte keinmal diesen Bac. finden.

Tuszynski: für uns, die wir an Hospitälern arbeiten, ist es wichtig, die Frage zu lösen, ob der betr. Bacillus ein Choleravibrio ist oder nicht. Die Differenzierung der choleraähnlichen von den Choleravibrionen ist eine Frage von nebensächlicher Bedeutung. Der Hauptvorzug dieses Nährbodens ist der, dass aus Faeces direct einzelne Colonien erhalten werden können.

Iwaschenzew weist auf die grosse Vereinfachung, auf die Verkürzung der Zeitdauer und die Genauigkeit der Diagnosestellung hin im Vergleiche zu dem vorigen Jahre, wo das gewöhnliche Agarpepton benutzt wurde.

Kernig fragt, um wieviel sich die Zeit bis zur endgiltigen Diagnose verkürzt.

Tuszynski antwortet, dass die endgiltige Diagnose nach 12 Stunden gestellt werden kann, wobei es bedeutend weniger Fehldiagnosen gibt als beim alten Verfahren.

Kernig schliesst sich der Ansicht des Vortragenden an, dass der Dieudonnésche Nährboden grosser Aufmerksamkeit gewürdigt werden muss und im Vergleich mit den anderen Nährböden den Vorzug verdient.

Stühlern betont den hohen Wert dieses Nährbodens. Wenn der Bac. pyoceaneus auch wächst, so überwuchert er nicht das Wachstum der Vibrionen, desto weniger könnte man es von dem Bac. coli communis erwarten.

7. A. Sokolow demonstriert ein Präparat mit einer Perforation des oberen Teiles der Aorta descendens in den Oesophagus. Auf der der Perforation gegenüberliegenden Wand des Oesophagus befindet sich ein kleines Ulcus, infolge dessen meint der Vortragende, dass die Perforation des Oesophagus und der Aorta durch einen Fremdkörper entstanden sei, da sich weder in der Umgebung der Oesophagusöffnung, noch in der normalen Aorta pathologische Veränderungen finden. Das Blut ergoss sich zum Teil in den Oesophagus, zum Teil in das Zwischenzellgewebe der Muskeln der vorderen Halshälfte.

Eckert fügt die Krankengeschichte der Patientin hinzu. Dieselbe wurde mit leichten Influenzaerscheinungen ins Hospital aufgenommen, erschwertes Atmen wurde dabei nicht constatiert. T. 38,0. Dämpfung der Lungenspitzen. Plötzlich wird der Kranken schlecht, sie bekommt eine schwere Asphyxie, diffuse Schwellung des Halses, schwachen Puls. Nach sofort von Dr. Reimer gemachter Tracheotomie fängt die Kranke an, zu atmen und verbringt den Tag gut. In der Nacht stirbt sie unter Symptomen einer acuten Anämie. Dieser Fall blieb bis zur Autopsie unklar.

Referent L. Oeser.

Feuilleton.

Das Gülhane-Krankenhaus in Konstantinopel.

Von

Dr. med. Paul Bergengruen — Kissingen.

Wenn ich die Herren Collegen auffordere, mit mir dem kaiserlich türkischen Lehrkrankenhause Gülhane zu Konstantinopel einen Besuch abzustatten und dabei die Geschichte seines Werdeganges in kurzen Zügen rückschauend mitzuerleben, so glaube ich, ihnen nicht zu viel zu versprechen, wenn ich annehme, dass Sie gleich mir ein Gefühl der Freude und Genugtuung von dort mitnehmen werden.

Unser Führer auf diesem Gange ist die «Gülhane-Festschrift, zum 10-jährigen Bestehen des Kaiserlich-Osmanischen Lehrkrankenhauses Gülhane von Prof. Dr. Wieting-Pascha unter Mitarbeit des Lehrkörpers» verfasst und im Verlag von Georg Thieme in Leipzig 1909 erschienen (mit 50 Abbildungen).

Ein beredtes Zeugnis legt der stattliche, über 500 Seiten starke Band davon ab, was treuer, wissenschaftlicher Ernst und ehrliche Arbeit, was Beharrlichkeit auch unter äusserlich schwierigsten Verhältnissen zu leisten vermag: Es darf uns mit frohdankbarem Stolze erfüllen, wenn wir aus dem vorliegenden Werke entnehmen, wie deutsche Arbeit auch hier, wie überall, wo sie ihren Spaten in fremdes Erdreich treibt, befruchtend und culturfördernd gewirkt hat!

«Ein ureigenes Werk» Professor Rieders ist das Gülhane-Haus in Konstantinopel. Am 31. December des Jahres 1314 (1898) ist es eingeweiht worden. Nachdem Rieder, im Dienste dieser seiner Schöpfung erkrankt, schweren Abschied von ihr hat nehmen müssen, hat sie Prof. Deycke drei Jahre weiter geführt, bis Professor Wieting im Jahre 1907 die Leitung des Lehrkrankenhauses übernahm.

Ein harter Kampf ist es gewesen, in dem diese drei Männer gestanden sind, der Kamf, den alle Culturpioniere auszufechten haben, gegen die Mächte der Finsternis: es sind die nämlichen Feinde, mit denen einst, vor genau 70 Jahren, auch der preussische Hauptmann Hellmuth v. Moltke bei der Reorganisation der kais. osmanischen Armee zu ringen hatte: träger Schlendrian, Beamtencorruption schlimmster Art, Nepotismus, Fanatismus, misstrauende Unbildung, Aberglaube und missgünstiger Neid . . .

Unsagbar schwer ist es den deutschen Aerzten gemacht worden, dem osmanischen Kaiserreiche einen Dienst von so eminentem «staatserhaltendem und staatsstärkendem» Werte zu leisten, wie das mit der Einpflanzung der medicinischen Wissenschaft und modernen praktischen Heilkunde in den dafür bisher so völlig sterilen Boden der Türkei tatsächlich geschehen ist. Mit ihnen fühlen wir «die Ungeheuerlichkeit, dass die, die das Gute bringen sollten, durch strengen Contract gegen die sich schützen mussten, denen sie es bringen sollten. Und wie mancher bittere Kampf, der von der persönlichen Würde oft nicht kleine Opfer verlangte, musste gekämpft werden, um zum contractlichen Rechte zu gelangen». Nur dem Ansehen des Deutschen Reiches war es zu danken, «dass die selbst erbetenen und gerufenen Arbeiter nicht des Landes verwiesen werden durften».

Nehmen wir dazu die Indolenz, die durch Jahrhunderte gezüchtete Unfähigkeit der Orientalen zu stetiger Arbeit, zu geistiger Concentration, sowie den Mangel an Gewohnheit stetiger Pflichterfüllung, der sich ja natürlich auch von Seiten «der türkischen Schüler, Assistenten und mancher Lehrer» geltend machen musste: — nur das tiefwirkende Beispiel der Leiter, vieler ihrer Mitarbeiter und besonders auch ihrer Mitarbeiterinnen, der Schwestern, die durch nichts zu ermüdende germanische Berufstreue konnte unter solchen Umständen das Gülhane-Lehrkrankenhaus zu dem machen, was es heute ist, zu einer im modernsten Sinne hochstehenden Stätte ärztlicher Ausbildung und zu einer Heilanstalt für viele «Zehntausende von Leidenden».

Sind durch den Regierungswechsel auch viele der schwerlastenden Hemmungen beseitigt, die bis hierzu die gedeihliche Entwickelung Gülhanes hinderten, so bleibt doch noch viel zu tun übrig — aber auch zuversichtlich zu erhoffen, wie wir meinen! Dazu gehört last not least die Erfüllung einer dritten Aufgabe: Gülhane soll nach den Intentionen Rieders «dem türkischen Staate ein ausgebildetes Krankenpflegepersonal im Kriege und Frieden zu liefern anfangen». (S. 10). Wie weit diese Zwecke schon erreicht wurden, wie der Dank des Volkes in dem Vertrauen, das es dem Gülhane-Hause entgegenbringt, sich äussert, davon gibt Rieders 2-bändiges Werk «für die Türkei» urkundliche Beglaubigung und, als Fortsetzung desselben die vorliegende Gülhanefestschrift Wieting-Paschas. Dieselbe enthält einen «allgemeinen» und einen wissenschaftlichen» Teil.

Werfen wir zunächst einen Blick in den «allgemeinen Teil».

Da ist es nun nicht uninteressant, sich die eine Lebensfrage jeglicher Organisation, das Budget, ein wenig anzusehen, dessen «unglaubliche Höhe» vielfach Gegenstand scharfer Anfeindung von Seiten massgebender, aber durch Sachkenntnis in ihrem Urteil völlig ungetrübter Kreise gewesen ist: c. 2500 M. im Monat, bei dauerndem Bestand von 180 Kranken, bei über 100 Schülern, 13 Lehrern, 23 Assistenten und 150 Soldaten (Bedienung und Heilgehilfenschüler) — bei täglich 4—5 Operationen auf allen Specialgebieten und bei ungeheuer überlaufenen Kliniken und Polikliniken. Das Budget hat ferner zu tragen: Neubauten, Reparaturen, Neuanschaffungen (Instrumente, Röntgencabinet, Mikroskope, Verbandzeug, Medicamente) und alle Arbeitslöhne! fürwahr, keine geringe Leistung! —

Behufs möglichster Ausnutzung des Krankenmaterials für den Unterricht, haben tunlichst alle Patienten die Poliklinik zu passieren, ehe sie zur Aufnahme in die Station gelangen. Ausgeschlossen von Letzterer sind Variola, Pest, Cholera und Lyssa und alle voraussichtlich nicht zu bessernden chronischen Kranken, wenn sie sich nicht im Endstadium befinden.

Eine wesentliche Förderung hat Gülhane durch die am 13. Nov. 1908 erfolgte Begründung der «wissenschaftlichen Abende», für die Lehrer und Assistenten, erfahren, — eine Einrichtung, die unter der alten Regierung «unerhört, unmöglich gewesen wäre». Neben der Pflege des Wissenschaftlichen und des Gedankenaustausches zwischen den Vertretern der einzelnen Specialdisciplinen sollten diese Abende auch speciell den jüngeren Collegen zur Uebung in Vorträgen und als Anregung zu publicistischer Arbeit dienen. Die im «wissenschaftlichen Teil» wiedergegebenen Sitzungsberichte weisen ein interessantes Material und rege Beteiligung auf.

Die Schüler des Lehrkrankenhauses sind Zöglinge der Militärmedicinschule [1]), die ihr Schlussexamen absolviert haben. Sie sollen medicinische allseitige, praktische Durchbildung erfahren. Specialisten will Gülhane nicht heranbilden. Jeder Praktikant hat die Möglichkeit, zu assistieren, zu chloroformieren, zu verbinden, ja selbst zu operieren, «so dass jeder ernstlich Strebende am Ende des Jahres z. B. doch 2 oder 3 Hernien operiert».

Das bisher an dem Schülermaterial Erreichte bezeichnet Witing als «zufriedenstellend»: «von 100 Schülern waren 30—40 fleissig und gut brauchbar». Um uns bei diesem Procentsatz einem so milden Allgemeinurteil anschliessen zu können, müssen wir die localen Verhältnisse gerecht beurteilen: in einem Lande, wo bisher, zumal unter dem alten Regime, «Kenntnisse nichts, Connexionen alles galten, und die Schüler ihr Hauptziel darin sahen und sehen mussten, unter die Obhut irgend eines einflussreichen Paschas zu kriechen, um vor der Entsendung in die fernen Provinzen sicher zu sein», — da kann dieses Ergebnis tatsächlich kein schlechtes genannt werden.

Schlimmer bestellt ist es in Gülhane (und somit in der gesamten Türkei) mit der Schulung der Krankenwärter. Zum grössten Teil hat das seinen Grund in den festgewurzelten Vorurteilen der Bevölkerung: «es gilt z. B. bei den Soldaten geradezu für eine Strafe, an die Hospitäler commandiert zu werden», und man sieht es allgemein «als etwas ganz Natürliches an, dass zum Krankendienst nur halb Brauchbare, körperlich und geistig Defecte bestimmt werden».

Wieting hat auch hierin schon Grosses erreicht — im Princip wenigstens —: auf seine diesbezügliche Eingabe an den Kriegsminister hin werden von jetzt ab nur solche Soldaten nach Gülhane als Krankenpflegeschüler commandiert, die vorher ein Jahr mit der Waffe gedient haben, die geistig und körperlich tüchtig, des Lesens und Schreibens kundig und von gutem Charakter sind und (was sehr wesentlich ist) sich freiwillig gemeldet haben. Nach Ableistung ihrer 3-jährigen Dienstzeit können diese Militärsanitäre von Staatswegen in Civilspitälern verwandt werden, falls sie es nicht vorziehen, nach 12-jährigem Militärkrankenpflegedienst auf eine ihrer Ausbildung entsprechende Civilversorgung Anspruch zu erheben. Wie gross der Segen dieser Einrichtung fürs ganze Land sein muss, verstehen wir erst recht, wenn wir erfahren, dass es, abgesehen von den erwähnten zum Hospitaldienst commandierten Soldaten, geschulte und controllierte Kran-

[1]) Die Civilmedicinschule war bisher als Stiefkind der Regierung wenig frequentiert, soll aber nach Wietings Reformplänen bald wesentlich in den Vordergrund gerückt werden.

kenwärter des Civilstandes in der Türkei auch zur Zeit noch überhaupt nicht gibt.

Noch mehr im Argen oder, so hoffen wir mit dem Verfasser, «in den Windeln» liegt die weibliche Pflege in der Türkei: Krankenpflegerinnen gibt es hier eben nicht, ganz vor kurzem erst haben sich 10 türkische Frauen zur Erlernung der Krankenpflege in Gülhane als erster Stamm zusammengefunden, der aber gewiss weitere Zweige treiben wird! Zunächst wird ja der weibliche Krankendienst nur für weibliche Abteilungen in Betracht kommen können, da die Orientalinnen besserer Stände noch vieles an alteingewurzelten Vorurteilen zu überwinden haben werden, ehe sie an die Pflege von Männern herantreten.

Bis dahin soll versucht werden, ein weibliches Personal zu erziehen, dass die Krankenflege als Erwerbszweig, als Lebensversorgung ansieht.

Wie die Leiter von Gülhane im Kleinen, so hat in Sonderheit Prof. Wieting im Grossen eine Reorganisation, oder vielmehr eine erste Organisation des ganz desolaten türkischen allgemeinen Reichsmedicinalwesens, des medicinischen Unterrichts und Militärsanitätswesens angebahnt: in einer ausführlich durchgearbeiteten, an die Reichsregierung gerichteten Denkschrift, deren Grundlagen ihm wohl die in Gülhane nach allen Richtungen gemachten Erfahrungen geliefert haben, weist er in klaren Zügen auf die in allen Culturländern geltende socialöconomische Tatsache hin, dass jeder arbeitende, also gesunde Mann ein zinstragendes Kapital für den Staat darstellt, dessen Zukunft also mit seiner Hygiene, als einem Ausdruck seiner Cultur, «mit dem Stande seiner medicinischen Höhe» auf das Engste verknüpft ist. «Darum spart der Staat», darum liegt es in seinem eigensten Interesse, «wenn er an der Ausbildung tüchtiger Mediciner keine Ersparnisse zu machen sucht».

Die in jeder Beziehung von der Regierung bevorzugte Militärmedicinschule soll mit der Civilmedicinschule zu einem Institut, «der medicinischen Hochschule-Facultät» vereinigt werden. Die noch bestehende grosse Ueberproduction an Militärärzten («die meistens in Wirklichkeit gar keine Militärärzte sind»), beruht, wie Verf. nachweist, auf der äusserlichen Bevorzugung derselben den Civilärzten gegenüber und ist so gross, dass die Zahl der Ersteren den factischen Bedarf in Armee und Marine um 75 pCt. übersteigt. Von einem eigentlichen Aerztestande in unserem Sinne ist in der Türkei noch gar keine Rede. Diese Verhältnisse rechtfertigen den obigen Vorschlag Wietings doch durchaus. Es werden dabei 6-jähriger Studiengang und die Einführung des Medicinalpracticantenjahres nach deutschem Muster, sowie akademische Lehr- und Lernfreiheit als unbedingte Postulate für eine segensreiche Zukunft hingestellt; — es wird die Einführung der deutschen und französischen Sprache als obligatorische Unterrichtsgegenstände dringend empfohlen. Zur Heranbildung eines Grundstockes für einen «tüchtigen, allen Anforderungen gewachsenen Lehrerstand» sollen zunächst 10 besonders tüchtige Abiturienten der Vorbereitungsschule (etwa unseren Gymnasien oder Oberrealschulen entsprechend) zu gründlichem Studium der allgemeinen Medicin und verschiedener Specialfächer auf 8—10 Jahre in ausländische Universitäten geschickt werden.

In seinem vorerwähnten in der Festschrift abgedruckten Memorandum an den Kriegsminister weist Wieting ferner nach, wie unabweislich notwendig — ganz abgesehen vom Standpunkt allgemeiner Humanität — in rein financieller und strategischer Hinsicht es für die Armee und Marine eines Landes sein muss, ein allen modernen Anforderungen entsprechendes und gut functionierendes Militär-Sanitätswesen zu besitzen. Denn «nicht die Waffen des Gegners sind es, welche die meisten Opfer fordern im Kriege, sondern die Seuchen und die verheerenden Krankheiten». Dieser uns geläufige Erfahrungssatz wird durch einige Beispiele und Zahlenwerte belegt, die ich auf die Gefahr hin, manchem Leser schon Bekanntes zu bieten, wegen des grossen allgemeinen Interesses, dass sie beanspruchen dürfen, hier wiedergeben möchte:

Im Krimkriege verloren die Franzosen von 310000 Soldaten

$$\frac{\text{durch Waffen } 20200}{\text{durch Krankh. } 65000} = \frac{1 \text{ W.}}{9{,}3 \text{ Kr.}}$$

die Engländer von 98000 Soldaten

$$\frac{\text{durch Waffen } 1700}{\text{durch Krankh. } 16000} = \frac{1 \text{ W.}}{9{,}3 \text{ Kr.}}$$

Im russ.-türk. Kriege verloren die Russen $\frac{1 \text{ W.}}{2{,}5 \text{ Kr.}}$

in der Kaukasus-Armee erkrankten 21, 6 % am Typhus,
» » » » starben: $\frac{1 \text{ Waffen.}}{18 \text{ Typhus.}}$

Im türk.-griech. Kriege hatten die Türken 6400 Verw.;
von diesen starben 1800 auf dem Schlachtfelde
» » » mehr als 3200 später in Spitälern infolge mangelh. Pflege.

Aber mehr als 12000 Soldaten starben an Krankheiten! (Typhus, Malaria).

Dagegen: im deutsch-franz. Kriege verloren die Deutschen von 1150000 Soldaten

$$\frac{\text{durch Waffen } 28280}{\text{durch Krankh. } 15000} = \frac{1 \text{ W.}}{0{,}5 \text{ Kr.}}$$

Ebenso im russ.-japan. Kriege die Japaner: $\frac{1 \text{ W}}{0{,}5 \text{ Kr.}}$

Diese Zahlen reden laut genug auch für den rein öconomischen Wert eines guten Militärsanitätswesens!

Soweit der «allgemeine Teil» der Festschrift.

Dem «wissenschaftlichen Teil» entnehmen wir, dass in Gülhane im ersten Decennium seines Bestehens behandelt worden sind: 14110 Pat. in den Stationen aller Abteilungen und 62710 Pat. in den Polikliniken[1]).

In der Einleitung zu dem nun folgenden Hauptteil des Buches («Ergebnisse»), in welcher Verf. auf den Wert internationalen, zu vergleichenden Studien anregenden Mitteilungsaustausches hinweist, bespricht er zunächst einige Eigentümlichkeiten speciell der Konstantinopolitaner Praxis und corrigiert einige falsche Vorstellungen der Westeuropäer: so ist z. B. die Messerscheu der Bevölkerung Stambuls kaum grösser als in anderen Ländern; zum Teil wird sie durch die Aerzte selber unterhalten und genährt, da diese noch vielfach vor jedem (chirurgisch wie auch medicamentös) eingreifenderen Verfahren, aus Furcht vor der Verantwortung zurückschrecken; dies erklärt sich zum Teil daraus, dass, zumal unter dem alten Regime, Neid, Spionage, Verleumdung jeden umlauerten, der irgenwie aus der Herdenmasse hervorzutreten wagte. Dazu kam, dass «Kokaïn, die Arsenikpräparate, das Kali chloric, Tuberculin und viele andere.. unentbehrliche Mittel hierzulande strengstens verboten waren! — und das hatten allein selbstsüchtige Intriguen zustande gebracht!»

Eine besondere Empfindlichkeit der Türken gegen bestimmte Medicamente hat Verf. nicht beobachtet; nur das $CHCl_3$ stellt für die (freilich «meist unterernährten») türkischen Pat. entschieden ein stärkeres Parenchymgift dar als für den kräftigen Nordeuropäer». Einige Spättode nach $CHCl_3$ haben Verf. veranlasst, dasselbe nur noch zur Einleitung der Narkose zu verwenden, dieselbe wird dann mit der Aethertropfmethode fortgesetzt.

Maschinenverletzungen ereignen sich wegen Mangels an industriellen Betrieben selten, dazu kommt die bedächtige, träge Art des Arbeitens und der Fortfall der alcoholischen Beeinflussung; Waffenverletzungen sind häufig, da die Unsicherheit im Lande das Verbot des Waffentragens vor der Hand noch unmöglich macht. Um so dringender erscheint die baldige Einrichtung «schneller ärztlicher Hilfe» mit Sanitätswachen, Transportmitteln u. s. w. Gülhane war bis vor kurzem die einzige Rettungsanstalt in Stambul! Dagegen ist die Unsitte, Schusscanäle «zu untersuchen», d. h. sie mit der Sonde zu inficieren, endemisch, — aber freilich ist diese Sondenbehandlung auch das Einzige, was den Verletzten zu Teil wird.

Bezüglich der Verbrennungen betont Verf. die enorme Häufigkeit carcinomatöser Metaplasie der arg vernachlässigten Brandnarben: «fast alle die 47 Carcinome an den Gliedmassen», die Wieting beobachtete, waren auf solchem Boden gewachsen.

Die Wundheilung geht bei den armen Leuten, die aus Not Vegetarier sind, im allgemeinen auffallend langsam vor sich; dagegen sind schwere Phlegmonen «grosse Seltenheiten» (Rieder): zur Ueberwindung acut entzündlicher Processe trägt die rituelle Sauberkeit ebensoviel bei, wie der Fortfall des deletären Einflusses des Alcohols aufs Herz, aber immer wieder tritt die Schädigung der rein vegetarischen Ernährung auch hierbei störend zu Tage; die Reactionskraft des Organismus ist meist eine geringe; — deshalb bestehen viele Patienten derlei Erkrankungen ja wohl, jedoch gehen diese sehr häufig bei langsamem Verlauf in ein chronisches Stadium über.

Dieser mangelnden vitalen Reactionsfähigkeit vindiciert Verf. die Schuld daran, dass die Biersche Hyperämiebehandlung bei den acuten Eiterungen und tuberculösen Entzündungen seiner Patienten fast absolut versagte; vielmehr Nutzen hat Prof. Wieting von der Klappschen Methode, besonders durch die gute Absaugung der Secrete gesehen.

Während Variola in Konstantinopel trotz des gesetzlichen Impfzwanges endemisch ist, gehört die Diphtherie zu den in Gülhane am seltensten beobachteten Krankheiten: in den letzten 6 Jahren sind blos 2 Diphtherie-

[1]) Blos erstmalige Besuche sind gerechnet.

fälle dort constatiert worden; für dieses Factum fehlt (nach den Worten Prof. Soliman-Paschas, des Vorstehers der inneren Abteilung, der dieses Capitel im «wissenschaftlichen Teil» bearbeitet hat) zunächst noch jede Erklärung.

Actinomycose ist ebenfalls äusserst selten gesehen worden.

Lyssa wird nicht in Gülhane, sondern in einem besonderen Lyssa-Institut behandelt.

Die Malaria ist neben der Lepra die schwerste Volksseuche der Türkei: «Tausende und Abertausende fallen ihr (der Malaria) jährlich zum Opfer oder werden durch sie zu hinfälligen Ruinen». Fast bei jedem Gülhane-Patienten figuriert Malaria in der Anamnese. Viele tragen die grosse Milz durch ihr ganzes Leben. Aber auch hier kann und wird die Neugestaltung des Sanitätswesens, die Schulung der Aerzte und des Pflegepersonals in allgemeiner und specieller Hygiene etc. eingreifen, um Volk und Heer von diesem schwer lastenden Fluche zu befreien!

Dr. Reinhard, der pathologische Anatom in Gülhane, führt im Anschluss hieran: «Zur Malariafrage im Orient» an, das von den bisher an den Küsten des Schwarzen-, Marmara- und Aegäischen Meeres einheimischen, bisher gefundenen Malariaerregern der Tertianparasit der häufigste sei; der Tropikaparasit sei schon seltener, und am wenigsten oft sei der Quartanparasit zu finden. Die Ueberträger sind Anopheles und Culexarten.

Noma, Pustula maligna und Tetanus sind keine grossen Seltenheiten. Auch Gasphlegmonen, aus putrider Wundinfection nach Schussverletzungen und complicierten Fracturen entstanden, gehörten nicht zu den ungewöhnlichen Vorkomnissen.

Bezüglich der Tuberculosetherapie hebt Dr. Orhan Bey die günstige Wirkung der Injectionen von Chinin. hydrochl. in tuberculöse Knochenherde und Gelenke ganz besonders hervor.

Die Syphilis gelangte in Gülhane meist im Tertiärstadium zur Beobachtung und zeigt dabei in der Statistik der Gehirn- und Nervenkrankheiten von Gülhane das bemerkenswerte Factum, dass beim Volke bei öfterem Auftreten von schwerer Knochenlues doch Tabes und Paralyse zu den Seltenheiten gehören.

Die Gonorrhöe beginnt in unheilvollem Triumphzuge, gleichen Schrittes mit der «Civilisation», immer mehr in die Kreise des Volkes einzudringen. Zur Zeit ergibt die Gülhane-Statistik aus der gynäkologischen Abteilung freilich noch fast völliges Verschontsein der türkischen Frau von der gonorrhoischen Infection, — doch wird die Zukunft hierin wohl bald genug eine Wendung zum Schlimmeren bringen.

Intoxicationen sind in Stambul bei weitem seltener als in West-Europa. Das erklärt sich zum Teil aus dem Fehlen chemischer Industrien und aus der bei den Moslem geringen Neigung zum Selbstmord. — Von den Genussmitteln entfaltet der Abusus tabaci eine unheilvolle Wirksamkeit: das Cigarettenrauchen wird von Jugend an geübt, 30—50 Cigaretten pro die rauchen die meisten, und schwere Degenerationen des Herzens und der Gefässe sind die Folgen.

Der Missbrauch des Opium bleibt in engen Grenzen, und der des Haschisch ist ebenfalls selten.

Die nun folgenden Statistiken und die sehr zahlreichen und lehrreichen casuistischen Beiträge aus den einzelnen Abteilungen des Gülhane-Hauses eignen sich kaum für eine kurze wiedergebende Darstellung. Eine solche kann auch deshalb unterbleiben, da die wesentlichsten Arbeiten (und wesentlich sind wohl fast alle!) in unseren gelesensten deutschen Zeitschriften publiciert sind. Auch nur Einzelheiten aus der Fülle des Interessanten herauszugreifen, erscheint kaum tunlich, da sich daraus rasch ein eigenes Bändchen entwickeln müsste. In ihrer Gesamtheit stellen die «Ergebnisse», denen eine Reihe prächtiger Abbildungen beigefügt ist, eine Arbeitsleistung dar, die gegründet ist auf sachlich nüchterner Beurteilung und Selbstkritik, die getragen ist von freudiger Begeisterung und durchweht wird vom Geiste strengster und darum wissenschaftlicher Wahrheitsliebe. Dass Verf. die Arbeiten, die, wie gesagt, schon veröffentlicht sind, in der Festschrift noch einmal, zum Teil im Referat, zum Teil in extenso wiedergab, hat seinen Grund darin, dass die Ausgabe gleichlautend auch in türkischer Sprache erfolgte und also auch unseren osmanischen Collegen ein vollständiges, abgerundetes Vollbild der Leistungen Gülhanes bieten sollte.

Auf den «allgemeinen Teil» des Wietingschen Werkes hatte ich etwas näher eingehen zu dürfen geglaubt, da ich der Meinung bin, dass es für jeden Gebildeten, der Freude hat am Fortschreiten des Menschengeschlechtes in Erkenntnis und Altruismus, in Sonderheit aber auch für jeden Arzt, von hohem Interesse sein muss, gerade die ersten Anfänge einer Culturbestrebung kennen zu lernen, wie sie im Gülhane-Hause verkörpert ist, um dann in der Folge der Zeit die Fortentwicklung des so kraftvoll Begonnenen durch alle Phasen weiteren Emporblühens begleiten zu können in aufrichtiger Mitfreude und innerer Anteilnahme. Auch von dieser Stätte der Cultur leuchtet uns die grosse, schlichte Wahrheit entgegen, welche den in Deutschland jetzt rasch emporblühenden Reformschulanstalten, den deutschen Land-Erziehungs-Heimen des Dr. Lietz, als Leitspruch gilt:

«Ein getreuer, steter Sinn,
Der wandelt licht zum Lichte hin!»

— — Möge er sich auch am neugestalteten Osmanischen Reiche bewähren!!

Dr. med. Georg Krich †.

Am 20. März starb hier Dr. med. Georg Krich im 80. Lebensjahr. Am 6. Tage einer croupösen Pneumonie setzte eine Embolie der Pulmonalis seinem rüstigen Alter ein Ziel. Mit ihm ist ein hochgeachtetes Glied unserer Aerzteschaft dahingegangen. Ein halbes Jahrhundert lang, seit 1860, hat er in unserer Stadt gelebt und gewirkt. Es war ein schlichtes Leben in treuer Pflichterfüllung, weniger reich an äusseren Erfolgen als an inneren Werten, an Berufstreue, Freundschaft und häuslichem Glück. Und wenn es ihm, dem Hochbetagten, auch nicht erspart blieb, einen Collegen, einen Freund nach dem anderen zu überleben, so durfte er sich doch fort und fort, bis an sein Lebensende der Achtung und Zuneigung der nachrückenden jüngeren Generationen erfreuen. Sein äusserer Lebensgang ist im Allgemeinen in gleichmässigen Bahnen verlaufen:

Geboren zu Reval am 31. August 1830, erhielt Georg Krich seine Schulbildung am dortigen Gymnasium und bezog darauf die Universität Dorpat, an der er 1850—56 zuerst Physik, dann Medicin studierte und 1857 auf Grund seiner Dissertation «Experimenta quaedam pharmacologica de oleis Ricini, Crotonis et Euphorbiae lathyridis» zum Dr. med. promoviert wurde. Als Student gehörte er der Landsmannschaft Estonia an, der er sein Leben lang treue Anhänglichkeit bewahrte. Nachdem er 1857—59 seine Studien in Berlin, Wien und Paris fortgesetzt, kam er 1860 nach St. Petersburg und wurde hier Arzt am Hebammeninstitut der Grossfürstin Helene Pawlowna (1860—63). Seit 1863 als freipraktlcierender Arzt tätig, war er zugleich 1877—1904 Arzt an der Sternwarte in Pulkowo.

Unsere hiesigen deutschen Aerztekreise haben Dr. Georg Krich viel zu danken: So war er 1861—1876 erster und einziger geschäftsführender Redacteur der «St. Petersburger medicinischen Zeitschrift», der Vorläuferin unserer Wochenschrift, und leistete als solcher eine grosse Summe redlicher, wenig dankbarer Arbeit. Besondere Treue aber hat er dem Verein St. Petersburger Aerzte bewiesen, dem er mehr als ein halbes Jahrhundert (seit 1859) als Mitglied angehörte. 1861—1877 Bibliothekar des Vereins, hat er von 1863 bis zu seinem Tode, mithin 47 Jahre lang, in ihm das Amt des Kassierers bekleidet, ein in der Geschichte ärztlicher Vereine gewiss einzig dastehender Fall! Bei Gelegenheit des 40-jährigen Stiftungstags des Vereins (1899) wurde ihm in Anerkennung seiner treuen Amtsführung ein Silbergeschenk als Ehrengabe überreicht. 1907, aus Anlass seines 50-jährigen Doctorjubiläums, zum Ehrenmitglied erwählt, verblieb er auch ferner im Amt, und auch noch zu Beginn dieses Jahres, als die inzwischen eingeführte neue Geschäftsordnung dem Schatzmeister manche neue Verpflichtungen auferlegte, liess er sich dennoch bereitwillig per acclamationem wiederwählen. Eine für sein Alter ungewöhnliche Rüstigkeit und die ihm eigene Gewissenhaftigkeit liessen ihn mit bewundernswerter Regelmässigkeit jeder Sitzung beiwohnen. Soweit die Mitglieder des Vereins sich entsinnen können, hat er im Laufe der Jahrzehnte nur einige wenige Male krankheitshalber gefehlt. Auch an den Versammlungen der geburtshilflich-gynäkologischen Section des Vereins und den aus dieser hervorgegangenen gynäkologischen Abenden hat er regelmässig teilgenommen. Als Zeitgenosse der Stifter, schon wenige Monate nach Stiftung des Vereins in diesen aufgenommen, als Zweitältester unter allen Mitgliedern und Senior der gegenwärtig hier am Ort lebenden, verkörperte er in seiner Person gleichsam die Tradition des Vereins. Hierdurch, wie durch sein bis zuletzt frisches Gedächtnis, war er auch wie kein Anderer dazu berufen, an der Herausgabe des biographischen Albums zum 50-jährigen Jubiläum des Vereins mitzuarbeiten, denn mit dem Verein St. Petersburger Aerzte und seiner Geschichte war er geradezu verwachsen. Nun, da der Tod ihn abgerufen, wird die ehrwürdige Gestalt Dr. Georg Krichs auf dem gewohnten, nun leer gewordenen Platz noch lange von Allen vermisst werden!

Am Grabe ward ihm im Namen der Collegen und Freunde ein letzter Gruss, noch ein letzter Dank für seine Treue nachgerufen.

Ehre seinem Andenken!

B.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Das Klinische Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna beging am 25. März die Feier seines 25-jährigen Bestehens. Anwesend waren Se. Hoheit der Herzog Michael Georgiewitsch von Mecklenburg-Strelitz, der Gehilfe des Unterrichtsministers Wirkl. Staatsrat Uljanow, viele Professoren u. a. Nachdem der Privatdocent v. Wahl den Tätigkeitsbericht für 1909 verlesen hatte, bot Professor Nikitin einen kurzen Ueberblick über die Tätigkeit des Instituts in der Zeit seines Bestehens. Im Jahre 1885 wurde das Institut mit zwei Abteilungen von je 40 Betten eröffnet. Neun Jahre später verfügte das Institut bereits über fünf Lehrstühle und fünf klinische Abteilungen mit zusammen 140 Betten. Seit dem Bestehen des Instituts sind dort 285298 Patienten ambulatorisch behandelt worden. Präsidenten des Curatoriums waren N. A. Jermakow, F. G. Thörner, M. K. v. Anrep, W. W. Sklifassowski und P. Ch. Schwanebach. Gegenwärtig ist S. M. Lukjanow Curator des Instituts.

— Das Organisationscomitee des Congresses zum Kampf gegen die Prostitution beschloss in seiner letzten Sitzung, den Congress am 21. April im Salzdepot zu eröffnen. Am Abend desselben Tages wird ein Rout die Congressteilnehmer vereinigen. Die Sectionssitzungen beginnen am 22. April. Personen, die an dem Congress teilnehmen wollen, können Eintrittskarten in der Kanzlei der Gesellschaft zum Schutz der Frau (Mochowaja, Nr. 5) erhalten.

— Der internationale Congress für Gewerbekrankheiten findet am 10.—14. September d. J. in Brüssel statt. Auskunft erteilt der Generalsecretär, Dr. Glibert, Bruxelles, rue Lambermont, 2.

— Hochschulnachrichten:

Greifswald. Der Privatdocent an der Universität in Berlin, Prof. Dr. P. Kroemer ist zum Professor und Director der Frauenklinik in Greifswald ernannt.

Genua. Dr. G. Masini ist zum a. o. Professor der Oto-Rhino-Laryngologie ernannt.

Prag. Der Privatdocent für Psychiatrie, Dr. A. Heveroch ist zum a. o. Professor an der tschechischen Universität ernannt.

Sassari. Dr. M. Pellagati ist zum a. o. Professor der Dermatologie und Syphilidologie ernannt.

Insbruck. Der Privatdocent Dr. A. Posselt ist zum o. Professor für Innere Medicin an der Universität ernannt.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 14. bis zum 20. März 1910 627 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 62, Typh. exanth. 4, Febris recurrens 9, Pocken 46, Windpocken 20, Masern 248, Scharlach 84, Diphtherie 82, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 4, an anderen Infectionskrankheiten 68.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 936 + 40 Totgeborene + 52 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 21, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 1, Pocken 9, Masern 77, Scharlach 18, Diphtherie 17, Keuchhusten 14, crupöse Pneumonie 43, katarrhalische Pneumonie 127, Erysipelas 11, Influenza 10, Pyämie und Septicaemie 8, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 123, Tuberculose anderer Organe 19, Dysenterie 0, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 45, andere Magen- und Darmerkrankungen 46, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 56, Marasmus senilis 18, andere Todesursachen 264.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 20. März 13857. Darunter Typhus abdominalis 508, Typhus exanth. 20, Febris recurrens 21, Scharlach 289, Masern 151, Diphtherie 240, Pocken 191, Windpocken 15, Cholera 0, crupöse Pneumonie 110, Tuberculose 812, Influenza 225, Erysipel 118, Keuchhusten 14, Hautkrankheiten 75, Lepra 0, Syphilis 579, venerische Krankheiten 355, acute Erkrankungen 2406, chronische Krankheiten 2132, chirurgische Krankheiten 1710, Geisteskrankheiten 3450, gynäkologische Krankheiten 261, Krankheiten des Wochenbetts 60, verschiedene andere Krankheiten 111.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Jelisawetgrad Dr. R. Kutscherskij an Diphtheritis durch Infection von einem Patienten; 2) in Kiew Dr. N. Lissizyn; 3) in Kasan Dr. M. Person am Flecktyphus; 4) in St. Petersburg Dr. K. Wolowskij; 4) Dr. N. Gréhant, Professor der allgemeinen Physiologie an dem Muséum d'histoire naturelle in Paris; 5) Dr. C. Botez, Professor der Pathologie an der medicinischen Facultät in Jassy.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 6. April 1910.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ueber seröse Pleuraergüsse bei eitrigen Processen in der Bauchhöhle.
2) Schaack: Zur Kenntnis der traumatischen Aneurysmen und ihrer Behandlung.

Geschäftliche Sitzung: Beratung über die Ergebnisse der Arbeiten der Commissionen.
Wahl des Cassierers.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Одиннадцатый Пироговскій съѣздъ. СПБ. 1910.

E. Lezenius. Vergleichende pharmakognostische Untersuchung der chinesischen Wurzel Tang-kui, des aus ihr zubereiteten Fluid-Extractes und Eumenols Merck. Sep.-Abdr. aus «Pharmaceutische Centralhalle. 1910.

A. Stern. Die Medicin im Talmud. Sänger und Friedberg. Frankfurt a. M. 1909.

E. Abderhalden. Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden. Bd. I, 2. Hälfte. Urban und Schwarzenberg. Berlin. Wien. 1910.

F. Penzoldt und R. Stintzing. Handbuch der gesamten Therapie. Lief. 9 und 10. G. Fischer. Jena. 1910.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Medicin, herausgegeben von C. Lewin. W. Klinkhardt. H. I. Leipzig. 1909.

Kolloidchemische Beihefte, herausgegeben von W. O. Ostwald. T. Steinkopff. Dresden. 1910.

Л. Дуговская. Лечебныя мѣста, санаторіи и кумысолечебныя заведенія для легочныхъ и туберкулезныхъ. Петербургъ. 1910.

Д. Д. Поповъ. Г. Л. Давыдовъ. Хирургическое леченіе рака матки. В. Эттингеръ. СПБ. 1910.

W. Janowski. Die functionelle Herzdiagnostik. A. Hirschwald. Berlin. 1910.

A. Smith. Herzmuskelschwäche — Herzerweiterung. Verlag für Volkshygiene und Medicin. Berlin. 1910.

Medicinisch-Kritische Blätter, herausgegeben von Georg Deycke und Hans Much. L. Gräfe und Sillem. Bd. I, H. 1. Hamburg. 1910.

M. V. Romanowsky. Le traitement des affections tuberculeuses. Kündig. Genève. 1910.

Л. Е. Бразоль. О холерѣ и ея гомеопатическомъ леченіи. СПБ. 1908.

Therapeutisches Vademecum. Boehringer u. Söhne. Mannheim-Waldhof. 1910.

Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. 1909. T. I. Fasc. II. Rio de Janeiro. 1909.

Историческій очеркъ сооруженія памятника С. Ганеману. Къ столѣтію „Органона". 1810—1910.

P. Roethlisberger. Notiz über eine klinische Methode der quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Blutserum. Sonderabdruck aus der Münchener medicinischen Wochenschrift. Nr. 7. 1910. J. Lehmann. München.

P. Roethlisberger. Contribution à l'étude des eaux thermales de Baden. (Suisse). Paris.

Первый годъ дѣятельности общества борьбы съ раковыми заболѣваніями. СПБ. 1910.

F. Kanngiesser. Ein Fall von Chorea minor mit fehlendem Patellarreflex. Sep. Abdr. aus d. Münch. Med. Wochenschr.

Краткій отчетъ о дѣятельности Императорскаго Клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны за 20 лѣтъ его существованія. — Рѣчь, произнесенная профессоромъ В. Н. Никитинымъ. СПБ. 1910.

Записки Кіевскаго Общества Естествоиспытателей. Т. XX. Вып. 4. Кіевъ. 1910.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 15 St. Petersburg, den 10. (23.) April 1910. XXXV. JAHRGANG.

(Aus dem patholog. anatomischen Institut am Stadtkrankenhause zu Riga).

Zur Theorie und Praxis der Wassermannschen Reaction.

Von

Dr. med. Julius Eliasberg.
Arzt für Hautkrankheiten.

Referat, gehalten auf dem ersten Baltischen Aerztecongress zu Dorpat, August 1909.

Meine Herren! Die Wassermannsche Syphilisreaction, die erst Ende 1906 inauguriert wurde, steht jetzt im Vordergrunde der Syphilisforschung und in letzter Zeit, dank den Arbeiten von Plaut und Wassermann, von Plaut, von Nonne und andern Forschern, ist sie auch berufen, eine eminente Rolle in der Erforschung der syphilogenen Natur der Erkrankungen des Centralnervensystems zu spielen, ja vielleicht gelingt es auch, durch diese Methode diese Erkrankungen differentialdiagnostisch zu scheiden. Ein wahrlich eminenter Erfolg für eine so junge Methode. Forscher aller Welt haben durch rastlose objective Arbeit ihr zu diesem Triumph verholfen.

Auch hier, meine Herren, bei dieser Methode, wie so oft in der Wissenschaft ist Wassermann, wie Sie später ersehen werden, von einer, mehr als wahrscheinlich falschen Voraussetzung ausgegangen; und wenn auch seine theoretische Begründung nicht mehr zu recht besteht, so verbleibt dennoch, wie wunderbar es auch erscheinen mag, dieser Methode bei einigen Einschränkungen voll und ganz die eminente praktische Bedeutung, sowohl auf dem Gebiete der Syphilisforschung als auch auf dem der Syphilisdiagnostik.

Sie werden deshalb es begreiflich finden, wenn ich Ihnen, meine Herren, so wenig als möglich Theorie bringen werde, — allerdings werde ich etwas näher auf das Wesen des biologischen Vorganges eingehen müssen.

Die Methode fusst auf den genialen Versuchen von Bordet und Bordet und Gengou. Bordet hat eine Methode ersonnen, um die unsichtbaren Vorgänge der Bindung der Bakterien durch die von denselben im tierischen Organismus erzeugten Antikörper sichtbar zu machen und sie im Reagenzglase zu wiederholen. Diese Methode beruht auf folgendem Phänomen. Impft man einem Tiere eine Noxe ein, sei es bakterieller oder anderer Natur, so reagiert das Tier mit Bildung von Antikörpern. Die Antikörper — Amboceptoren — haben zwei Haftflächen, eine für das Gift, die andere für das Complement. Amboceptor und Complement kreisen zwar beide im Blute des geimpften Tieres, unterscheiden sich jedoch wesentlich von einander. Erstens ist der Amboceptor thermostabil, d. h. er verträgt das Erwärmen auf 56°, während einer $^1/_2$ Stunde, — das Complement ist hingegen thermolabil, d. h. das Erwärmen auf 56° während $^1/_2$ Stunde vernichtet es. Und zweitens ist der Amboceptor normaliter entweder gar nicht vorhanden oder in nur verschwindender Menge, massenhaft wird er nur hervorgerufen durch die Impfung, — das Complement ist aber in jedem normalen Serum in genügender Menge vorhanden, am constantesten ist der Gehalt an Complement im Meerschweinchenserum. Wenn man einem Kaninchen reingewaschene rote Hammelblutkörperchen einimft (peritoneal oder in die Ohrvene), so reagiert das Kaninchen darauf mit der Bildung von Schutzstoffen, dem Hämolysin, dieses zerstört die roten Hammelblutkörperchen, indem es das Stroma angreift und dann das Hämoglobin auflöst. Dieses Hämolysin ist nur specifisch für Hammelblutkörperchen. Rote Blutkörperchen, die einer anderen Tierspecies gehören, werden durch das Blut dieses Kaninchens nicht aufgelöst werden. Das Hämolysin wirkt aber nur deshalb, weil im Blute des geimpften Kaninchens nicht nur der specifische Amboceptor kreist, sondern auch das Complement. Wir können uns mit Leichtigkeit davon durch einen einfachen Reagenzglasversuch überzeugen. Wenn wir nämlich einem derartig geimpften Kaninchen das Blut entnehmen und dann centrifugieren, so gewinnen wir reines Serum. Erwärmen wir nun dieses Serum auf 56° eine halbe Stunde (diesen Vorgang nennen wir Inactivieren eines Serums), so verliert dieses Serum seine hämolytische Eigenschaft. Und wenn wir

diesem inactivierten Kaninchenserum rote Hammelblutkörperchen zusetzen, so bleiben die letzeren unverändert. Und doch ist die wirkende Substanz nicht vernichtet, sondern eben nur inactiviert. Denn im selben Augenblick, wo Sie dem Gemisch: „inactiviertes Kaninchenserum + rote Hammelblutkörperchen" normales Meerschweinchenserum zusetzen, tritt sofort die Hämolyse der Hammelblutkörperchen ein. Dieses Phänomen der Hämolyse, in Verbindung mit der Thermostabilität des specifischen Amboceptors und der Thermolabilität des Complements hat es ermöglicht, die tief im Verborgenen vor sich gehenden biologischen Processe im Reagenzglase zu wiederholen und unserem Auge sichtbar zu machen. Denn dasselbe, was das Einspritzen der roten Hammelblutkörperchen im Serum des geimpften Kaninchens hervorruft, dasselbe geschieht im tierischen Organismus, wenn wir ihn mit anderen Noxen, z. B. mit Bakterien impfen. Nehmen wir an, wir impfen ein Tier mit Tetanusbacillen. Im geimpften Tier bilden sich dann wiederum für den Tetanusbacillus specifische thermostabile Amboceptoren, die in Gemeinschaft mit dem thermolabilen Complement den Kampf mit den Bakterien aufnehmen. Diese Amboceptoren sind verschiedener Natur; jenachdem ihre Wirkung auf die Noxe ist, werden sie Präcipitine, Agglutinine, Lysine u. s. w. genannt. Dieser Kampf geht aber, wie gesagt, tief im verborgenen vor sich, und handelt es sich um Toxin und Antitoxin, so werden sie überhaupt nicht sichtbar, weil es biochemische Vorgänge sind, die in Lösungen vor sich gehen. Wenn wir nun aber in ein Reagenzglas in einem bestimmten Mengenverhältnis eine Aufschwemmung einer Reincultur einer Bakterienart und inactiviertes Serum eines Tieres, das mit dieser Reincultur geimpft wurde, tun und diesem Gemisch wiederum in einer ganz bestimmten Menge Complement zusetzen und eine bestimmte Zeit, etwa eine Stunde, im Thermostat bei 37—38° stehen lassen, so setzen wir voraus, dass in dieser Zeit die biochemische Bindung: Bakterie + specifischer Amboceptor + Complement vor sich gegangen ist. Fügen wir nun, nachdem wir das Reagenzglas aus dem Thermostat genommen haben, noch hinzu: inactiviertes Serum eines Kaninchens, das mit roten Hammelblutkörperchen geimpft wurde und rote Hammelblutkörperchen, beides auch in einem ganz bestimmten Mengenverhältnis und fragen wir uns, was wird nun geschehen? Das inactivierte Kaninchenserum kann auf die roten Hammelblutkörperchen doch nur dann einwirken, wenn es zu seiner Verfügung freies Complement hat. Ist aber freies Complement im oben beschriebenen Versuch da? Nein! es kann ja auch gar nicht vorhanden sein. Wir haben ja complementhaltiges Normalserum in einer ganz bestimmten Menge zugesetzt, die gerade ausreicht, um das inactivierte Serum des mit der Reincultur geimpften Tieres zu activieren, und es ist deshalb während der Zeit, wo das Reagenzröhrchen mit dem Gemisch: Bakterienculturaufschwemmung + inactiviertes Serum (des mit dieser Bakteriencultur geimpften Tieres) + Complement im Thermostat stand, voll und ganz verbraucht, und deshalb kann keine Hämolyse eintreten. Die Flüssigkeit wird anfangs trübe aussehen, lässt mann sie aber längere Zeit stehen, etwa 12 Stunden, so sinken die roten Blutkörperchen zu Boden und darüber steht klare Flüssigkeit. Wir nennen diesen Vorgang Bindung des Complements und als Folge complette Hemmung der Hämolyse. Nehmen wir nun an, wir hätten die Versuchsordnung geändert, und zwar nehmen wir in der ersten Hälfte unseres Versuchs wiederum eine Bakterienreinculturaufschwemmung, aber das inactivierte Serum eines Tieres, das mit einer anderen Bakterienreincultur geimpft wurde, sagen wir Tetanusreinculturaufschwemmung und inactiviertes Serum eines Tieres, das mit Milzbrandreincultur geimpft wurde und als drittes Glied der Kette normales, complementhaltiges Meerschweinchenserum, alle 3 in einem ganz bestimmten Mengenverhältnis. Stellen wir nun ganz genau wie im ersten Versuch das Reagenzglas in den Thermostat auf eine Stunde bei 37—38°. Nehmen wir das Reagenzglas nach einer Stunde heraus und fügen nun zu diesem Gemisch inactiviertes hämolytisches Kaninchenserum und rote Hammelblutkörperchen, beide im selben Mengenverhältnis wie im ersten Versuch, und was geschieht nun? Da wir in der ersten Hälfte unseres Versuches eine ganz bestimmte Reincultur haben und zw. Tetanusreincultur und im inactivierten Serum specifische Amboceptoren nur gegen Milzbrandbacillen, so können diese zwei Körper aufeinander nicht einwirken, und infolge dessen wird das Complement nicht verbraucht werden, denn dieses wird ja nur verbraucht, wenn es einen Amboceptor activieren soll. Es ist also in diesem Fall das Complement nicht abgelenkt, nicht gebunden, es ist frei. Es wird zu anderen Zwecken verwendet werden können. Und da wir nun in der zweiten Kette unseres Versuches haben: inactiviertes hämolytisches Kaninchenserum + rote Hammelblutkörperchen, so wird nun das freie Complement das inactivierte Kaninchenserum activieren können, und tatsächlich tritt nun in definitivo die Auflösung der roten Hammelblutkörperchen ein. Je nachdem nun bei einem derartigen Versuch die Hämolyse eintritt oder nicht, schliessen wir, ob wirklich im inactivierten Serum die für die verwendete Reincultur specifischen Amboceptoren vorhanden sind oder nicht. Wird die Hämolyse gehemmt, so schliessen wir daraus, dass das Complement in der ersten Hälfte des Versuchs verbraucht wurde, d. h. es sind specifische Ambocoptoren da, d. h. das Tier ist von einer Krankheit behaftet, die der Reincultur entspricht, und umgekehrt. So können wir auf diese Weise in diagnostisch dunklen Fällen durch Prüfen des Serums mit verschiedenen Reinculturaufschwemmungen schliesslich Licht bringen und die Krankheit erkennen. Das ist meine Herrn das eminente Verdienst von Bordet. Aber nicht alle Krankheiten beruhen auf Bakterien, die sich in Reincultur züchten lassen. Das grosse Verdienst von Wassermann ist es, auch diese Krankheiten der Serodiagnose zugänglich gemacht zu haben. Statt nun Bakterienculturaufschwemmungen resp. Bakterien zu nehmen, bereitet Wassermann ein „wässeriges" Extract aus Bakterien resp. aus Organen, in denen die Bakterien resp. andere Krankheitserreger in grosser Menge vorhanden sind — bei der Syphilis z. B. ist es die Leber der syphilitischen Föten, die von der Spirochaete pallida (Schaudin) wimmelt — und verfährt nun mit diesem, in bestimmten Mengenverhältnissen von physiologischer Kochsalzlösung und fötaler Leber bereiteten Extract genau so wie Bordet mit der Bakterienaufschwemmung. Im Leberextract vermutet Wassermann die syphilitische Noxe, oder serologisch gesprochen, das syphilitische „Antigen" und im Blutserum resp. der Cerebrospinalflüssigkeit der Syphilitiker oder der auf Syphilis zu Prüfenden vermutet er den specifischen Amboceptor + Complement oder nach Ehrlich den „Antikörper". Indem er nun inactiviertes Syphilitikerserum oder inactiviertes Serum der auf Syphilis zu Prüfenden mit dem syphilitischen Leberextract und complementhaltigem Normalmeerschweinchenblutserum in ganz bestimmten Mengenverhältnissen im Reagenzglase zusammenbringt, auf 1 Stunde in den Thermostat bei 37—38° bringt und dann diesem Gemenge inactiviertes hämolytisches Kaninchenblutserum und rote Hammelblutkörperchen auch in ganz bestimmtem Mengenverhältnis zusetzt, sieht er nun zu, ob Hämolyse eintritt oder nicht. Tritt keine Hämolyse ein (man nennt diesen Vorgang Hemmung der Hämolyse oder Complementablenkung), so schliesst Wassermann

daraus, dass in dem geprüften Serum specifische Amboceptoren vorhanden sind für das syphilitische Antigen, in Folge dessen gehört das Serum einem Luetiker. Tritt hingegen Hämolyse ein, so gehört das Serum einem Menschen an, der frei ist von Syphilis. Diese letztere Schlussfolgerung ist nur mit einigen Einschränkungen anzunehmen, denn, wie wir später sehen werden, geben nicht alle sicheren Luetikersera die Complementbindung: bei einem gewissen Procentsatz dieser Seren tritt Hämolyse ein. Aus der völligen Analogie der Resultate schloss Wassermann, dass seine Prämisse: „Antigen"—„Antikörper specifische Wirkung" richtig wäre. Ein heftiger wissenschaftlicher Streit entstand, als Forscher ähnliche Resultate erzielten mit alcoholischen Extracten aus den syphilitischen Lebern, — ja mit alcoholischen Extracten aus Normalorganen. Die Antikörper sind eben Eiweissverbindungen; nun sind die Eiweiskörper alcoholunlöslich. Und woher sollten überhaupt specifische Antikörper in normale Tierorgane kommen? Der theoretischen Begründung ist dadurch ein schwerer Schlag versetzt worden. Und wenn auch das alcoholische Extract aus Normalorganen nicht so wirksam ist und nicht so zuverlässig wie das alcoholische Extract aus syphilitischen Fötallebern, geschweige wie das wässerige Extract, und wenn auch Plaut, Citron, Wassermann selbst und andere zur Verteidigung der theoretischen Begründung gar Manches ins Feld geführt haben, so ist sie dennoch stark erschüttert worden. Aber Sie werden, meine Herren, es mir nicht verargen, wenn ich auf die genaueren Details dieser wissenschaftlichen Controverse nicht näher eingehe und Ihnen nur die Divergenzpunkte angedeutet habe. Denn Ihnen als praktischen Aerzten kommt es in definitivo doch nur auf den praktischen Wert der Wassermannschen Reaction an. Und wie ich Ihnen schon Eingangs gesagt habe, verbleibt der Wassermannschen Syphilisreaction trotz der theoretischen Anfechtung voll und ganz ihre eminente praktische Bedeutung. Selbstredend bieten sich auch hier Einschränkungen: so gibt die Lepra tuberosa, die Framboesia tropica, ja auch mitunter der Scharlach mit dem syphilitischen Leberextract Complementbindung. Auch hemmen manche Sera von selbst die Hämolyse. Aber das Alles, sowie die vielen Fehlerquellen, die der Methode als solcher anhaften, sind Schwierigkeiten, die erstens alle zu überwinden sind und zweitens den Forscher eben zur äussersten Vorsicht mahnen. Denn so klar und leichtverständlich der biochemische Vorgang auch ist und mag das Erlernen der eigentlichen Technik der Untersuchungen auch leicht sein (es genügen 5—6 Wochen zum Erlernen), so schwierig ist die praktische Verwendung der Methode. Noch sind die näheren Vorgänge unbekannt, und das Material mit dem wir arbeiten ist derartig capriciös und in seiner Wirkung wechselvoll, die Wechselbeziehungen z. B. von der Stärke des hämolytischen Serums und der Menge Extract so leicht verschiebbar, die Fehlerquellen aber deshalb so verschiedenartig, dass nur lange und andauernde Beschäftigung auf diesem Forschungsgebiete uns die nötige Sicherheit gibt, die Resultate praktisch zu beurteilen und für die wissenschaftliche Forschung zu verwerten. Aber auch darüber werde ich mich nicht weiter auslassen, werde Sie mit der Technik der Methode nicht weiter behelligen und gehe nun zu der praktischen Verwertung der Methode über. Meine Herren, dank der Liebenswürdigkeit der Verwaltung des Rigaschen Stadtkrankenhauses ist mir die Möglichkeit gegeben, serologisch zu arbeiten, und ich konnte an dem Krankenmaterial der dermatologischen Abteilung (Leitender Arzt Dr. G. v. Engelmann), der Abteilung für Nervenkrankheiten (Leitender Arzt Dr. E. Schwarz), des Leprosoriums zu Riga (Leitender Arzt Dr. Biehler), an meinen eigenen Patienten und an denen, die mir von den Collegen freundlich zur Untersuchung zugewiesen wurden, die Wassermannsche Reaction zunächst prüfen. Ich habe über 500 Serodiagnosen gemacht. Zunächst muss ich constatieren, dass in allen Controllversuchen, die ich angestellt habe bei den verschiedensten Erkrankungen: Hautkrankheiten, Tuberculose, Carcinomen u. s. w., wo sowohl klinisch als anamnestisch die Lues auszuschliessen war, und bei vollständig gesunden Menschen, — die Sera niemals bei Anwendung des alcoholischen Extractes aus der syphilitischen Foetalleber eine Complementablenkung aufwiesen, bis auf zwei Fälle. In einem Falle handelte es sich um ein Carcinom des Magens ein Tag vor der Operation und 2—3 Tage vor dem Exitus letalis. Es bestand hochgradige Kachexie, und das bemerkenswerte an diesem Falle ist, dass das Serum allein ohne Antigenzusatz vollständig die Hämolyse hemmte. [1]) Ausserdem habe ich 50 Fälle von Lepra untersucht, — aber darüber werde ich Ihnen besonders berichten. Ausserdem wurden viele Fälle untersucht, wo Syphilis differentialdiagnostisch in Betracht kam, und ich kann Ihnen, meine Herren, nur sagen, dass die Resultate der Serodiagnostik mit der späteren Beobachtung der Patienten übereinstimmte, sowohl wenn das Resultat positiv, als auch wenn dasselbe negativ für Lues war. Wenden wir uns nun zum rein syphilitischen Material, so muss ich zunächst Folgendes bemerken. Bei Bestehen eines syphilitischen Primäraffectes ist das Resultat der Serodiagnose ein sehr schwankendes, bald tritt die Hemmung der Hämolyse schon frühzeitig auf, bald erst sehr spät, in einem Falle, wo kein Exanthem sich zeigte und ausser einer allgemeinen Drüsenschwellung keine Secundärerscheinungen zu beobachten waren, trat die Hemmung der Hämolyse erst 15 Wochen nach dem Auftreten des Primäraffectes ein (ein Fall aus meiner eigenen Praxis). Merkwürdigerweise konnte ich bei diesem Pat. auch im Saugserum des Primäraffectes keine Spirochäten nachweisen. Er wurde von mir deshalb nur so lange beobachtet und 3 mal serologisch untersucht, weil der Schanker durchaus klinisch als Primäraffect aufzufassen war und in der 3. Woche sich eine geringfügige allgemeine Drüsenschwellung einstellte. Secundärerscheinungen stellten sich erst nach weiteren 10 Wochen ein, nachdem er eine Quecksilbercur durchgemacht hatte. Und dabei war es ein Ehecandidat! Sie sehen, wie wichtig die Serodiagnostik ist. Denn es würde mir schwerlich gelingen, den Pat. so lange in Beobachtung zu behalten, bis die Secundärerscheinungen eingetreten sind, und schweres Unglück wäre dann unvermeidlich. Im Allgemeinen könnte man den Satz aufstellen: je näher wir dem Zeitpunkt des Auftretens der Secundärerscheinungen rücken, desto häufiger ist der positive Ausfall der Reaction und umgekehrt. Alle diese Fälle kommen aber für die Tabellen, die ich Ihnen hier zeige, nicht in Betracht. Für diese statistischen Daten fanden Verwendung nur die Fälle, deren Krankengeschichten

[1]) Ich möchte hier noch Folgendes bemerken. Die Methode Standardsera zu erzielen durch Hinzufügen von Carbollösung zum inactivierten Serum muss folgende Einschränkungen nach meinen Erfahrungen erfahren: 1. Hämoglobinhaltigen Seren darf kein Carbol zugesetzt werden, da Trübung und Fällung eintritt, derartig getrübte Seren hemmen aber dann ohne Antigenzusatz die Hämolyse. 2. Das Carbol darf nur nach dem Erkalten des inactivierten Serums zugesetzt werden, widrigenfalls auch Trübung und Fällung eintritt mit denselben Folgen wie oben. 3. Treten auch bei Zusatz von Carbol zu den abgekühlten Seren und bei gutem Verschluss der Reagenzröhrchen und Aufbewahren in der Kälte aus unerklärlichen Gründen mitunter Trübungen auf, was die Seren, wie ich mich überzeugen konnte, unbrauchbar zu serologischen Versuchen macht. Ich habe bemerkt, dass es meist etwas chylöse Seren waren. Sonst bietet die Standardmethode Ausgezeichnetes, und man kann eigentlich sie kaum entbehren.

mir ganz genau bekannt war, bei denen ich genau den Verlauf und die Therapie gut studieren konnte. Sie stammen teils aus meiner eigenen Praxis, teils aber aus den Abteilungen der Herren Dr. G. v. Engelmann und Dr. E. Schwarz. Es ist mir eine angenehme Pflicht, ihnen auch an dieser Stelle meinen tief empfundenen Dank zu sagen für die Ueberlassung des Krankenmaterials und der Krankengeschichten. Meine Statistik bezieht sich auf 132 Fälle von Syphilis und 18 Fälle von syphilitischen und metasyphylitischen Erkrankungen des Centralnervensystems.

Tabelle I zur Wassermannschen Reaction.

		Wassermannsche Reaction.			
		Positiv.	Negativ.	Summa.	% d. Pos.
Lues I—II	a) Behandelt.	—			
	b) Unbehandelt.	23	5	28	82%
Lues II manifest	a) Behandelt.	12	2	14	86%
	b) Unbehandelt.	12	1	13	92%
Lues II latens.	a) Behandelt.	3	1	4	75%
	b) Unbehandelt.	5	—	5	100%
Lues III manifest.	a) Behandelt.				
	1. 3—10 J.	9	2	11	89%
	2. 10—20 J.	4	1	5	80%
	3. über 20 J.	—	1*)	1	0%
	b) Unbehandelt.				
	1. 3—10 J.	9	—	9	100%
	2. 10—20 J.	2	—	2	100%
	3. über 20 J.	—	—	—	—
Lues III latens.	a) Behandelt.				
	1. 3—10 J.	12	7	19	63%
	2. 10—20 J.	2	1	3	66%
	3. über 20 J.	1	3	4	25%
	b) Unbehandelt.				
	1. 3—10 J.	8	—	8	100%
	2. 10—20 J.	3	1	4	75%
	3. über 20 J.	2	—	2	100%
	Summa.	107	25	132	81%

Meine Herren, wenden wir uns zunächst zu Tafel I. Ich übergehe fürs erste die Lues II, will nur bemerken, dass auch bei der Lues II mit sichtbaren Manifestationen in einem gewissen Procentsatz der Fälle ein negatives Resultat der Serodiagnostik zu verzeichnen ist. Sehen wir uns die Rubrik Lues III latens an. Wie Sie ersehen können, habe ich auch diese in zwei Abteilungen geteilt, und zwar in behandelte und unbehandelte und diese Abteilungen in je 3 Unterabteilungen, und zwar: nach der Dauer des Bestehens der Syphilis. Leider ist die Zahl der Fälle der Lues III latens eine zu geringe, um bindende Schlüsse zu ermöglichen. Ich erlaube mir dennoch, diese Zahlen nochmals hervorzuheben:

		Jahren	mal positiv	mal negativ	pCt. positiv
A) behandelt:	1) Lues vor	3—10	12	7	63
»	2) » »	10—20	2	1	66
»	3) » über	20	1	3	25
B) unbehandelt:	1) Lues vor	3—10	8	—	100
»	2) » »	10—20	3	1	75
»	3) » über	20	2	—	100

*) Dieser Fall wird auch als Lupus aufgefasst.

Wie aus diesen Zahlen hervorgeht, hat die Behandlung einen entschiedenen Einfluss auf das Resultat der Wassermannschen Reaction auszuüben. Ich möchte gleich hinzufügen, dass unter den 12 positiven Fällen aus der Rubrik I sich drei Fälle aus meiner eigenen Praxis befinden, bei denen die Lues vor 9 Jahren datiert: Seit 4—5 Jahren bieten sie keine Erscheinungen. 2 von ihnen sind verheiratet, und sind deren Frauen und Kinder bis dato, wie ich mich durch mehrmalige Untersuchung überzeugen konnte, bis heute vollständig gesund. Die letzte antiluetische Cur dadiert bei allen 3 vor 4 Jahren. Was die 7 negativen Fälle aus der Rubrik I anbetrifft, möchte ich nur einen hervorheben, der auch aus meiner Praxis stammt. Infection vor 9 Jahren. Ueberaus schwerer Verlauf, häufige periostitische Erscheinungen und schwere Manifestationen an den Knochen. Letzte Manifestation vor 1½ Jahren. Ueberaus energische Behandlung. Jetzt negativer Befund serologisch. Als Gesamtergebnis der 132 Fälle von Lues 107 mal positiver Befund, 25 mal negativer Befund, d. h. 81 pCt. der positiven Befunde.

Wenden wir uns nun zur Tabelle II so muss ich bemerken, dass auch hier die Zahl Fälle keine grosse ist. Da aber die Resultate mit denen von Plaut, von Nonne und anderen Autoren sich decken, so glaube ich doch, dass es Sie interessieren dürfte, dieselben zu erfahren. Diese Untersuchungen bieten ein so hohes wissenschaftliches Interesse, der differentialdiagnostische Wert der Wassermannschen Reaction im Blutserum und in der Cerebrospinalflüssigkeit scheint in Combination mit der Bestimmung der Pleocytose

Tabelle II. Syphilitische und metasyphilitische Erkrankungen des C. N.

	Nonne-Apelt.		Pleocytose.		Wassermann A.		Wassermann B.	
	+	—	+	—	+	—	+	—
Metasyphilis d. C. N.								
a) Tabes dorsalis. 4 Fälle.	3[1])	—	2[1])	1	4	—	4	—
b) Progressive Paralyse. 2 Fälle.	2	—	2	—	2	—	2	—
c) Paralyse in Spe. Progressive 1 Fall.	—	1	—	1	—	1	—	1
Lues oder Metasyphilis d. C. N. 3 Fälle.	1[2])	—	1[2])	—	3	—	3	—
Lues des C. N.								
a) Lues cerebralis. 6 Fälle.	4	2	3	3	4	2	1	5
b) Lues spinalis. 2 Fälle.	2	—	1	1	2	—	1[3])	—

[1]) In einem Falle wurde Nonne I und Pleocytose nicht bestimmt.

[2]) In zwei Fällen wurde Nonne I und Pleocytose nicht bestimmt.

[3]) In einem Falle Wassermann B. nicht untersucht.

(nach Fuchs-Rosenthal ist es am bequemsten) und der Globulinfüllungsmethode nach Nonne-Appelt ein so ausschlaggebender zu sein, dass ich Ihre Aufmerksamkeit und die der hier anwesenden Neurologen ganz besonders auf diesen Punkt lenken möchte und nicht ohne Absicht, meine Herren. Ich hoffe, dass es mir gelingen wird, dank Ihrer Unterstützung an der Hand eines viel grösseren Materials diese Frage auf viel breiterer Grundlage zu erforschen. Wie Sie aus der Tabelle ersehen, ist die Wassermannsche Reaction im Liquor bei der Tabes [1]) und progressiven Paralyse in allen Fällen positiv. Bei der Lues cerebralis nur in einem Falle positiv und in 5 Fällen negativ. In drei weiteren Fällen, wo die Diagnose noch nicht sicher war, fiel die Reaction im Liquor positiv aus. Inwieweit dieser Befund zu verwerten ist, lässt sich z. Z. nicht entscheiden. Die klinischen Erscheinungen sprechen nicht für beginnende progressive Paralyse. Der weitere Verlauf dieser 3 Fälle, die ich in meiner Beobachtung habe, wird uns belehren, ob der positive Befund der Reaction im Liquor uns frühzeitig einen Fingerzeig geben kann für die Diagnose „beginnende Paralyse". Wenn wir die Ergebnisse der Resultate der Pleocytose und der Nonne-Appeltschen Reaction mit den Resultaten der Wassermannschen Reaction vergleichen, so scheint der Vorzug der letzteren Methode gegeben werden zu müssen. Erstens kommt sie bei Lues ohne Complicationen von Seiten des Centralnervensystems nie vor, während die Pleocytose auch bei Neurasthenikern-Luetikern und Luetikern vorkommt, zweitens kommt die Pleocytose und der positive Ausfall der Nonne-Appeltschen Reaction nach Angaben der Autoren (so Nonne selbst) auch bei nicht syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems vor und drittens, und das ist das Wesentliche, kommt der positive Ausfall der Wassermannschen Reaction im Liquor, wie Plaut sich ausdrückt, ebenso häufig bei progressiver Paralyse und Tabes vor, wie sie selten ist bei Lues des C-N! Und dennoch glaube ich, dass nur die Combination aller 3 Methoden (selbstredend muss das Blutserum immer auch nach Wasssermann untersucht werden) und weitere vergleichende Studien über den Wert dieser Methoden aufklären und zur frühzeitigen Differenitaldiagnose verhelfen werden. Meine Herren, wir haben uns bis jetzt über den diagnostischen Wert der Wassermannschen Reaction, so gut es ging, orientiert. Hat sie aber einen prognostischen Wert? Viele Forscher, und sehr namhafte sind der Ansicht, dass man diese Frage bejahend beantworten müsse, andere wiederum beantworten sie verneinend. Ich werde Sie, meine Herren, auch diesmal nicht durch die Details dieser Meinungsverschiedenheiten ermüden, umsomehr, als zur Zeit noch keine festen Kriterien da sind, um diese Frage definitiv zu entscheiden. Und deshalb werde ich Ihnen meinen persönlichen Standpunkt auseinandersetzen. Ich glaube kaum befürworten zu können, dass bei der Entscheidung der Frage, ob und wie lange behandelt werden soll, bei gut behandelten Fällen, die keine Manifestationen darbieten, das Ergebnis der Wassermannschen Reaction von ausschlaggebender Bedeutung sein sollte. Gewiss, es lastet schwer auf unserem Gewissen, Verantwortungen zu übernehmen, und der Hang nach feststehenden Normen und Schemen ist aus diesem Grunde nur zu leicht erklärlich, — aber es hiesse sich dem Leben verschliessen, wollte man nach Normen und Schemen den ärztlichen Beruf erfüllen. Gerade in der Therapie der Syphilis und der Behandlung Syphilitischer sollte es heissen: „weg mit den Normen". Ja, wir müssen auf die lange Dauer der Krankheit und der Behandlung unsere Patienten von vornherein aufmerksam machen, denn nur so können wir sie für diese mühsame, peinliche und quälende Behandlung gewinnen und Mut zum Ausharren einflössen, aber ebenso ist es sicher, dass wir uns schwer gegen unsere Patienten vergehen würden, wollten wir aus theoretisch ungenügend begründeten und unsicheren Schemen und Normen die Zügel zu stramm anziehen und unsere Kranken nur deshalb ad infinitum unnütz behandeln, weil die Wassermannsche Reaction nun einmal bei ihnen positiv bleibt. Gerade bei den besseren unserer Patienten, den peinlich gewissenhaften, werden wir auf diese Weise gross ziehen: die Neurasthenie, die depressive Hypochondrie, die bis zum Selbstmorde führen. Das sollte unsere Aufgabe nicht sein. Es soll jedes Mal Sache der reiflichsten Ueberlegung und objectiver klinischer Beobachtung sein, die Frage zu entscheiden, ob bei gut behandelter Lues latens auch bei positivem Ausfall der Wassermannschen Reaction noch antiluetisch behandelt werden soll.

Anders liegen die Verhältnisse bei der unbehandelten Lues, auch wenn sie latent oder eben erst durch die Wassermannsche Reaction festgestellt worden ist. Greifen wir ein Beispiel unter vielen heraus. Ich glaube, dass wir entschielen berechtigt sind, bei einer anscheinend gesunden Muttter eines syphilitisch geborenen Kindes bei positivem Ausfall der Wassermannschen Reaction die antisyphilitische Behandlung einzuleiten [1]). Wir müssen nämlich Folgendes bedenken: Die klinische Erfahrung lehrt uns, dass die schwersten Complicationen namentlich seitens des Centralnervensystems vorzugsweise bei gar nicht oder nur ungenügend behandelten Luetikern vorkommen. Als Indication für die Therapie erscheint mir in diesen Fällen nicht etwa der positive Ausfall der Wassermannschen Reaction, sondern die Tatsache, dass wir es mit einer unbehandelten Lues zu tun haben. Sie ersehen daraus, meine Herren, dass ich der Wassermannschen Reaction was die Prognose- und Therapiefrage anbetrifft, nur einen bedingten Wert beimesse.

Fasse ich nun Alles kurz zusammen, so muss ich sagen: die Wassermannsche Reaction hat einen eminenten praktischen Wert für die Diagnose und die Differentialdiagnose der Syphilis; für die Erkrankungen des Centralnervensystems scheint die Wassermannsche Reaction im Blutserum und namentlich in der Cerebrospinalflüssigkeit eine sehr grosse Bedeutung schon jetzt zu haben. Was die Wechselbeziehungen zwischen der Therapie und dem Ausfall der Wassermannschen Reaction anbetrifft, sowie die näheren Vorgänge bei der Reaction selbst, so werden uns darüber erst weitere Arbeiten auf diesem Gebiete Aufklärung geben.

---

[1]) Seitdem hatte ich noch die Möglichkeit, mehrere Fälle von Tabes zu untersuchen, und ich kann auf Grund der Resultate der letzten Befunde (eine genaue Statistik werde ich noch später veröffentlichen) die letzten Ergebnisse von Nonne teilweise bestätigen, dass nämlich bei der Tabes der positive Befund im Liquor nicht so häufig anzutreffen ist wie bei der Paralyse (November 1909).

[1]) Ich möchte hierbei auf folgende Tatsache aufmerksam machen, die Buschke zuerst meines Wissens beobachtet hat: er hat nämlich bei derartigen Müttern in den Cubitaldrüsen Spirochäten nachweisen können!

Die Indicationen zur Aufmeisselung des processus mastoideus bei chronischen Mittelohreiterungen.

Referat, erstattet auf dem I. Baltischen Aerztecongress zu Dorpat.

Von

Dr. L. Gauderer — Riga.

Nachdem man ursprünglich bei chronischen eitrigen Mittelohr-Erkrankungen sich bloss auf die Eröffnung des Warzenfortsatzes und Offenhaltung des Antrumeinganges zur Paukenhöhle beschränkt hatte, war es Küsters grosses Verdienst (1889), eine möglichst breite und freie Eröffnung des Operationsfeldes nach den allgemeinen chirurgischen Principien vorgeschlagen zu haben.

Küster entfernte einen grossen Teil der hinteren knöchernen Gehörgangswand und schuf somit einen freien, übersichtlichen Zugang von der Paukenhöhle zum antrum. Prof. v. Bergmann fügte dieser Methode die Abmeisselung der oberen Gehörgangswand hinzu.

Zaufal erweiterte diese Methode noch mehr, indem er auch noch die von Küster geschonte pars epitympanica entfernte und dadurch das cavum tympani, das antrum und den freigelegten Teil des processus mastoideus in eine grosse, glatte und leicht zu übersehende Höhle verwandelte. Hiermit waren die jetzt allgemein gültigen Grundprincipien der Radical-Operation gegeben.

Fragen wir nach den Indicationen zur Radicaloperation, so sind dabei folgende Grundsätze zu nennen:

1) Unheilbare, chronische Mittelohreiterungen mit nachweisbaren Knochenerkrankungen.

2) chronische, unheilbare Mittelohreiterungen ohne nachweisbare Knochenerkrankungen, jedoch mit:
   a) nachweisbarer Eiterverhaltung,
   b) mit intracranielle Zustände begünstigenden Momenten, wie Labyrinth und Facialiserkrankungen,
   c) mit den ersten Anzeichen einer intracraniellen Complication.

3) Cholesteatoma
   a) Cholesteatoma verum
   b) Pseudo-Cholesteatoma sive otitis media desquamativa.

4) Maligne Tumoren,

5) Tuberculose.

Die mit chronischen Mittelohrerkrankungen zur Behandlung kommenden Patienten geben anamnestisch als Ursache meist in der Kindheit überstandene Krankheiten an, wie Scharlach und Masern, seltener Typhus, Diphtherie oder eine andere Infectionserkrankung. Jedoch sind das nicht die einzigen Ursachen: Tuberculose und Scrophulose, adenoide Vegetationen und chronische Erkrankungen der Nase, ja selbst eine acute otitis media suppurativa ohne Complicationen, kann unter Umständen, bei sonst ganz gesunden Menschen zu chronischen Veränderungen der Schleimhaut des Mittelohres, zu chronischen Eiterungen des Kuppelraumes und des antrums führen und hierdurch bösartige, mit Lebensgefahr verbundene Complicationen hervorrufen.

Körner fand, dass 94 pCt. seiner an chronischer mastoiditis leidenden Patienten im Alter von 0—30 Jahren standen und nur 6 pCt. waren älter als 30 Jahre; dabei entfielen 57 pCt. der Fälle zwischen 11 und 20 Jahren. Deshalb nennt Körner auch die chronische, nicht tuberculöse Mittelohrerkrankung die Krankheit des „späteren Kindes- und Jünglingsalters".

Der Begriff, wann bei einer langdauernden eitrigen Erkrankung des Mittelohres das chronische Stadium begonnen hat, schwankt bei den verschiedenen Autoren zwischen 6 Wochen und 1 Jahr.

Unter einer chronischen Mittelohrentzündung versteht man einen nicht zur Heilung gekommenen eitrigen Process, der hartnäckig meist jeder Behandlung trotzt, nach erfolgter Besserung wieder häufig exacerbirt etc. Dieser chronische Process kann zu Erkrankungen des Knochens, zur Schmelzung der Knochenzellen (caries) oder auch zur Knochenverdickung und Knochenanlagerung in den pneumatischen Räumen des processus mastoideus, zur Osteosclerose führen.

Klinisch sind die chronischen Mittelohreiterungen in bösartige, gefährliche und in gutartige, ungefährliche zu scheiden.

Randständige, nach oben und hinten sitzende, mit dem Kuppelraum communicierende Perforationen, bei denen die Perforation dem Knochen angrenzt, hält man für die gefährlichen. Wenn das Trommelfell vom annulus tympanicus wie losgelöst, ein Teil der lateralen Kuppelwand zerstört ist; wenn Fistelgänge vom Gehörgange aus sich nach hinten oder nach oben verfolgen lassen, wenn dabei die Eiterung foetid ist und der Foetor auch bei intensiver medicamentöser Behandlung nicht weicht; wenn sich Granulationen und Polypen vordrängen, so müssen wir an eine Miterkrankung des Knochens denken und den Process für gefährlich ansehen. Dabei sind dann auch oft die Gehörknöchelchen cariös, zum Teil auch zerstört und bei grösseren Perforationen sieht man auch den stapes. Mit einem abgebogenen Knopfhäkchen kann man durch die Perforation, oder im Fistelgange und hinter Granulationen den rauhen Knochen fühlen, doch muss dieses sehr zart und vorsichtig geschehen, weil es schmerzhaft ist und auch die Berührung des stapes Schwindel hervorrufen kann.

Es ist bei nicht zur Ausheilung kommenden Mittelohreiterungen der Sitz der Eiterung meist im antrum zu suchen, wo durch langsame Zerstörung der Wände dieser Hohlraum erweitert ist. Solche Zerstörungen verursachen den Patienten wenig Schmerzen und nur bei Eiterretention können Fieber und Schmerzen auftreten, sonst ist das Allgemeinbefinden weniger als bei den acuten Entzündungen gestört.

Bei den gutartigen, nicht gefährlichen, chronischen Mittelohreiterungen sitzt die Perforation des Trommelfelles mehr central oder nach unten, der Abfluss des Eiters ist daduch günstiger gestaltet, und es können dadurch weniger leicht Secretstauungen stattfinden. Die Schleimhaut, die bei grösseren, nierenförmigen Perforationen gut zu sehen ist, zeigt ein sehr verschiedenes, bald mehr, bald weniger injiciertes Bild. Die Eiterung ist dem entsprechend bald stärker, bald geringer, und der foetide Geruch schwindet sehr bald bei entsprechender Behandlung und die Secretion hört dann auch oft ganz auf.

Solche Erkrankungen haben keine Neigung zu intracraniellen Complicationen, es sei denn, dass eine acute Exacerbation eintritt.

Die Behandlung ist dem entsprechend durchaus expectativ und nicht operativ, weil die Prognose günstiger zu stellen ist.

Bei vielen Fällen von chronischer Mittelohreiterung können wir jedoch nicht immer mit Sicherheit eine Mitbeteiligung des Knochens an der Erkrankung nachweisen und dennoch sind wir oft zur Radicaloperation gezwungen. Es treten hierbei andere Symptome auf, und zwar am häufigsten die Eiterretention.

Wenn trotz sorgfältigster medicamentöser Behandlung, trotz Spülung und Absaugung etc. Patient dennoch ruckweise Fiebersteigerungen, Schmerzen im processus mastoideus, im Hinterkopf oder an der ganzen Kopfhälfte bekommt, so sind meist Granulationen, eingedickter Eiter, Epithelschuppen oder auch Schwellungen der Schleimhaut die Ursache, dass der Eiter sich nicht gut oder auch nur sehr mangelhaft entleeren kann. Gelingt es dann mittelst Durchspülungen mit dem Paukenhöhlen-

röhrchen oder durch Auskratzen und Zerstören der Granulationen, den Eiter zu entleeren und die ruckweise Fiebersteigerung, sowie die Schmerzen zu mildern, oder ganz zum Schwinden zu bringen, so ist dieser Umstand als ein Beweis einer stattgehabten Eiterretention anzusehen, und die Radicaloperation ist bei der Wiederholung solcher Attacken behufs Vermeidung intracranieller Complicationen durchaus indiciert.

Aber nicht bloss die Eiterretention, sondern auch tiefere Erkrankungen, wie Labyrintheiterungen und Facialiserkrankungen zwingen uns zur Radicaloperation.

Sowohl cholestomatöse, als auch seltener tuberculöse Processe, können bei Mittelohreiterungen, ohne dass eine Knochenerkrankung sicher nachgewiesen werden kann, Zerstörungen der knöchernen Labyrintkapsel oder einen Verschluss ihrer Fenster hervorrufen. Hinsberg hat nach seinen Beobachtungen bei etwa 10 pCt. der chronischen Mittelohreiterungen Labyrintheiterungen nachweisen können, doch constatierte auch derselbe eine Abkapselung, eine Art Naturheilung der Labyrinthaffectionen, indem besonders am horizontalen Bogengange durch bindegewebigen Verschluss der Wasserleitungen und der perineuralen und perivasculären Räume eine Weiterinfection verhindert werden kann.

Das hervorragendste Symptom der Labyrintherkrankungen ist der sog. Menièresche Symptomcomplex: Schwindel, Nystagmus, Erbrechen, Sausen, herabgesetzte Knochenleitung und auch einseitige Taubheit.

Zu dieser Labyrintherkrankung gesellt sich auch oft eine Facialislähmung hinzu, da der Facialiscanal, nahe dem Labyrinth liegend, mit afficiert werden kann.

Da die Mortalität nach Hinsberg bei eitriger labyrinthitis, durch Uebergreifen auf die Meningen eine sehr grosse, 15—20 pCt. beträgt, so ist damit bei feststehender Diagnose einer Labyrintheiterung, mit oder ohne Facialisparalyse, die stricte Indication zur Radicaloperation gegeben.

Endlich ist bei allen chronischen Erkrankungen der Ohren, bei denen sich die ersten Anzeichen einer beginnenden intracraniellen Complication zeigen, der operative Eingriff sofort indiciert, da durch zu langes Warten der intracranielle Erkrankungsprocess zu weit vorgeschritten sein kann und dann die Prognose pessima wird.

Ich will hier einer Veränderung des Knochens Erwähnung tun, die sich im Anschluss an die chronische Mittelohreiterung im processus mastoideus einstellt. Es ist dies die Sclerosierung des Knochens, die bei der Operation sofort auffällt, da der Knochen wie eburnisiert, hart und weiss ist und die pneumatischen Räume des processus mastoideus geschwunden sind. In den pneumatischen und diploetischen Hohlräumen des processus mastoideus lagern sich nach Körner, von der Peripherie beginnend, neue Knochenmassen an, die im Laufe der Jahre den ganzen processus mastoideus ausfüllen können, wobei das antrum kleiner wird, ja fast ganz verschwinden kann. Diese Knochenapposition ist wiederum als eine Art Selbstschutz der Natur gegen das Eindringen von Bakterien in tiefere Partien anzusehen. Bezold betrachtet die Otosclerose als eine regelmässige Begleiterscheinung der Mittelohreiterungen, während Grunert sie nur in 10 pCt, Körner in 30 pCt. und bei Cholesteatom in 69 pCt. der Fälle angibt.

Von den Indicationen, die die Aufmeisselung resp. Radicaloperation bedingen, ist ferner noch das Cholesteatom zu erwähnen.

Man unterscheidet ein seltenes Cholesteatoma verum und ein Pseudocholesteatoma sive otitis media desquamativa.

1. Das Cholesteatoma verum.

Lange Zeit standen sich die Ansichten der Autoren über das Wesen und den Charakter dieser Erkrankung verschieden gegenüber. Die Einen meinten, es sei eine Epidermiseinwanderung, die Andern betrachteten es als einen Tumor. Allgemein gilt jetzt nur die Ansicht, dass das Cholesteatoma verum ein heteroplastischer Tumor (nach Virchow) congenitalen Ursprungs ist, und zwar ist es eine der Dermoidcyste ähnliche Bildung (Ribbert, Bezold, Habermann).

Der Tumor besteht aus zwiebelartig geschichteten epidermoidalen Zellen mit einer dünnen bindegewebigen Umhüllung und zeigt ein sehr langsames Wachstum. Durch Infection und Hineindringen von Bakterien tritt eine Entzündung und Eiterung ein. Der Eiter ist mit silberglänzenden Cholestearinkrystallen neben weisslichen Epithelschuppen, Cholesteatombröckeln, durchsetzt. Tritt keine Entzündung hinzu, so kann der Tumor latent bleiben und wird gelegentlich als Sectionsbefund entdeckt. Durch die Infection und Eiterung ruft der Tumor bedrohliche Symptome durch Druckusur des Knochens hervor und kann hierdurch zu intracraniellen Complicationen führen. Es gilt daher das diagnosticierte Cholesteatoma verum als stricte Indication zur Radicaloperation.

2. Pseudocholesteatoma oder otitis media desquamativa (Körner).

Bei chronischen Mittelohreiterungen mit randständiger Perforation wandert nach der Bezoldschen Erklärung das Epithel des äusseren Gehörganges auf die Paukenhöhlenschleimhaut über, von da in den Kuppelraum, in das antrum und in die Warzenfortsatzzellen. Dadurch entsteht das dem Cholesteatoma verum sehr ähnliche Bild, welches oft zu Verwechselungen Veranlassung gibt. Obgleich die Epidermisierung bei Epidermisdefect der Schleimhaut als eine Art Vernarbung anzusehen ist, so tritt doch durch Reizung der Schleimhaut bei mangelhafter Entleerung des Eiters eine vermehrte Desquamation ein. Es kommt zu bedeutender Anhäufung der Epidermisschuppen, zur Druckusur des Knochens, zur jauchenden Eiterung, und hierdurch können wiederum intracranielle Complicationen entstehen. Besonders die Druckusur vermag den Knochen durch Hineindringen von Epidermiszellen ganz zu zerstören, und so können Partien des Labyrinthes, der Facialis geschädigt werden oder gar Teile des Gehirnes freigelegt werden, in denen durch Bakterieneinwanderung Complicationen bedrohlichster Art entstehen können.

Man hat somit an dem Grundsatz festzuhalten, dass jedes Cholesteatom seines fortschreitenden Charakters wegen radical operiert werden muss.

Von malignen Tumoren, die zum Glück bei Ohrenerkrankungen nicht häufig sind, ist das Carcinom und das Sarcom als Indication zur Operation zu erwähnen. Doch hängt das Resultat der Operation von der Ausbreitung des Tumors ab. Bekommen wir den Tumor in einem Stadium zu Gesicht, wo die Operation noch Aussicht auf ein einigermassen günstiges Resultat quoad vitam hat, dann darf man operieren. Ist aber der Tumor schon zu weit entwickelt, dann soll man es bleiben lassen und nicht operieren.

Häufiger als die malignen Tumoren kommt die Tuberculose des Ohres vor.

Man kann hierbei eine leichtere und eine schwerere Form der Tuberculose unterscheiden. Die leichteren Formen bei initialer Phthise, wo noch Aussicht auf Heilung des allgemeinen Leidens vorhanden ist, können auch operativ behandelt werden, sobald dieselben Symptome, wie die der chronischen Mittelohreiterung, die Radicaloperation indicieren. Doch muss man immer damit rechnen, dass ein mit Tuberculose inficierter Organismus weniger Neigung zur Heilung zeigt als ein gesunder. Ferner wird durch den nicht ganz unbedeutenden Eingriff der Operation der Organismus noch mehr geschwächt,

weshalb **Körner** nur in den dringendsten Fällen zur Operation rät. Bei schweren Formen der Phthise kann überhaupt nicht operiert werden.

Aus der Besprechung aller erwähnten Indicationen zur Radicaloperation bei chronischen Mittelohreiterungen ersieht man, wie segensreich und wichtig ein solcher Eingriff werden kann. Nicht allein, dass der Patient Erleichterungen von seinen Schmerzen erhält, auch prophylactisch ist die Radicaloperation zur Verhütung lebensgefährlicher endocranieller Complicationen von grösster Wichtigkeit. Prophylactisch ist insofern der Eingriff zu nennen, als die drohende Gefahr der Complication mit ziemlicher Sicherheit ausgeschaltet werden kann, während bei zu langem Warten, bei schon eingetretener Complication, durch Uebergreifen des Entzündungsherdes auf die Meningen oder das Hirn, eine ungünstige Prognose quoad vitam zu stellen ist.

Als intracranielle Complicationen bei chronischer Mittelohreiterung kommen folgende Formen in Betracht:

1) die Sinusthrombose
2) die otitische Pachymeningitis
3) die otitische Leptomeningitis
4) der otitische Hirnabscess.

Die einzelnen Erkrankungen zu besprechen, gehört nicht in den Rahmen dieser Besprechung; besonders da die grosse Menge der Einzelsymptome oft so ineinandergreifende und ähnliche sind, dass eine exacte Differentialdiagnose sehr erschwert ist. So ist z. B. allen Formen der Kopfschmerz gemeinsam; ebenso kann die Stauungspapille, die neuritis optica gemeinsam sein, und es gehört eine sehr gewissenhafte Untersuchung und Beobachtung dazu, um alle die Formen der Complicationen auseinander halten zu können. Ist die Diagnose einer intracraniellen Complication erst gestellt, so kommt es praktisch weniger auf die Einzeldiagnose an, da heisst es schnell operieren. Denn die Ursache und der Ausgangspunkt ist dann stets das erkrankte Mittelohr.

Gewisse Autoren stellen sich bei der chronischen Mittelohreiterung auf den Standpunkt, so z. B. **Körner**, dass falls keine bedrohlichen Symptome vorliegen, erst alles versucht werden soll, um eine Heilung auf conservativem Wege zu erzielen.

Wenn ich meinen Standpunkt zu dieser Frage genauer präcisieren soll, so gehe ich auch zuerst nach Möglichkeit conservativ vor, und gelingt es nicht, auf diesem Wege Erfolg zu erzielen, dann entschliesse ich mich zur Operation. Oft wird man von den ungeduldigen Angehörigen selbst gebeten, die Radicaloperation zu machen, nachdem sie die beständige Behandlung und die dennoch nicht versiegende Eiterung des Ohres überdrüssig geworden sind.

Eine jahrelange Erfahrung und exacte Beobachtung werden dem geübten Ohrenarzte gewiss die Mittel und Wege an die Hand geben, wann und wie er operativ einzugreifen hat. Jedenfalls steht heute die Mehrzahl der Ohrenärzte so, dass nicht jede chronische Mittelohreiterung radical operiert zu werden braucht.

Referate.

Prof. **Baurowicz**. Ueber Mucocele des Siebbeins. Przeglad lekarski. 1909. Nr. 49.

Obgleich die Mucocele des Siebbeins (eine cystenartige Knochenaufbauschung embryonalen Ursprungs) in ihrem Wachstum meist die Richtung in das Naseninnere nimmt, gibt es dennoch Fälle, wo dieses pathologische Gebilde nach der Orbita zu oder in die Highmorshöhle seinen Weg nimmt. Fehlen in solchen Fällen in die Augen springende Veränderungen von Seiten der Nasenhöhle, so ist die Diagnose oft erschwert. Die Eigenartigkeit der äusseren Symptome fast eines jeden in der Literatur beschriebenen Falles dieser Art rechtfertigt schon an und für sich dessen Veröffentlichung. B. beobachtete einen Fall von Mucocele des Siebbeins, in welchem sowohl die Angaben des Patienten, als auch der objective Befund eine Erkrankung der Stirnhöhle vermuten liessen und erst die genaue Untersuchung des Naseninneren zur Erkennung des wahren Sachbestandes führte. Pat. klagte über mehrere Monate lang bestehende Schmerzen in der Stirngegend und deutete auf eine Schwellung in der medianen Partie der rechten Supraorbitalgegend, die die Bewegung des Augapfels beim Sehen nach aufwärts erschwerte. Das Atmen durch die Nase war stets frei, jedoch zeigte sich eitriges Secret aus der Nase. Bei der Untersuchung palpierte B. in der oberen medianen Partie der rechten Augenhöhle eine kugelige, etwa haselnussgrosse, knöcherne Geschwulst, die sich an einer kleinen Stelle weicher anfühlte und hier einen kreisförmigen Knochendefect erkennen liess. Die elektrische Durchleuchtung zeigte eine deutliche Verdunkelung in der Gegend der rechten Stirnhöhle. In der rechten Nasenhöhle bemerkte Verf. bei der rhinoskopischen Untersuchung eine Geschwulst von Haselnussgrösse, die am vorderen Ende der mittleren Nasenmuschel ihren Sitz hatte, von verdickter Schleimhaut bedeckt, sich hart anfühlte und beim Druck auf die Geschwulst von der Orbita aus etwas dickflüssigen Eiter austreten liess. Durch die Austrittsstelle des Eiters liess sich eine Sonde leicht in eine weite Höhle einführen, die mit der rechten Stirnhöhle in Verbindung stand. — Die operative Behandlung bestand in einer breiten Eröffnung der Höhle vom Naseninneren aus mittelst Conchotom und Knochenzange, wobei sich reichlich Eiter entleerte. Nach diesem Eingriff fiel die Vorwölbung nach der Augenhöhle nach und nach ab, die Eiterung sistierte, und der Kranke konnte als geheilt betrachtet werden.

W. Dörbeck.

Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. IV. Band. 3. Heft. Herausgegeben von Prof. **Sommer**-Giessen. Halle. Carl Marhold. 1909.

Weber: Einfache Betrunkenheit oder pathologischer Rausch.

«Es handelt sich um einen ausgesprochen degenerativ veranlagten Menschen, der noch dazu die Folgen einer Hirnverletzung deutlich erkennen lässt. Trotzdem konnte hier (so in der Klinik) bei wiederholten Versuchen auch mit sehr grossen Alcoholdosen nicht das erzeugt werden, was man einen pathologischen Rausch nennt. . . . Das Experiment erhärtet also wenigstens eine auch durch die Erfahrung schon bekannte Tatsache, dass auch bei gehäuften prädisponierenden Momenten ein schwerer Alcoholexcess nicht in jedem Fall pathologische Wirkungen machen muss. . . . Dabei zeigt sich, dass auch bei einem ausgesprochen degenerativ Veranlagten die schwere Betrunkenheit zahlreiche und deutliche Unterschiede gegenüber dem als pathologischer Rausch bezeichneten Zustand aufwies. . . . Neben dem Fehlen ausgesprochen psychopathischer Symptome: Hallucinationen, Ratlosigkeit, Angst, ist namentlich hervorzuheben die während des ganzen Zustandes erhaltene Orientiertheit, die Fähigkeit, zwischen den einzelnen Erlebnissen und Eindrücken kritisch zu unterscheiden, und die Tatsache, dass sich keine scharfe Grenze zweier verschiedener Bewusstseinszustände feststellen liess. . . . Und wir haben immer nur das vor uns, was der Alcohol bei jeder Berauschung macht: er lässt den ursprünglichen Charakter zutage treten und die Handlung triebartiger, impulsiver, ungehindert durch Hemmungsvorstellungen verlaufen. . . . Hier möchte ich auch darauf hinweisen, dass leichte körperliche Störungen: Blasswerden der Gesichtsfarbe, leichte Veränderungen in der Reflexerregbarkeit nach starken Alcoholdarreichungen nicht ohne weiteres auf eine ausgesprochen pathologische Wirkung des Alcohols hinweisen müssen; wir müssen dazu den Nachweis wirklicher psychischer Störungen verlangen». In praktisch-forensischer Beziehung ist durchaus eine Zerlegung der Alcoholgiftwirkung entsprechend ihren Erscheinungen in verschiedene Gruppen und Abstufungen zu verlangen, und zwar in solche, welche nur einen Wegfall von Hemmungen, eine Verminderung der Urteilsfähigkeit machen, und solche, welche positive psychische Störungen hervorrufen, wie beim sog. pathologischen Rausch. So unwissenschaftlich es auf den ersten Blick erscheint, so muss die Trennung zwischen einer «normalen» und einer «krankhaften» acuten Alcoholwirkung aufrecht erhalten werden. Der klinische Alcoholversuch wird oft die gewünschte Ergänzung zu den dürftigen Angaben des Acteninhaltes und der Zeugenaussagen liefern.

Todt: Zur Lehre von den Hallucinationen.

Die Analyse zweier Fälle führt zu folgenden Schlüssen: «Die Hallucination als solche ist ein Herdsymptom, Folge einer Uebererregung corticaler Sinnesfelder, die ihrerseits häufig ein Zeichen einer neuropathischen centralen Disposition ist. Das Urteil der Realität ist bei den Hallucinationen wie

bei den wirklichen Wahrnehmungen nicht ein integrierender Bestandteil der Erscheinung, sondern «ein secundäres Phänomen, eine kritische Leistung der gesamten Psyche»».

Mönkemöller: Geschichtlicher Beitrag zur Klinik des primären Schwachsinns (Dementia praecox).

Aus 192 Personalacten des «Zucht- und Tollhauses» in Celle in Hannover vom Jahre 1772 bis 1799 hat Verf. 18 Krankengeschichten über Fälle von Dementia praecox herausgesucht, welche beweisen, dass die Krankheit seitdem ihren Charakter und ihre Erscheinungsformen im Wesentlichen nicht geändert hat.

Theophil Becker: Pseudologia phantastica und Simulation.

Ausführliche Krankengeschichte und Analyse eines Falles. Es handelt sich «um einen zweifellos erblich schwer belasteten Menschen, der völlige moralische Anästhesie zeigt, völligen Mangel an Trieb zu geordneter Tätigkeit, der seit einem halben Menschenalter, wenn er nicht Gefangener ist, die Oeffentlichkeit schädigt durch Simulieren von Krankheitszuständen körperlicher und psychisch-nervöser Art. Eine intellectuelle Störung besteht bei ihm ebensowenig, wie eine acute oder chronische Geistesstörung. Dagegen zeigt er bei körperlicher Untersuchung und bei experimentell-psychologischer Prüfung Symptome, die auf das Vorliegen einer psychogenen Neurose (Hysterie) deuten. Hierdurch wird auch erklärlich die Leichtigkeit, mit der sich bei ihm Vorstellungen in Handlungen umsetzen, wird seine antisuggestive Beeinflussung erklärt und die Erscheinung der Pseudologia phantastica, wie sie nicht ganz selten bei degenerierten Hysterikern gefunden wird. Hochstaplernaturen sind ja vielfach klinisch derartige Individuen». Er ist nicht geisteskrank, aber gemeingefährlich und müsste daher für möglichst lange unschädlich gemacht werden. Dazu wäre seine Entmündigung und Internierung in einer Arbeiterkolonie nötig.

Herrmann Haymann. Polyneuritis und polyneuritische Psychose auf morphinistischer Basis. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie Nr. 299. 1909, December.

Aus der Krankengeschichte eines klinisch beobachteten und genau analysierten Falles zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) «Es gibt eine in der Morphiumabstinenz auftretende Polyneuritis, die mit der alcoholistischen die grösste Aehnlichkeit zeigt. Vielleicht ist auch ein Teil der sonst bei Morphinismus und Morphiumabstinenz beobachteten Erscheinungen neuritischer Natur.

2) Mit der Polyneuritis kann sich, wie sonst auch, wenn sie auf morphinistischer Basis entstanden ist, eine Psychose charakteristischer Färbung, eben der polyneuritische Symptomencomplex («Korsakoff») verbinden. Da körperliche und psychische Symptome in ihrer Gesamtheit dem Bilde der progressiven Paralyse ausserordentlich ähneln können, so dürfte für diese Fälle die Bezeichnung einer morphinistischen Pseudoparalyse angebracht sein».

Michelson.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. Ph. Biedert, Dr. G. Langermann, Dr. F. Gunsheim: Diätetik und Kochbuch für Magen- und Darmkrankheiten. 2. umgearbeitete Auflage. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart. 1909.

Namentlich dem praktischen Arzt, aber auch dem Specialisten bietet dieses Buch ein vorzügliches Hilfsmittel. Angeregt durch seine eigene Krankengeschichte, ist Prof. Biedert auf den Gedanken gekommen, für einzelne Krankheitszustände Diätformen und Kochrecepte anzugeben, in denen durch Berechnung nach Nährwert und Caloriengehalt eine rationelle und sichere Regulierung ermöglicht und zugleich für grösstmöglichste Abwechselung gesorgt wird. Der medicinische Teil gibt in Kürze eine Skizzierung der Krankheitsbilder, der physikalischen und chemischen Untersuchungsmethoden, sowie einen Ueberblick der Behandlungsmethoden; es folgt der speciell diätetische Teil mit 4 äusserst abwechselungsreichen, sorgfältig zusammengestellten Diättabellen und 120 Kochrecepten, nicht gerechnet die Variationen. Als Anhang sind noch einige Krankengeschichten zur Illustrierung beigegeben. Das Buch hat mir in vielen Fällen die Zusammenstellung einer Diät erleichtert, und ich kann es nur wärmstens empfehlen.

W. v. Ungern-Sternberg.

Dr. H. Elsner: Lehrbuch der Magenkrankheiten für Aerzte und Studierende. Verlag von S. Karger. Berlin. Pr. M. 13. 60. 1909.

Infolge seiner Uebersichtlichkeit und Kürze ist das Buch dem Praktiker eine wertvolle Unterstützung. Der allgemeine Teil bringt sehr klar und übersichtlich eine Zusammenstellung der Untersuchungsmethoden, die mit allen Errungenschaften der Neuzeit rechnet, der specielle Teil — die verschiedenen Krankheitsbilder in kurzer, klarer, das Wichtigste hervorhebender Form. Als eine angenehme Zugabe muss das recht reichlich bemessene Literaturverzeichnis angesehen werden.

W. v. Ungern-Sternberg.

Prof. P. Krause: Lehrbuch der klinischen Diagnostik innerer Krankheiten. 1909. Verlag von Gustav Fischer. Jena.

Dieses Lehrbuch ist ein Sammelwerk. Die einzelnen Abteilungen sind bearbeitet von Krause, Wendel, Lommel, Gerhardt, Staehlin, Ortner, Winternitz, Ziegler, Mohr, Jamin, Finkelburg, Hertel und Esser. Es soll vor allem Studierenden als Leitfaden dienen. Von diesem Standpunkt betrachtet, muss man die Präcision, Uebersichtlichkeit und Allseitigkeit hervorheben. Beginnend mit einem Ueberblick über den Gang der diagnostischen Untersuchungen, führt es uns durch alle Gebiete der Diagnostik, wobei Röntgen-, Serodiagnostik, Immunitätsreaction, die Krankheiten des Säuglingsalters nicht vergessen sind. Das Heranziehen dieses letzteren Gebietes wird im Vorwort durch den Mangel an Speciallehranstalten an vielen Universitäten gerechtfertigt, doch muss ich sagen, dass dieses in letzter Zeit sich völlig zu einem Specialstudium herausgebildete Fach doch etwas zu kurz abgekommen ist und als Ersatz für ein Speciallehrbuch nicht gelten kann. Bei den Bluttafeln vermisse ich die Angabe der Färbemethode, Studierenden dürfte letztere aus den Tafeln nicht ersichtlich sein. Zum Schluss möchte ich dieses dankenswerte Buch als Bereicherung unserer Hilfsquellen bestens empfehlen.

W. v. Ungern-Sternberg.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1506. Sitzung 3. März 1910.

Anwesend 69 Mitglieder, 3 Gäste.
Vorsitzender: Dr. P. Klemm. Schriftführer: Dr. C. Brutzer.

P. 1. Dr. von Sengbusch: Demontrationen zur Röntgentherapie. (Eigenbericht).

Dr. von Sengbusch berichtet: 1. Ueber einen Fall von Rhinosclerom, der vom October 1909 in Behandlung mit Röntgenstrahlen steht, sehr schöne Fortschritte zur Genesung macht und Aussicht auf volle Heilung bietet; leider ist Patientin am Flecktyphus erkrankt; da es ihr aber gut geht, hofft er, sie selbst noch vorstellen zu können. Er demonstriert ein Diapositiv, an welchem die Wulstungen der Nase, Lippe schön zu sehen sind. Die Nasenlöcher sind vollkommen verlegt, Nahrungsaufnahme und Atmung sehr erschwert. Am Ende der 4. Woche war bereits deutliche Besserung im Befinden sichtbar, es konnten Glasdrains in die Nasenlöcher geführt werden, und die Knoten wurden bedeutend kleiner, die ulcerierten Partien überhäuteten sich.

II. Lupus des Halses, seit Jahren bestehend, seit 3 Wochen ulcerierte Fläche von Handtellergrösse, an der Peripherie recht grosse Infiltrate. — Ueberhäutung in der 2. Woche nach c. 5 Bestrahlungen, Infiltrate im Schwinden begriffen; steht noch in Behandlung.

III. Osteosarcom des Schädels (Parietalgegend) in einigen Monaten zu gut $1\frac{1}{2}$ männerfaustgrossem Tumor angewachsen, so dass das Ohr c. 2 Zoll herausgedrängt ist. Da der Tumor als inoperabel von Chirurgenseite erklärt wurde, habe er ohne viel Hoffnung auf Erfolg die Behandlung aufgenommen. Schon nach der 5. Bestrahlung deutliches Kleinerwerden des Tumors, jetzt am Ende der 3. Woche schon ganz enorme Besserung (Demonstration).

Dr. Hirschberg zeigt die Mulage eines Rhinoscleromkranken. Man sieht die verunstaltete Nase und die geschwollene Oberlippe, die von üppigen Granulationen zum Teil bedeckt ist. Das tumorartige Granulom auf der Oberlippe hat Redner vor der Bestrahlung mit einem Messer

abgetragen, um die Behandlung abzukürzen. Weiter spricht er von der Technik der Bestrahlungen. Bei der Behandlung entstellender Granulome ist die Dosimetrie nicht wesentlich. Die schlimmen Folgen einer zu starken Bestrahlung, die dauernd nur in einer Pigmentierung bestehen, kommen bei der Entstellung, die die Krankheit an sich schon bedingt, nicht in Betracht. In anderen Fällen ist eine Dosimetrie bei der therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen nicht zu entbehren. Hirschberg hat die Sabouraud'sche Massmethode modificiert. Er bringt unter der Röhre, an einem Faden schwebend, ein Stück einer Sabouraudpastille an und kann durch Vergleich mit dem nebenbei befindlichen Testpapier bequemer als bisher die Menge der applicierten Strahlen ersehen. Näheres über diese Methode, die dem Autor gute Dienste leistet, wird er an anderer Stelle veröffentlichen.

Dr. von Sengbusch hebt ebenfalls die dosimetrische Methode der Röntgentherapie, namentlich bei Hautaffectionen, hervor. Bei der Behandlung von Tumoren sei sie nicht eine unbedingte Forderung. Er berichtet ferner über einen Fall von Sarcomatose, der, vom Uterus beginnend, zahlreiche Metastasen im Körper gesetzt hatte. Wenige Bestrahlungen genügten schon, um ein riesiges Drüsenpacket am Halse beträchtlich zu verkleinern. Der Fall ist noch in Behandlung. Merkwürdig sei es, dass nicht alle Sarcome sich gleich günstig beeinflussen liessen.

Dr. Klemm macht darauf aufmerksam, dass es oft schwierig sei, Sarcome von anderen Tumoren zu unterscheiden, auch das histologische Präparat genüge dazu nicht immer. Selbst ein so ausgezeichneter Kenner, wie Prof. Thoma, habe die Differentialdiagnose zwischen Sarcom und Gumma in gewissen Fällen aus den histologischen Präparaten nicht stellen können. Einzelne Fälle von Heilung dürften daher für die Therapie der Sarcome mit Röntgenstrahlen nicht ausschlaggebend sein. In erster Linie müssten sie operativ angegriffen werden. Erst wenn die Tumoren inoperabel seien, käme die Röntgenbehandlung in Frage.

Dr. von Sengbusch führt eine Reihe von Sarcomen aus der Literatur an, die auf Röntgenbehandlung schwanden und auch bei Nachuntersuchungen nicht wiedergekehrt waren; besonders einen Fall von Torrey. Es handelte sich um ein Sarcom der Brust. Patientin starb an intercurrentem Typhus. Bei der Section erwiesen sich die Sarcomzellen völlig geschwunden und es fand sich nur Narbengewebe. Redner bemerkt ferner, dass Gummata sich durch Röntgenstrahlen garnicht beeinflussen liessen, und macht auf eine combinierte Behandlungsmethode von Tumoren aufmerksam, die z. B. bei Mammacarcinom operiert und nach der Entfernung der Geschwulst bestrahlt, um zerstreute Keime zu vernichten.

Dr. Hach referiert die Krankengeschichte der von Sengbusch behandelten Sarcomkranken. Vor 3 Jahren stellte sie sich Hach zum ersten Mal vor, damals hatte sie keinen Tumor. Als sie nach 3 Jahren wiederkam, bestand schon eine ausgedehnte Sarcomatose im Leibe und eine vergrösserte Drüse am Halse. In wenig Wochen wuchs Letztere zu einem grossen Drüsenconvolut, die Bösartigkeit der Geschwulst beweisend.

Dr. Hirschberg berichtet über Lymphomerkrankungen, die wegen ihrer Ausbreitung nicht operationsfähig waren und daher mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Bei intermittierender Bestrahlung waren die Erfolge anfangs sehr gut. Bei der 2. und 3. Bestrahlungsreihe wurden die Erfolge immer geringer und hörten ganz auf. Auch beim Lupus ist die Zahl wirklich geheilter Fälle sehr gering.

Dr. von Engelhardt fragt, ob die Verkleinerung der Geschwulst am Halse nicht durch ein Zurückgeben der Entzündungserscheinungen in der Umgebung des Tumors gedeutet werden könne, und wie man sich die Einwirkung der Röntgenstrahlen in diesen Fällen erkläre?

Dr. Hirschberg erwidert hierauf, es gebe eine Theorie (Frank-Schultz), die die Wirkung der Röntgenstrahlen auf verschiedene Gewebe physikalisch erklären wolle und behaupte, die Röntgenstrahlen wirkten auf die specifisch schweren Gewebe intensiver, als auf die leichteren. Die specifisch schweren Gewebe resorbierten mehr Strahlen; auch das Sarcom gehöre zu letzteren.

Dr. Brutzer erklärt die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Gewebe nach der Theorie, die sich auf histologische Befunde und Experimentaluntersuchungen stützt. Die Wirkung ist eine elective, indem Epithelzellen und epitheliale Zellen der Vernichtung eher verfallen als andere Gewebszellen. Dabei besteht noch der Unterschied, dass jugendliches Gewebe ganz besonders empfindlich ist: Zellen, die sich in lebhafter Vermehrung befinden, an der Haut das Rete Malpighi, das Endothel der Gefässe, ferner das Parenchym des Hodens etc. Auch werden die Zellen verschiedener Tumoren verschieden beeinflusst und an ein und demselben Tumor werden wohl die schnell und am reichsten teilungsfähigen am ehesten vernichtet. Gegen Dr. Klemms Ansicht, die Sarcomfälle gehörten in erster Reihe dem Chirurgen, führt Redner die andern Orts ausgesprochene Forderung an, die Sarcome sollten erst geröntgent werden, weil oft in wenigen Sitzungen eclatante Erfolge zu verzeichnen seien, und bei der electiven Wirkung der Röntgenstrahlen Recidive eher verhindert werden können. Redner hält die Mitteilungen Eberleins auf dem vorjährigen Röntgencongress für diese offene Frage für beachtenswert. Eberlein behandelte Sarcome der Oberkieferhöhle von Pferden, indem er die Tumoren frei legte und nach Möglichkeit entfernte, was aber nicht ganz gelingen konnte; darauf bestrahlte er. 4 Pferde wurden so behandelt. 2 davon wurden recidivfrei geheilt (Rundzellen und Spindelzellensarcom); 2 gingen trotz derselben Behandlung an den Tumoren zu Grunde (Rundzellen und Osteosarcom).

P. 2. Dr. Ed. Schwarz: «Ueber carcinomatöse Meningitis».

Am 13. August 1908 übernahm Vortragender auf freundliche Veranlassung des Collegen Max Schönfeldt die Behandlung eines 35-jährigen Patienten, der seit 1 Jahr an Uebelkeit und Erbrechen, namentlich nach Gemütsbewegungen litt. Die Anamnese ergab sonst ein wechselndes Bild und wegen meningitischer Symptome wurde am 14. August 1908 eine Lumbalpunction vorgenommen. Der gewonnene Liquor cerebri war trüb, was für Meningitis sprach. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Tuberculose, sondern es fanden sich massenhaft riesengrosse Zellen zwischen Lymphocyten, dabei kein Blut. An den Zellen sieht man oft wandständige Kerne, auch 2 und 3 und mehr in einer Zelle und, was charakteristich ist, Zelleinschlüsse, 2 und 3 Zellen in einander; wie Ribbert solche Bilder aus Carcinomperlen beschreibt.

Dr. Krannhals erklärte diesen Befund als zu einem Neuplasma gehörig, und auch Redner schliesst sich dieser Auffassung an. Es sind flächenhaft ausgebreitete Tumoren der Hirnhäute bekannt, zu diesen konnte auch der vorliegende Fall gehören; so hat Nonne die ganze Pia sarcomatös verändert gefunden bei makroskopisch fast normalem Aussehen; und es handelte sich nicht um eine secundäre Affection; die übrige Section gab nirgends eine pathologische Affection, nirgends ein primäres Sarcom; aber in diesem Fall gab die Lumbalpunction ein normales Verhalten des Liquor. Der oben geschilderte Fall endete letal, und bei der Section des Cerebrum fand sich kein Tumor. An der ganzen Convexität des Gehirns fand sich eine Leptomeningitis mit 3 kleinen, trüben, linsengrossen, verdickten Stellen, die auch makroskopisch nicht wie Knötchen aussahen; auch wurde an diesen Stellen keine Tuberculose durch die mikroskopische Untersuchung nachgewiesen, sondern die oben beschriebenen Zellen fanden sich hier und im ganzen weiten Arachnoidalraum, diesen ausfüllend. Da der Patient sonst keine Beschwerden hatte und keine andere Organveränderung constatiert werden konnte, so besteht die Annahme zu Recht, dass es sich um ein primäres Leiden des Cerebrums gehandelt haben dürfte, ähnlich dem Falle Nonne. Dr. Bertels, der das Sectionsmaterial verarbeitet habe, werde weiteres berichten.

Dr. Bertels berichtet, unter Demonstration der betr. Präparate, über den histologischen Befund am Gehirn, in dem von Ed. Schwarz referierten Fall. (Eigenbericht).

Ihm lagen vor Präparate von der Rinde des Scheitellappens, vom Cerebellum und Pons. In sämtlichen Präparaten fand sich eine Infiltration des Subarachnoidalraumes mit grossen, runden Zellen. An denjenigen Stellen, wo der Subarachnoidalraum schmal ist, fanden sich nur schmale Züge oder vereinzelte Zellen, in den Furchen des Scheitellappens aber, zwischen den Windungen des Kleinhirns, ferner am Pons in den Winkeln zwischen der Hirnbasis und den Gefässen lagen sie in grösseren Haufen beisammen. Im Corpus striatum waren sämtliche perivasculären Räume mit ihnen vollgepfropft. Ihr Durchmesser erreichte etwa das Zehnfache eines roten Blutkörperchens; die Kerne waren gross; vielfach fanden sich Invaginationen einer Zelle in eine andere, auch doppelte Invaginationen kamen vor. Ferner vielkernige Zellen.

Die topographische Anordnung der zelligen Infiltration ist dieselbe, wie bei einer Leptomeningitis; hier liegt aber offenbar eine solche nicht vor, da die Infiltration keine kleinzellige ist; es kann sich nur um eine Neubildung handeln. Das Aussehen der Zellen ist das von Epithelien, man würde dementsprechend den Zustand als diffuse Carcinomatose der Leptomeninx bezeichnen müssen; doch kann das Aussehen der Zellen täuschen, auch Abkömmlinge bindegewebiger Elemente können epitheliales Aussehen erlangen; es könnte sich somit auch um eine Sarcomatose handeln. Das Vorkommen zahlreicher Invaginationen spricht aber mehr für Carcinomatose. Entscheidend wäre für diese Frage gewesen, wenn man einen primären Tumor als Ausgangspunkt der Erkrankung der Hirnhäute gefunden hätte. Leider aber war eine vollständige Section nicht gestattet worden.

Die Statistik spricht dafür, dass auch in diesem Falle die Erkrankung der Hirnhäute eine metastatische gewesen sein

wird, denn von 13 Fällen mit ähnlichem makroskopischen und mikroskopischen Befund im Gehirn, deren Literatur Vortragendem zugänglich war, bestand 7 Mal gleichzeitig ein Magencarcinom (es sind dies die Fälle von Lilienfeldt und Benda, von Westenhoeffer und Kraus, 2 Fälle von Scholz, einer von Marchand, einer von Stadelmann, dazu ein noch nicht publicierter Fall von Krönig, welchen Stadelmann erwähnt)[1].

In 4 Fällen, über welche Siefert summarisch berichtet, scheint Lungencarcinom der Ausgangspunkt gewesen zu sein; in einem, von Eberth schon im Jahre 1870 publicierten Fall, lag gleichfalls gleichzeitig Lungencarcinom vor; nur im Nonneschen Fall war kein primärer Tumor zu finden, und Nonne bezeichnet den krankhaften Zustand als «diffuse Sarcomatose» «oder histogenetisch» als «Peritheliom», während Eberth (1870) von «Epitheliom» und alle anderen Autoren von diffuser Carcinomatose resp. «Meningitis carcinomatosa» sprechen.

Dr. von Engelhardt. Bei peritonealer Carcinose werden auch Zellformen beobachtet, die den hier geschilderten ähnlich sind, mit wandständigen und multiplen Kernen. Es ist möglich, dass der Liquor resp. Ascites derartige Bildungen bedingen. Im Uebrigen lassen occulte Carcinome des Magendarmtractus oder der Leber, die keine localen Erscheinungen zu machen brauchen, die Annahme, dass es sich um Metastasen handele, nicht ausschliessen.

P. 3. Dr. v. Holst demonstriert:

a) einen Fall von Hemiatrophia facialis progressiva;

b) einen diagnostisch noch unklaren Fall von Hautatrophie der rechten unteren und oberen Extremität;

c) einen Fall von spastischer Spinalparalyse, dem wahrscheinlich multiple Sclerose zu Grunde liegt.

d) einen Fall von functioneller Neurose, bei dem auf Grund der Augenspiegeluntersuchung und des übrigen Befundes, trotz einer geringen äusseren Aehnlichkeit sich multiple Sclerose einstweilen ausschliessen lässt.

Anamnestisch wird das Leiden mit einem Schreck in Zusammenhang gebracht. Patient macht einen dementen Eindruck.

Dr. Ed. Schwarz stimmt der Diagnose multiple Sclerose im Falle c. bei, auch im Falle d., doch erscheint ihm hier auch ein anderer Schluss möglich. Die Aetiologie des Falles d. erinnert ihn an einen anderen, in dem die Erkrankung auch auf einen Schreck zurückgeführt wurde, den Pat. beim Schmuggelgeschäft auf der Grenze erlebte. Die Umgebung des Patienten führte aber an, dass er schon vorher bei Gelegenheit nicht aufhören konnte zu lachen, und diese Erscheinung ist ein Frühsymptom der multiplen Sclerose. Auch dieser Patient wird später dement, und der Schreck ist daher ätiologisch nicht massgebend.

Für Fall b. führt Redner 2 analoge Fälle an. Bei dem einen Patienten war das eine Bein normal, das andere steinzendünn, auch eine unerklärliche trophische Störung; die andere Person hatte auch Brown Sequardsche Symptome.

Dr. L. Schönfeldt bemerkt zu Fall a., dass er nicht die geringsten atrophischen Veränderungen der Haut bemerken könne. Zum Bilde der Hemiatrophie ist die Atrophie der Haut unerlässlich. Möbius stellt diese Forderung, und in der Literatur ist kein Fall ohne Hautatrophie beschrieben. Redner meint daher, dass es sich um eine angeborene Asymmetrie des Gesichts handele.

Dr. von Holst gibt zu, dass sich Atrophie der Haut im vorliegenden Fall nicht finde. Er beruft sich aber auf die Aussagen des Patienten, der ein Klappern bei Bewegung der Kiefer erst seit einiger Zeit an sich bemerkt habe und ebenso mit Bestimmtheit angibt, früher gleichmässig gebaut gewesen zu sein. Möbius' Ansichten über Hemiatrophie seien übrigens durch Oppenheim und andere zurückgewiesen.

Dr. Ed. Schwarz vermisst bei den vorgestellten Fällen den Bericht über die Lumbalpunction. Ohne Liquorbefund ist fast keine neurologische Diagnose mehr möglich. Sie ist gewissermassen eine teilweise Section am Lebenden. 4 Reactionen sind für eine klinische Untersuchung nötig: Wassermann in Blut und Liquor, Nonne-Apelt, Phase I und Lymphocytose. Wenn diese Reactionen alle positiv sind, so liegt sicher wohl keine multiple Sclerose vor.

Dr. von Holst hat an dem einen der vorgestellten Patienten bisher keine Punction vornehmen können, weil dieser geschäftlich gebunden war, doch hofft er, nächstens über das Ergebnis berichten zu können.

Dr. Th. Schwarz spricht zur Therapie der multiplen Sclerose, die früher ganz mittellos war. Das Schicksal der Patienten war daher sehr schlimm, bis Förster eine Methode erdachte, um ihren Zustand zu bessern. Er durchschnitt die hinteren Wurzeln, und es gelang auf diese Weise, die Spasmen zu benehmen. Försters erster so behandelter Fall starb allerdings an Sepsis, 3 oder 4 Fälle sind aber sehr gut geworden. Kinder, die sich selbstständig garnicht fortbewegen konnten, können wieder gehen. Im Diakonissenhaus in Riga ist von Dr. Bornhaupt vor wenigen Tagen die erste derartige Operation ausgeführt worden. Bisher geht es dem Patienten gut. Ueber das definitive Resultat wird seiner Zeit Bericht erstattet werden.

Dr. Ed. Schwarz empfiehlt für gewisse Fälle von multipler Sclerose, die sehr acut verlaufen, intravenöse Injectionen von Elektralgol. (Marburg, Wien).

[1]) Die Literaturangaben finden sich bei Stadelmann, Berl. klin. W. 1908, S. 2262. Zu den dort genannten kommt noch Eberth, Virchows Archiv Bd. 49, S. 51. Die Arbeit von Oppenheim findet sich im 13. Bl. der Charitéannalen, nicht wie hier und anderweitig angegeben, im 3. Bd.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 25. März fand eine feierliche Sitzung der «Gesellschaft russischer Aerzte» statt, zum Andenken an den kürzlich verstorbenen Physiologen Pflüger. Prof. J. Pawlow hielt eine Rede, in welcher er die hervorragenden Verdienste Pflügers um die Physiologie hervorhob.

— In Moskau starb kürzlich die Witwe des bekannten Klinikers Prof. A. Sacharjin. Sie hat ihr grosses Vermögen testamentarisch zur Errichtung eines Hospitals auf dem Sacharjinschen Gute in Kurkino vermacht.

— Hochschulnachrichten:

Prof. Dr. N. Tschistowitsch, der bisher den Lehrstuhl für Infectionskrankheiten und Bakteriologie inne hatte und Director der Klinik für Infectionskrankheiten an der Militär-medicinischen Akademie war, ist zum Professor und Director der akademischen Inneren Klinik ernannt.

Der Privatdocent Dr. Werschinin an der Universität in Tomsk ist von der Facultät zum Professor der Pharmakologie erwählt.

Als Privatdocenten an der Militär-medicinischen Akademie habilitierten sich Dr. D. Krylow für allgemeine Therapie und Diagnostik und Dr. S. Wladytschko für Psychiatrie und Neurologie.

— Geheimrat Dr. N. Ssubbotin, Prof. emeritus und Mitglied des gelehrten Comitees an der Haupt-Medicinal-Verwaltung des Kriegsministeriums ist zum Wirklichen Geheimrat befördert unter Verabschiedung vom Amt.

— Der II. Kurländische Aerztetag findet in diesem Jahre in Libau statt und zwar vom 28.—30. Mai. Diejenigen Herren Collegen, die am Aerztetage teilzunehmen beabsichtigen, werden hiermit aufgefordert, sich rechtzeitig an Herrn Dr. H. Stender (Libau, Kaufstrasse, 7) wenden zu wollen, damit für Wohnungen für sie gesorgt werden kann.

Anmeldungen von Vorträgen werden bis zum 1. Mai unter der Adresse des Unterzeichneten (Libau, Kornstr. 39) erbeten.

Im Namen des Vorstandes
der Kurländischen Aerztegesellschaft
Dr. med. V. Zoepffel.

— Es hat sich ein Internationales Comitee für das ärztliche Fortbildungswesen constituiert, das sich die Aufgabe stellt, auf denjenigen Gebieten der ärztlichen Fortbildung zusammenzuwirken, deren Förderung durch eine solche gemeinsame Tätigkeit zu erwarten ist. Hierhin gehören z. B.: Erhebungen über die Organisation des ärztlichen Fortbildungswesens in den einzelnen Ländern und Beschreibung der Einrichtungen (insbesondere Institute) für die ärztliche Fortbildung zwecks gegenseitiger Anregung und Belehrung, Informationen über die Beziehungen des akademischen Unterrichts zu der Fortbildung in den einzelnen Ländern, Mitteilungen über das Lehrmittelwesen, Auskunftserteilung über die Gelegenheit zur Fortbildung in den einzelnen Ländern, Austausch hervorragender Gelehrter zwecks Belehrung der Aerzte über bestimmte wichtige Neuerungen, Veranstaltung von Conferenzen im Anschluss an die internationalen Aerztecongresse, statistische Arbeiten, die Förderung ärztlicher Studienreisen in fremde Länder u. s. w. — Russland ist in der Verwaltungscommission durch Geheimrat Prof. Dr. Rein repräsentiert; auch in der Liste der Mitglieder finden wir aus Russland nur Prof. Rein angeführt.— Vorsitzender des Comitees ist Geheimrat Prof. Dr. Waldeyer, Generalsecretär — Prof. Dr. R. Kuttner, Berlin.

— Im Verlag von Dr. Werner Klinkhardt, Leipzig, erscheint eine neue Zeitschrift «Ergebnisse der wis-

senschaftlichen Medicin», Organ für übersichtliche Darstellung medicinisch-biologischer Fragen und ihrer Grenzgebiete». Herausgegeb. von Prof. Dr. Carl Lewin vom Institut für Krebsforschung in Berlin.

Das neue Organ will in allmonatlich erscheinenden, kritischen, übersichtlichen Darstellungen, die möglichst knapp und präcis gehalten sind, actuelle, besonders interessante Zeit- und Streitfragen aus dem Gesamtgebiet der medicinischen Biologie in ihrem gegenwärtigen Stande beleuchten und vor allem die für die praktische Medicin wichtigsten Ergebnisse präcisieren. So will es die Fortschritte der Biologie und die Ergebnisse der rationellen Medicin allen denen vermitteln, welchen es sonst unmöglich ist, sich über all die schwebenden Fragen ständig auf dem Laufenden zu halten. Es soll demnach nicht nur ein Organ für den wissenschaftlichen Arbeiter sein, sondern in erster Linie für den praktischen Arzt, der sich über den Stand biologischer Fragen informieren will, auf deren Kenntnis ja zum grössten Teil die praktischen Erfolge und Methoden sich aufbauen.

— Cholera. Britisch-Indien. In Calcutta fanden vom 13. bis zum 19. Februar 34, vom 20. Februar bis zum 5. März 90 Todesfälle an Cholera statt.

— Pest. Türkei. In Djedda erkrankten vom 7. bis zum 13. März 6 Personen und starben 6, vom 14. bis zum 19. März erkrankten 11, starben 10. — Aegypten. Vom 5. bis zum 11. März erkrankten 31 Personen und starben 12, vom 12. bis zum 18. März erkrankten 20 und starben 20. — Japan. In Kobe und Osaka wurde im Februar je 1 Pestfall constatiert. — Persien. In Buschir fanden im März 2 Pesterkrankungen statt. Diese Stadt, sowie Beirut in Syrien, sind von der russischen Regierung für pestverseucht erklärt worden.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 13. bis zum 19. März fanden 3 Erkrankungen und 1 Todesfall statt, vom 20. bis zum 26. März 3 Erkrankungen. — Oesterreich. Vom 13. bis zum 19. März wurde in Niederösterreich und Steiermark je 1 Erkrankung an Poliomyelitis constatiert.

— Genickstarre. Türkei. In Jerusalem herrscht die Genickstarre epidemisch. — Preussen. Vom 13. bis zum 19. März fanden 9 Erkrankungen und 6 Todesfälle statt, vom 20. bis zum 26. März — 9 Erkrankungen und 7 Todesfälle.

— Die Schweiz hat in St. Petersburg, Michailowskaja Nr. 1, ein officielles schweizerisches Verkehrs- und Reisebureau ins Leben gerufen. Dieses Bureau erteilt unentgeltlich, mündlich sowohl wie schriftlich jede Art Informationen über das Reisen in und von Russland nach dem Auslande; über die verschiedenen Verkehrsmittel- und Wege, die orographischen, klimatischen und Unterkunft-Verhältnisse der Schweiz insbesondere, sowie aber auch der übrigen Länder. Des ferneren ist das Bureau bereit, jedem Reisenden behilflich zu sein, seinen Reiseplan günstig zusammenzustellen, die Route zu seinem Vorteil und seiner Bequemlichkeit zu wählen und ebenso den Kostenpunkt auszurechnen.

Das schweizerische Verkehrsbureau erteilt gleichfalls unentgeltlich die von den S. Bundes- und Bergbahnen, Schiffsgesellschaften, Verkehrsvereinen, Luft- und Thermalcurorten herausgegebenen Publicationen, wie Broschüren, geographische Karten, Reiseführer und Illustrationen.

Um dem reisenden Publicum, Hand in Hand mit diesen Informationen auch die Bequemlichkeit, gleich die Fahrkarten lösen zu können, zu bieten, befindet sich im schweizerischen Verkehrsbureau eine Verkaufsstelle der Internationalen Schlafwagengesellschaft und gelangen daselbst die verschiedenen Eisenbahn-, Schiffs- und Rundreisebillete, sowie die Schlafwagenplätze für Russland und das Ausland zum Verkauf. — Das Bureau befindet sich im Hause des Hôtel de l'Europe.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 21. bis zum 27. März 1910 691 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 58, Typh. exanth. 5, Febris recurrens 2, Pocken 43, Windpocken 31, Masern 287, Scharlach 83, Diphtherie 94, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 0, an anderen Infectionskrankheiten 88.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 948 + 49 Totgeborene + 62 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 13, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 17, Masern 87, Scharlach 14, Diphtherie 18, Keuchhusten 15, crupöse Pneumonie 29, katarrhalische Pneumonie 138, Erysipelas 8, Influenza 12, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 113, Tuberculose anderer Organe 27, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 54, andere Magen- und Darmerkrankungen 43, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 42, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 243.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 27. März 1910 13627. Darunter Typhus abdominalis 488, Typhus exanth. 18, Febris recurrens 23, Scharlach 278, Masern 160, Diphtherie 217, Pocken 193, Windpocken 3, Cholera 0, crupöse Pneumonie 125, Tuberculose 815, Influenza 215, Erysipel 96, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 78, Lepra 0, Syphilis 567, venerische Krankheiten 336, acute Erkrankungen 2374, chronische Krankheiten 1067, chirurgische Krankheiten 1687, Geisteskrankheiten 3447, gynäkologische Krankheiten 259, Krankheiten des Wochenbetts 54, verschiedene andere Krankheiten 115.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Jalta der Arzt des Landschaftshospitals in Luga, Dr. M. Krawez, geb. 1866, approbiert 1889; 2) in Ssebesh, Gouv. Witebsk, am Flecktyphus Dr. W. Houwalt, geb. 1878, approbiert 1904; 3) in St. Petersburg Dr. A. Wirenius. Er hat auf dem Gebiet der Schulhygiene viel gearbeitet und war Präsident der Section für Schulhygiene der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit; 4) in Bendery (Bessarabien) am Flecktyphus Dr. A. Aptekar; 5) in Odessa der ordinierende Arzt an der therapeutischen Klinik der Universität Dr. N. Bitschew, am Flecktyphus; 6) im Dorfe Gluchow (Gouv. Moskau) der Fabrikarzt B. Epstein; 7) in St. Petersburg am 29. März Dr. N. Schnrygin; 8) in Breslau Prof. Dr. R. Abegg, Leiter der physikalisch-chemischen Abteilung des chemischen Universitätsinstituts, im Alter von 42 Jahren; 9) Dr. H. Kuborn, Präsident der Königl. Medicinischen Akademie in Brüssel; 10) Dr. George Carpenter, Chefredacteur des British Journal of Children's Diseases.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 27. April 1910.

Tagesordnung: 1) Amburger. Ueber einen Fall von Hypophysistumor.
2) Kreps. Ueber Irrigationsurethroskopie.

Geschäftliche Sitzung: Beratung über die Ergebnisse der Arbeiten der Commissionen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. April 1910.

Tagesordnung: W. Fick: Ueber Magenblutungen nach Laparatomien.

— DRUCKFEHLERBERICHTIGUNG: In Nr. 13, Seite 195, rechte Spalte, 36. Zeile von unten muss es heissen: hydrocephalische statt hydrophobische.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

А. Захеръ. Перекись водорода при ушныхъ болѣзняхъ. Отд. отт. изъ журнала „Ежемѣсячникъ ушн., горл. и носов. болѣзней“. СПВ. 1910.

L. Berthenson. Ueber sanitären Schutz der Curorte in Russland. Sep.-Abdr. aus d. Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie u. Curort-Hygiene. Nr. 23.

Ad. Schmidt. Die Wiederbelebung der intestinalen Autointoxicationslehre in Frankreich u. der «Combismus». Sep. Abdr. aus d. Deutschen Med. Wochenschr. Nr. 49. 1909.

Ad. Schmidt. Die Infectionen des Verdauungscanals, ihre Erkennung und Behandlung. Sep. Abdr. aus d. Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung.

F. Berger u. Iwaho Touchiya. Untersuchungen über d. Bakterienmenge d. Faeces u. ihre Beeinflussung durch Calomel u. H_2O_2. Sep. Abdr. aus d. Zeitschr. f. exp. Pathologie u. Therapie. Bd. 7.

Д-ръ А. М. Корицкій. Брюшной тифъ въ С.-Петербургскомъ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ за 1908 г. Диссертація. С.-Петербургъ. 1910 г.

Dr. G. Kelbling. Die Behandlung von Krankheiten der Luftwege in Bad Salzbrunn — Sonderabdruck aus der Medicinischen Klinik. Nr. 12. 1909.

Dr. F. Heimann. Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Pantopon (Sahli). Sep.-Abdr. aus d. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 7. 1910.

P. H. Eijkman. L'internationalisme médical. Publication du bureau préliminaire de la fondation pour l'internationalisme. La Haye. F. van Rossen. 1910. 2 francs.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 16 St. Petersburg, den 17. (30.) April 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Historische Bemerkungen zur Trepanation des Warzenfortsatzes.

Auszugsweise vorgetragen auf dem I. Baltischen Aerztetage zu Dorpat am 24. August 1909.

Von

Dr. F Voss. (Riga).

M. H. Ich möchte meine historischen Bemerkungen zur Trepanation des Warzenfortsatzes in die Beantwortung der Frage zusammenfassen: **Was dankt die Ohrenheilkunde der Chirurgen?** Zu dieser Frage gibt folgendes Vorkommnis die Veranlassung. In einer Festschrift [1]) für E. v. Bergmann findet sich eine kleine Arbeit von O. Voss (jetzt Frankf. a/M): Multiple Hirnabscesse bei gleichzeitig bestehender Mittelohreiterung und eitriger Bronchitis, die mit folgenden Sätzen schliesst: «so beweist doch der vorliegende Fall aufs Neue, wie zahlreich und innig die Verbindungsfäden sind, die die Otochirurgie mit der allgemeinen Hirnchirurgie verknüpfen, ohne deren genaue Kenntnis die otologische Welt heute nicht mit dem Stolz und der Befriedigung auf die Resultate ihrer operativen Wirksamkeit blicken könnte, die zu empfinden sie allen Grund hat. Ein Gebot besonders gern geübter Dankes- und Ehrenpflicht gerade für die Ohrenärzte ist es daher, dem Altmeister der Chirurgie, dem die ohrenärztliche Diagnostik und Therapie soviel Befruchtung verdankt, an seinem heutigen Ehrentage zu huldigen. Einen bescheidenen Beitrag zur Abstattung dieser Schuld enthalten die vorstehenden Zeilen».

Dieser Schlusspassus gibt nun H. Schwartze (Halle) Veranlassung zu folgenden Auslassungen: „Nach diesen rein sachlichen Erörterungen über die Aetiologie der erwähnten multiplen Abscesse macht Verfasser nun ganz ex abrupto einen unerwarteten salto mortale zu v. Bergmann. Die vergeblich versuchte Operation, die den Tod des Kindes nicht aufhalten konnte, lässt gerade nicht günstig erscheinen, diesen Fall zur Verherrlichung von Bergmanns Verdiensten um die Hirnchirurgie zu benutzen. Ganz unbegründet muss es aber erscheinen, wenn Verfasser zum Schluss seiner Arbeit schreibt: „Ein Gebot besonders gern geübter Dankes- und Ehrenpflicht für die Ohrenärzte ist es daher, dem Altmeister der Chirurgie, dem die ohrenärztliche Diagnostik und Therapie soviel Befruchtung verdankt, an seinem heutigen Ehrentage zu huldigen." Die ganze neuere Entwicklung der operativen Ohrenheilkunde ist, ebenso wie die Untersuchungsmethode und pathologische Anatomie des Ohres in der Hauptsache nur von Ohrenärzten geschaffen worden. Wir sind weit davon entfernt, v. Bergmanns grosse Verdienste um die Hirnchirurgie schmälern zu wollen, sind jedoch verpflichtet, unbegründeten Lobeshymnen entgegenzutreten und die Verdienste für die Fortschritte auf dem Gebiete der „ohrenärztlichen Diagnostik und Therapie" denen zu überlassen, die sie vor allem in heissem Bemühen errungen haben, den Ohrenärzten" [2]).

Die ganze neuere Entwicklung der operativen Ohrenheilkunde ... ist also nach Schwartze in der Hauptsache nur von Ohrenärzten geschaffen worden.

Stimmt das mit den historischen Tatsachen?

1. Wenn wir mit der **Eröffnung des Warzenfortsatzes** beginnen, so muss hier ohne weiteres zugestanden werden, dass Schwartze fraglos das Verdienst hat, der Anregung von v. Tröltsch gefolgt zu sein und die in Misscredit und Vergessenheit geratene Eröffnung des Warzenfortsatzes wieder zum Leben erweckt zu haben, sowohl durch seine pathologisch-anatomischen Untersuchungen, als durch die Publication grösserer Reihen consequent durchgeführter Operationen.

Schwartzes Methode bestand bei acuten und chronischen Fällen in der Anlegung eines Canales von aussen in das Antrum mastoideum mit principieller Schonung der hinteren knöchernen Gehörgangswand, um durch methodische Durchspülungen von diesem Canal aus infectiöse, im Antrum und in der Paukenhöhle lagernde Massen zum äusseren Gehörgang herauszuschwemmen und so der Gefahr der Stagnation vorzubeugen.

[1]) Heft 35 der Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens.

[2]) Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 71 vom 7. Mai 1907, pag. 142. Bergmann war am 25. März 1907 gestorben.

Auf diesem Standpunkt blieb die Operation reichlich zwanzig Jahre stehen. Eine besondere Operationsmethode für chronische Fälle gab es damals nicht, bis Küster in seinem bekannten Vortrage über Eiterungen in starrwandigen Höhlen die breite Bloslegung des Krankheitsherdes forderte, und Bergmann sich energisch gegen die Spülungen aussprach. Mit dieser, zum ersten Mal für die Chirurgie des Ohres aufgestellten Forderung kam neues Leben in sie hinein, allerdings erst nach einem Entrüstungssturm bei den Otologen. In der otologischen Section der Naturforscherversammlung 1889 in Heidelberg hielt man es nicht für richtig, dass Chirurgen ohrenärztliche Operationen machen, ja man glaubte als Otiatiker den Chirurgen gegenüber Stellung nehmen zu müssen, und man dürfe es nicht dazu kommen lassen, dass der Chirurg solche Operationen machen soll, die ihm nicht zustehen. Nur eine vereinzelte Stimme erhob sich damals zu Gunsten der Chirurgen. Walb ist der Ansicht, dass das überhaupt keine chirurgische Behandlung sei, wo bei den betreffenden Patienten noch jahrelang nach der Operation Durchspülungen vorgenommen werden müssten [3]).

Im folgenden Jahre erklärte Zaufal [4]) auf der 10. Versammlung süddeutscher und schweizerischer Ohrenärzte zu Nürnberg am 25. Mai: es unterliege keinem Zweifel, dass der von Küster proclamierte Grundsatz, auch bei der Trepanation des Proc. mastoid. den Krankheitsherd im Knochen möglichst breit zu eröffnen, um unter Führung des Auges alles Kranke zu entfernen, als ein chirurgisch allgemein gültiger Grundsatz auch hier für durchaus richtig anerkannt werden müsse; denn nur so könnten wir hoffen, ohne langwierige Nachbehandlung binnen kurzer Zeit eine dauernde Heilung zu erzielen, und dieses Ziel seien wir verpflichtet anzustreben.

Zaufal beschreibt darauf seine auf diesen Principien beruhende neue Methode. Ihm folgten Jansen und Stacke auf dem X. internationalen Congresse in Berlin mit ihren Methoden. Hessler [5]) erklärte bei derselben Gelegenheit: „Wenn wir auch zugestehen müssen, dass die Anregung zu energischerem operativen Vorgehen gegen die chronische ossale Mittelohreiterung neuerdings von den Chirurgen ausgegangen ist, so brauchen wir Ohrenärzte deshalb noch nicht zu befürchten, dass die Chirurgen mit der Zeit das ganze otiatrische Material fortnehmen werden. Wir Ohrenärzte müssen nur bessere Chirurgen werden als wir es bisher waren".

Die Chirurgen aber, die die Anregung gegeben haben, von der Hessler spricht, waren E. Küster und E. v. Bergmann, und dafür ist ihnen die Ohrenheilkunde ewigen Dank schuldig. Das ist eine historische Tatsache, woran auch der Umstand nichts ändert, dass die heute üblichen Radicaloperationsmethoden alle von Ohrenärzten angegeben sind, aber, wie schon gesagt, erst nachträglich.

2. Gehen wir jetzt zur **Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose und Phlebitis** über. Zum mindesten muss es auffallen, dass in den deutschen Arbeiten über dieses Thema die englische Literatur so wenig berücksichtigt ist. Ich will versuchen im Folgenden das nachzuholen.

Bis zum Jahre 1890 hatten ein grösseres Interesse an der otitischen Sinusthrombose und -Phlebitis nur die direct beteiligten Personen: der Kranke, der Arzt, welcher das Unglück hatte ihn zu behandeln und — der pathologische Anatom. Dieser Mangel an Interesse spiegelt sich auch in der Literatur wieder. Sehen wir chirurgische und interne Hand- und Lehrbücher durch, so finden wir die grösste Verwirrung. Immer wieder werden unter einem Generaltitel die marantische Thrombose, die Compressionsthrombose und die Sinusphlebitis zusammen abgehandelt, trotzdem eingehende Arbeiten über sie vorhanden waren.

Mit einem Schlage war das Interesse für diese Krankheit allerwärts vorhanden, als 1890 Referate erschienen, die besagten, dass zwei englische Chirurgen mit Erfolg zur Operation dieser bisher für letal gehaltenen Krankheit geschritten waren. Jetzt wurde auch in weiteren Kreisen bekannt, dass schon 10 Jahre früher deutscherseits ein solcher Vorschlag gemacht worden war.

Schon am 10. December 1880 hatte Zaufal [6]) im Verein deutscher Aerzte in Prag die Frage aufgeworfen, ob man beim Eintritt einer Sinusthrombose die Hände in den Schoos legen dürfte? Er verneint dieselbe, da Fälle bekannt seien, wo trotz Eintrittes einer Sinusthrombose Heilung erfolgte. Die Thrombose für sich bedinge aber nicht das letale Ende, sondern blos der Zerfall derselben. Er glaubt, dass in solchen Fällen nicht blos die Trepanation, sondern auch die Unterbindung der Jugularvene, eventuell die Eröffnung eines Teiles des Sinus von Nutzen sein könnte. Aehnliche Vorschläge für die Unterbindung der Venen seien bereits früher von den Chirurgen für die Behandlung der Sepsis gemacht worden [7]). Am 14. November 1884 macht Zaufal gleichfalls im Verein deutscher Aerzte in Prag Mitteilung über einen Fall, bei dem er nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes einen schon arrodierten Sinus mit 2 % Carbollösung ausgespült hatte (keine Jugularisligatur), ohne das letale Ende durch Pneumonie verhüten zu können. Z. selbst nennt seinen früheren Vorschlag hier einen „Idealplan" und entwickelt ihn folgendermassen:

Beseitigung des ursprünglichen Herdes im Warzenfortsatze. — Bloslegung und Eröffnung des Sinus (falls er nicht schon, wie in seinem damaligen Falle durch Arrosion eröffnet ist), um durch desinficierende Injectionen die in ihm befindlichen Thrombenmassen, Eiter, Jauche etc. zu entfernen. Letzteres kann nur ausgeführt werden, wenn ein fester Thrombus im Foramen jugulare sitzt. „Ist dieses nicht der Fall, so muss die Jugularis interna blosgelegt und unter der erkrankten Partie unterbunden werden. (s. S. 231) Dadurch wird zugleich die Hauptbahn für das Fortschwemmen infectiöser Thrombenmassen in die Blutbahn abgesperrt.

Ist die Jugularis oberhalb der Ligatur mit zerfallenen Thrombenmassen gefüllt, so soll auch sie geöffnet und durch desinficierende Injectionen, die in einer Anzahl von Fällen auch durch den Sinus und durch den Trepanationscanal abfliessen werden, ausgeschwemmt werden.

Die in den Sinus und in die Vena jugularis einmündenden, gleichfalls thrombosierten Venen (Emissarien, Cerebralvenen, Maxill. int. etc.), die jede für sich wieder einen Infectionsherd bildet, können freilich nicht eliminiert werden. Ebenso die bereits in anderen Körperstellen, besonders in inneren Organen abgelagerten Metastasen. Aber gleichwohl kann die Möglichkeit nicht leicht negiert werden, dass nach Entfernung und Unschädlich-

[3]) Arch. f. Ohrenh. Bd. 29, pag. 89.
[4]) Arch. f. Ohrenh. Bd. 30, pag. 291.
[5]) Arch. f. Ohrenh. Bd. 31, pag. 65. 1891.

[6]) Prager med. W. 1880, pag. 517.
[7]) Den letzten derartigen Vorschlag machte 1878 Kraussold (Ueber eine operative Methode zur Bekämpfung beginnender Pyämie. Langenb. Arch. Bd. 22, pag. 965—973). Bei eitriger Thrombose der Vena femoralis nach einer Oberschenkelamputation öffnete K. die Venenligatur, räumte das Blutgerinsel aus, unterband die Vena femoraralis am Ligamentum Pouparti und resecierte ein 2—3 cm. langes Stück derselben. Patient genas. K. erwähnt auch der Venae jugulares als solcher, wo eine ähnliche Operation nötig sein könnte, aber nicht bei Thrombose infolge von Otitis media sondern infolge von Drüsenexstirpationen am Halse. Er führt Lee als denjenigen an, welcher 1865 zuerst die Venenligatur bei Thrombose der Vena cephalica ausgeführt habe.

machung der Hauptherde im Processus mastoideus, in der Vena jugularis und im Sinus die Nachschübe der pyämischen Metastasen eingeklemmt werden können [8])."

Wie wurde nun dieser „Idealplan" Zaufals von den Fachcollegen aufgenommen? Sehen wir zu.

Ein Referat in den damaligen deutschen Fachzeitschriften habe ich vergeblich gesucht. Dass sich kein solches in ausländischen Blättern findet, ist wohl erklärlich, wenn man berücksichtigt, dass der Vortrag in einer kleinen Gesellschaft gehalten wurde und der einzige vorhandene Bericht über diese Sitzung in einer im ganzen doch wenig verbreiteten Zeitschrift erschienen ist.

Im Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Politzer findet sich weder in der ersten (Bd. II 1882) noch in der zweiten Auflage (1887) ein Hinweis auf eine operative Therapie bei Erkrankungen des Sinus. Die anatomische und histologische Zergliederung des menschlichen Gehörorganes (1889) berücksichtigt wohl die Lage des Sinus transversus, aber nur bei den Operationen zur Eröffnung des Antrum. Auch in ihr ist kein auf Operationen am Sinus selbst deutender Passus enthalten. Im selben Jahre (1889) schreibt Hartmann in der 4. Aufl. der Krankheiten des Ohres (pg. 208): „Zaufal traf bei einer Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in der Tiefe des Proc. mastoideus auf einen Jaucheherd mit partieller Zerstörung des Grundes des Sulc. sigmoideus und der Wand des Sinus sigmoideus. Durch die Lücke wurde der Sinus mit 2 procentiger Carbolsäurelösung ausgespritzt. 14 Tage darauf trat der Tod ein durch eine Lungenaffection." Während hier eigentlich nur die Krankengeschichte, nicht der Operationsplan Zaufals wiedergegeben ist, finden wir 1885 letzteren kurz bei Schwartze berücksichtigt [11]):

„Es bleibt indessen bei solchen fast regelmässig absolut hoffnungslosen Fällen noch der Versuch gerechtfertigt, ob nicht die Entleerung des jauchig zerfallenen Thrombus im Sinus transversus, wo die anatomischen Verhältnisse im Warzenfortsatz diese ermöglichen, und desinficierende Injectionen in den Sinus selbst nach vorheriger Unterbindung der Vena jugularis interna, eventuell auch die Entleerung des zerfallenen Thrombus aus derselben (Zaufal) die Aussicht bieten, durch Verhinderung weiterer pyämischer Metastasen bessere Resultate zu erreichen als bei der üblichen expectativen Behandlung mit Chinin und Wein". In den Jahresberichten der Halleschen Klinik wird auch in den nächsten Jahren (1886 and 1887) im einschlägigen Falle wohl diese Frage discutiert, in die Tat umgesetzt wird der Gedanke aber nicht [12]).

Weiterhin habe ich noch bei Katz (1887) eine auf unsere Frage bezügliche Notiz gefunden. Auch diese ist in negativem Sinne gehalten. Katz [13]) demonstrierte im Verein für innere Medicin in Berlin an 27. November 1887 ein Schläfenbein eines an otitischer Thrombose zu Grunde gegangenen Kranken und äusserte sich dahin: „Wenn man vorgeschlagen hat, bei sichergestellter Thrombose des Sinus transversus die Vena jugularis zu unterbinden und den Thrombus selbst chirurgisch in Angriff zu nehmen, so wird das wohl ein frommer Wunsch bleiben, so lange es nicht gelingt, die Diagnose auf Sinusthrombose mit Ausschluss eines Hirnabscesses und Ausschluss einer eitrigen Meningitis mit Sicherheit stellen zu können".

Während die deutschen Ohrenärzte fast ein Jahrzehnt über den Zaufalschen Vorschlag, die Sinusthrombose operativ anzugreifen, philosophierten und zu keinem tatkräftigen Entschluss kommen konnten, mussten sie es erleben, dass der englische Chirurg Lane, ohne von Zaufals Vorschlag Kenntniss zu haben, mit raschem Entschluss den Gedanken in die Tat umsetzte, ja dass selbst der erste deutsche Operateur nicht ein Ohrenarzt, sondern der Chirurg Salzer in Wien war, welcher 1889 zwei Kranke der Wiener Ohrenkliniken operierte.

Woran lag es nun, dass nicht die zunächst interessierten Ohrenärzte, speciell die deutschen, den Idealplan Zaufals verwirklichten?

Lag das einerseits vielleicht daran, dass der von Zaufal operierte Kranke trotz der Operation starb, dieses Resultat der bisherigen einzigen Operation also nicht besonders ermutigend war, so trug andererseits unstreitig das nur halbe chirurgische Handeln bei der Trepanation des Warzenfortsatzes nach der Schwartzeschen Methode die Schuld. An der Unübersichtlichkeit des Terrains, die dieser Methode anhaftet, hat es, glaube ich, hauptsächlich gelegen, dass weder Schwartze, noch seine Schüler als erste Nachfolger Zaufals zur Eröffnung des Sinus transversus schritten und dass die englischen Chirurgen ihnen zuvorgekommen sind. Die Mahnung Küsters und Bergmanns kam hierzu zu spät.

Doch kehren wir zur Operationsgeschichte der Sinusthrombose zurück.

Am 28. Mai 1886 referierte Victor Horsley [14]) in der Clinical Society of London einen Fall von Pyämie, in welchem er einfach den Warzenfortsatz ausgiebig eröffnet hatte. Patient genas, trotzdem er eine Embolie in der linken Lunge bekam. In der daranschliessenden Besprechung geht Horsley darauf ein, wie man einem solchen Ereignis vorbeugen könne, und proponiert zu diesem Zwecke die Ligatur der Jugularvene in der Mitte des Halses. Eine Eröffnung des Sinus hat er nicht vorgeschlagen. Die Angabe Lancials [15]), Horsley habe die doppelte Unterbindung und Durchschneidung der Jugularis bei otitischer Sinusphlebitis vor dem Jahre 1888 auch selbst ausgeführt, allerdings mit letalem Ausgange durch Shock bald nach der Operation, scheint auf einem Irrtum zu beruhen. Ich stütze mich dabei weniger auf den Umstand, dass ich keine Mitteilung über diese Operation gefunden habe, als vielmehr auf Aussprüche englischer Autoren, die mir ihr Nichtvorhandensein zu beweisen scheinen. Keiner derselben erwähnt einer Operation Horsleys, stets ist nur von einer Anregung (Suggestion) seinerseits die Rede. „Horsley [16]) thraw out a suggestion that in cases of septic thrombosis of the lateral sinus the internal jugular vein should bei tied, but he did not propose to interfere with the thrombus itself. It was in consequence of this

Anmerkung. Ein wie geringes Interesse die Herausgeber des Archives für Ohrenheilkunde auch noch späterhin in dessen Leserkreise, also unter den Fachleuten voraussetzten, beweist auch der Umstand, dass das Referat über die ersten zwei Mitteilungen Lanes (vom Mai 1889 und Juni 1890) erst am 15. Juni 1892 [9]) erschien, drei Jahre nach dem Erscheinen des ersten Originales. Die Arbeit von Ballance [10]) wurde nach zwei Jahren gebracht.

[8]) Prag. med. W. 1884 pg. 474. cf. auch Zaufal: Zur Freilegung und Ausspülung des Bulbus der Vena jugularis int. bei der Operation der septischen Sinusthrombose. Arch. f. O. 1903. Bd. 58 pg. 132a E. 133a. A.

[9]) Arch. f. O. Bd. 33. 1892, pg. 269.

[10]) ibid., pg. 144.

[11]) Chirurgische Krankheiten des Ohres, pg. 338.

[12]) Arch. f. O. Bd. 25, pg. 114 und Bd. 27, pg. 217.

[13]) Deutsche med. W. 1887, pg. 1046.

[14]) Horsley: A Case of suppuration of the Mastoid Cells complicated by Thrombosis in the Right Lateral Sinus with Septic Embolism in the Heart and Left Lung, in which Recovery followed Trephining of the Mastoid Process etc with Remarks on the Prevention of Septic Embolism in such Cases. Transact. of the Chir. Soc. Vol. XIX, pg. 290—295, speciell pg. 294f. Ein Referat des Vortrages findet sich auch im Lancet. 1886. Vol. I, pg. 1069.

[15]) Lancial: Thèse de Paris. 1888, pg. 218, citiert nach Körner: Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter 3. Aufl. 1902, pg. 110, der diese Ansicht auch in den Text aufgenommen hat.

[16]) Scott and Lane: Lancet 1898, I., pg. 138.

suggestion that Mr. Lane performed his first operation, though in this case, besides ligaturing the internal jugular vein, he removed thoroughly almost the entire thrombus".

Die folgende Stelle aus Lanes Vortrag in der Sitzung der Londoner klinischen Gesellschaft am 26. April 1889 sagt ganz einfach, Lane habe als Erster die Operation ausgeführt: „In August 1888 I believe that I was the first to treat septic thrombosis of the lateral sinus by ligature of the internal jugular vein and removal of the septic thrombus and with success. Mr. Ballance had recently published two cases of great interest, in which he adopted similar measures with complete success, and two in which the cases came under his observation too late to prove successfull" [17]).

In der Jahresversammlung der British Medical Association zu Newcastle-on-Tyne (1893) dankt Lane [18]) Horsley für seine „original suggestion", und Horsley [19]) erwähnt nur der brillanten Erfolge Lanes und Ballances. Von keiner Seite wird auch hier einer Operation Horsleys Erwähnung getan.

Lane [20]) eröffnete in seinem ersten Falle von Thrombose den Sinus und reinigte ihn „of its septic contents upwards and downwards till apparantly a healthy clot was reached". Die Jugularis unterband er unterhalb des Thrombus, „to prevent any escape from blood from the sinus and the entrance of antiseptic agents or septic material into the circulation".

Ein Drain kam in den Sinus, welcher tägl. irrigiert wurde. Später entfernt Lane den Thrombus mit dem scharfen Löffel bis zur starken Blutung aus dem centralen Ende (Lancet 1893 I, pg. 138).

Wir finden bei Lane des weiteren auch schon die Behandlung der Ohrpyämien ohne Thrombose des Sinus, wie schon aus dem Titel seiner zweiten Mitteilung hervorgeht: The treatment of Pyämia consequent upon disease of the middle ear unassociated with thrombosis of the lateral Sinus [21]). Lane fand hier bei der Operation keinen Thrombus. „I then determined to ligature the internal jugular vein and open and plug the lateral sinus".

Diese Operation, nämlich die Ligatur der Jugularis mit sofort darauffolgender Incision und Tamponade des nicht thrombosierten Sinus, wollte Lane also schon ausführen zu einer Zeit (1. VI 89), als noch kein deutscher Ohrenarzt überhaupt eine Thrombose operiert hatte. Der Plan konnte aber nicht ausgeführt werden, weil beim Anlegen der Ligatur ein so starker Collaps eintrat, dass die weiteren Eingriffe bis zur Besserung des Allgemeinbefindens aufgeschoben werden mussten. Es kam nur noch zu einem Schüttelfrost am folgenden Tage, dann fiel die Temperatur ab, so dass der schon 2 Tage nach der Ligatur thrombosierte Sinus überhaupt garnicht eröffnet wurde.

„It seemed to me that the slowing of the venous circulation, consequent upon the ligature of the internal jugular vein plus a probable amount of irritation or of superficial thrombosis resulting from the inflamed condition of the outer wall of the sinus, determined the complete occlusion". (Lancet 1893 I, pag. 138 wird der Zustand als „partial thrombosis" bezeichnet). In der Jahresversammlung der Britisch. Medical Association in Newcastle-on-Tyne [22]) (August 1893) bemerkte Lane unter anderem: „Inflammation of the walls of the sinus, intense enough to cause only opacity of the intima may be sufficient to produce, and can continue to produce secondary foci". Lane kennt also ganz genau die ausgebildete, obturierende Thrombose und die Entzündungen der Sinuswand mit wandständiger Thrombose. Er weiss auch, dass letztere zu demselben Krankheitsbilde führen kann.

In Bezug auf Therapie und Verlauf erwähnt er dort selst ferner: „In septic infection of the sinus, apparently without thrombosis, ligature of the internal jugular vein after the subdural abscess has been evacuated may stop the rigors only after the sinus has become thrombosed, but not till then. . . . Again ligature of the vein and sinus in a case of septic infection apparently without thrombosis, may not stop the progress of secondary foci, even though coagulation takes place in the sinus, owing to the extension of the septic process along the petrosal sinuses to the cavernous sinus".

Lane hat also nicht blos den Zaufalschen Vorschlag mit principieller Unterbindung der Jugularis schon 1888 nochmals erfunden und ausgeführt, er hat denselben 1889 erweitert, indem er für die Pyämien ohne Thrombose die Ligatur der Jugularis mit sofortiger Eröffnung des nicht thrombosierten Sinus und Tamponade desselben vorschlug, also das Operationsverfahren, welches später von seiten der Halleschen Klinik speciell Lentart so beredt empfohlen wurde.

Charles a Ballance [23]) beginnt die Operation mit der Ausräumung alles Krankhaften aus dem Warzenfortsatze und der Paukenhöhle, legt dann den Sinus frei und eröffnet ihn, reinigt ihn von seinem Inhalt durch Ausspritzen mit Sublimatlösung und mit der Curette, unterbindet dann die Vena jugularis doppelt und durchschneidet sie zwischen beiden Ligaturen. Das obere Ende wird, wenn es lang genug ist, im oberen Wundwinkel befestigt [24]). Auch bei Pyämie ohne Sinusthrombose könnte es sich empfehlen, den Sinus zu tamponieren, um so zu einer künstlichen Thrombose zwischen dem Tampon und der Ligatur Anlass zu geben. Nimmt dieser Thrombus später infectiöse Beschaffenheit an, oder waren von vorn herein septische Gerinselmassen im Sinus vorhanden, so können regelmässige, desinficierende Ausspritzungen nötig werden, wie sie von Ballance schon im ersten seiner operierten Fälle in beiden Richtungen ausgeführt worden sind, im 3. und 4. bei der Operation vom oberen Ende der Vene aus. Am 27. XI 1893 demonstrierte Ballance in der Med. Soc. of London (Brit. med. Journ. 1893 II, pag. 1274) einen jungen Mann, bei welchem er die thrombosierte Jugularis am Zusammenfluss mit der Subclavia unterbunden hatte, dann wurde der nicht thrombosierte Sinus incidiert und tamponiert. Gleichfalls bis zur Subclavia ging Grunert [25]). Es musste jedoch die Clavicula, weil sie sich hindernd in den Weg stellte, durch Zug mit stumpfen Haken so stark abgezogen werden, dass eine Subluxation in ihrem sternalen Gelenke eintrat. Falls auch eine solche nicht genügt, empfiehlt Grunert Durchsägung der Clavicula und Auseinanderzerrung ihrer beiden

---

[17]) Lane: Clinical Soc. of London. 26 April 1889. Lancet 1889, Vol. I, pg. 887 ff. Brit. med. Journ. 1890. Vol. I, pg. 1480. June 28.

[18]) Journ. of Laryng., Rhin. and Ot. Vol. VII. 1893, pg. 450.

[19]) ibid. pg. 455.

[20]) Clinical Soc. of London. 26 April 1889. Lancet 1889 I, pg. 887. 5 Fälle von Complicationen von Ohraffectionen. Fall IV, pg. 888.

[21]) Brit. med. Journ. 1890, I, pg. 1480. 28 june.

[22]) Journal of Laryngology, Rinol. and Otol. Val VII. 1893, pag. 449.

[23]) Charles a Ballance: On the removal of pyämic thrombi from the lateral sinus. (Paper read before the Med. Soc. of London, on March 31. 1890) Lancet 1890, Vol I, pag. 1057—1861 and Brit. med. Journ. 1890, Vol., I pag. 783.

[24]) Das Alexandersche Verfahren.

[25]) Zur Frage der Grenzen der Operationsmöglichkeit otogener Sinusthrombosen. Arch. f. Ohrenh. Bd. 59, pag. 70 ff. 1903.

Enden. Unabhängig von dieser Empfehlung durchtrennte Zaufal [26]) die Clavicula, um zum Zusammenflusse der Jugularis mit der Anonyma zu gelangen und die Vene hier zu unterbinden.

Ballance berührt im Falle IV (Lancet 1890, I, pag. 1059) die Frage, ob es nicht zweckmässig sei, die Jugularis vor dem Transport der Kranken ins Krankenhaus zu unterbinden, damit die Insulte der Fahrt nicht zu Metastasen Veranlassung gäben. Die beabsichtigte Ligatur vor der Fahrt wurde aufgegeben, doch bedauert B. es im Rückblick und meint, es wäre viel klüger gewesen, wenn er die Ligatur ausgeführt hätte. Die Kranke genas übrigens ohne Metastasenbildung.

1896 tritt Zaufal [27]) dafür ein, er habe schon 1880 und 1884 die **Unterbindung der Jugularis** als Voroperation empfohlen, da es ihm unbestreitbar erschienen sei, dass in derartigen Fällen durch die Erschütterungen des Knochens bei der Aufmeisselung infectiöse Partikel losgerissen und auf dem Wege der Jugularis in den Kreislauf geschwemmt werden. Aus dem Wortlaute des oben (pag. 228) wiedergegebenen Sitzungsberichtes geht das aber nicht hervor, auch nicht aus der Wiedergabe 1891 [28]). Auch hier ist nur die Rede davon, dass die Jugularis vor der „Ausräumung" des Sinus unterbunden werden soll. Jedenfalls war durch die oben wiedergegebenen Betrachtungen Ballances vom Jahre 1890 auch dieser nachträgliche Vorschlag Zaufals schon überholt.

Hier bei Ballance ist zum ersten Male ausdrücklich angeführt, dass er die Jugularis doppelt unterband und zwischen den Ligaturen durchtrennte. Zaufal und Horsley sprachen nur von einer Ligatur, ohne nähere Bezeichnung, da aber keiner von ihnen dieselbe ausgeführt hat, so ist jetzt schwer zu sagen, was sie damals gemeint haben. In den siebziger Jahren war nämlich bei den Chirurgen das Uebliche noch die Continuitätsligatur, während jetzt die doppelte Ligatur mit Durchtrennung das Landläufige ist. Der Umschwung in den Anschauungen hat sich ganz allmählich vollzogen. Ich glaube, dass Zaufal 1880 und 1884 noch die Continuitätsligatur gemeint hat. Salzer nämlich, der zwei Patienten der Wiener Ohrenklinik operierte, unterband als erster die Jugularis nicht und motiviert das damit, dass die Ligatur das Fortschreiten der Phlebitis längs der Wand nicht verhüte. Diese Worte lassen sich nur so deuten, dass Salzer eine Continuitätsligatur im Sinne gehabt hat, denn die Jugularis war nicht nachweisbar erkrankt. Salzer meint, Incision, Ausräumung und Tamponade des Sinus seien genügend. Zaufal hat auf diese Ablehnung Salzers auch späterhin keine Zurechtstellung folgen lassen. Bei dem durchtrennten Gefäss, dessen proximales Ende in die Tiefe sich zurückzieht, kann von einem Fortschreiten längs der Wand selbstverständlich nicht die Rede sein.— [Dass die Ligatur selbst mitten im erkrankten Gewebe, wo das Ende des Thrombus nicht erreicht werden konnte, trotzdem die Unterbindung möglichst tief am Halse stattfand, noch zu günstigem Erfolge führen kann, habe ich zuerst 1895 nachgewiesen [29]). In 4 Fällen, wo die Ligatur noch im erkrankten Teil der Vene angelegt werden musste, wo der Rest des Thrombus nicht entfernt werden konnte, ist die Hälfte genesen. Darunter befand sich ein Kind (Fall III), dessen schwarzroter Thrombus einen ganz abscheulichen Gestank entwickelte, und wo die Jugulariswand noch an der Operationsstelle von eitrigen Streifen durchzogen war. Die Ligatur wurde ca. 1 Cm. weit von der Mündung der Jugularis in die Subclavia angelegt, wenn nicht noch näher zur selben. Schon ca. 30 Stunden nach der Operation war der ganze Thrombus der ausgeschalteten Vene verflüssigt. Der geringe Rest verursachte einen kleinen Herd in der Lunge, der resorbiert werden konnte. Wären statt des einen Cubiccentimeters deren zehn in den Kreislauf gelangt, so wäre das Resultat wohl kaum dasselbe geworden. Ich glaube, dass in disem Falle die Ligatur das Leben des Kindes gerettet hat, nicht aber, dass es trotz der Ligatur genesen ist.

Ob Lane bei seiner ersten Operation gleichfalls die Vene doppelt ligiert und durchtrennt hat, muss ich unentschieden lasssen, da es aus der Krankengeschichte nicht hervorgeht. Es steht einfach nur: „The internal jugular vein was tied below the thrombus" [30]). Allerdings spricht eine viel spätere Publication dafür, dass er die doppelte Ligatur ausführte. [31]) Nachdem dort auch ganz kurz gesagt ist: er unterband die Vene am Halse, heisst es in der Besprechung: dasselbe an übrigen Körpervenen, wie Lane am Halse die Vene excidiert hat. Darnach haben auch hierin die Engländer den Zaufalschen Vorschlag erweitert, denn den Einwand, die Phlebitis könne an der Wand fortschreiten, kann man bei der principiellen Ligatur mit Durchtrennung des Gefässes nicht mehr erheben].

Auch später scheint die Continuitätsligatur des öfteren noch ausgeführt worden zu sein, wenigstens deuten darauf Notizen in den Krankengeschichten der Halleschen Klinik, wo von „Abstossung" resp. „Entfernung" der Ligaturen die Rede ist. Leutert [32]) hat sicher in einzelnen Fällen in continuitate unterbunden, wenigstens finde ich zwei Mal die Angabe, die Jugularis sei zwischen den beiden Unterbindungsstellen nicht durchschnitten worden, ohne dass für sein Vorgehen ein Grund angegeben ist.

Mit dem Jahre 1890 beginnen nun allerwärts die Operationen in den Ohrenkliniken. Schwartze [33]) operierte wahrscheinlich am 23. Februar 1890 seinen ersten Kranken (ohne Ligatur) und konnte 1893 4 Fälle als operiert anführen, alle 4 ohne Jugularisunterbindung. Jansen [34]) erwähnt in einem Vortrage in der deutschen otologischen Gesellschaft am 17. IV. 92 in Frankfurt a/M. 4 Incisionen des Sinus in den Jahren 1890—92 aus der Berliner Ohrenklinik. Poulsen [35]) eröffnete am 17. März 1891 den Sinus (ohne Jugularisligatur).

---

[26]) Beitrag zur Unterbindung des centralen Endes der Ven. jug. int. nach Durchtrennung der Clavicula bei otogener septischer Sinusjugularisthrombose. Prager med. W. 20. Sept. 1903. Ref. Arch. f. O. Bd. 60, pag. 158 und 316.

[27]) Prager med. W. 1896, Nr. 40, citiert nach Zaufal: Zu Prof. Grunerts Aufsatz: Beitrag zur operativen Behandlung der otogenen Sinusthrombose, insbesondere zur operativen Freilegung des Bulbus venae jugularis. Arch. f. O. Bd. 55, pag. 30 ff. 1902.

[28]) Zaufal: Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose infolge von Otitis media. Prager med. W. 1891, pag. 28.

[29]) F. Voss: Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Sinusthrombose. Arch. f. O. Bd. 39, pag. 89.

[30]) Lancet 1889 I. pg. 888. Fall IV.

[31]) Scott and Lane: Lancet 1893 I. pg. 138.

[32]) Streit: Weitere Fälle endocranieller Complicationen. Arch. f. O. 1902. Bd. 56, pg. 189 u. 200. Cf. auch: Arch. f. O. Bd. 81. (1910), pg. 201, 203 u. 205, wo von der Unterbindung der Jugularis die Rede ist.

[33]) Handbuch der Ohrenheilkunde, Bd. II. 1893, pg. 844 und Arch. f. O. Bd. 31. Heft 1 (Dec. 1890) pg. 58. Allerdings ist der Fall hier nur in der Tabelle der Aufmeisselungen mit der Diagnose Pyämie angeführt. In der Operationstabelle (pg. 34) ist keine Rubrik Sinusoperation enthalten.

[34]) Jansen: Ueber Sinusthrombose mit Demonstration eines durch Eröffnung des Sinus transversus geheilten Falles. Arch. f. O. Bd. 33. pg. 298.

[35]) Nordisk Medicinsk Arkiv 1891. H. 4, pg. 45, cf. Forselles: Die durch eitrige Mittelohrentzündung verursachte Lateralsinus-Thrombose. 1893, zweiter T. pg. 102.

Am 28. März desselben Jahres legte Makins [36]) den Sinus frei, constatierte die Thrombose, unterband und durchschnitt die Vene und incidierte dann erst den Sinus. Am 11. Mai 91 fand Hansberg [37]) bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes einen perisinuösen Abscess nebst verjauchtem Sinus. Keine Ligatur. Parker [38]) begann (August 1891) die Operation seines Kranken am Halse. Er ging zuerst auf die Jugularis ein, unterband sie und die gleichfalls auf geringe Distanz thrombosierte Vena facialis und resecierte beide, soweit sie thrombosiert waren. Die Jugularis wurde 1 Zoll weit vom Knochen abgeschnitten. Dann erst wurde der Warzenfortsatz und Sinus in Angriff genommen. Gleichfalls am Halse begannen die Operation F. Voss [39]) in 4 Fällen (das erste mal am 25. Juni 1892), sowie Hofmeister und Küttner [40]). Clutton [41]) operierte dabei noch dazu zweizeitig. Wegen des elenden Zustandes des 10-jährigen Knaben wurde in der ersten Sitzung die thrombosierte Vene unterbunden und durchtrennt, um weiteres Eindringen der Infectionstoffe in den Kreislauf zu verhindern. Als der Knabe sich erholt hatte, wurde in einer zweiten Sitzung der Sinus freigelegt, eröffnet und durch Ausspritzen gereinigt. Cheatle [42]) hat dann ferner bei dem Pritchardschen Kranken am 9. November 1892 die schon vorher von ihm unterbundene und durchschnittene Vene nachträglich soweit wie möglich gegen den Schädel hin aufgeschlitzt.

Ist diese Zusammenstellung sicher keine vollständige [43]), so ersieht man doch aus ihr, dass schon im Anfange der 90-er Jahre alle Formen der jetzt üblichen Operation vertreten sind: von der Aufdeckung eines schon durch Arrosion eröffneten Sinus bis zur planmässigen Freilegung und Eröffnung desselben bei ausgebildeter Thrombose (Zaufal — Lane) und bei Pyämie ohne nachweisbare Thrombose (Lane), von der einfachen Incision des Sinus ohne Ligatur (Salzer) durch die Continuitätsligatur (Zaufal) bis zur Exstirpation der Jugularis oder Aufschlitzung derselben bis zur Schädelbasis hinauf (Parker, Cheatle). Diese Zusammenstellung zeigt zugleich, welch grossen Anteil an dieser Entwickelung die englischen Chirurgen genommen haben, unter denen ich Mac Ewen mit seinen glänzenden Resultaten nicht mal genannt habe.

---

[36]) Makins: Two cases of middle ear diseases etc. Lancet 1891, Vol. I, pg. 1259. Vielleicht hat auch Clutton diese Operation ausgeführt.

[37]) Hansberg: Ein Beitrag zur Sinusthrombose. Monatsschr. f. O. 1892. Nr. 1 ff.

[38]) Parker: Zwei Fälle von Operationen an der Vena jugularis wegen Pyämie nach Mittelohreiterung. Berlin. klin. W. 1892, pg. 214.

[39]) loc. cit. pg. 99.

[40]) Fritz: Diss. Tübingen 1900. Fall 4 und 5 cit. nach Körner Op. cit. pg. 121.

[41]) Clutton: Brit. med. Journ. 16 April, 1892. Ref. in den Therapeut. Monatsschriften 1892, Heft 8, pg. 426.

[42]) Lancet 1893, I, pg. 471.

[43]) Die Jenenser Dissertation von Weigel, die 1891 zwei Fälle veröffentlichte, die oben angeführte Tübinger Dissertation von Fritz, die Mitteilung von Bloch in der Prager medicinischen Wochenschrift 1891, sowie die Arbeit von Heiberg in der Festschrift für Danielssen (Bergen 1891) standen nicht zu meiner Verfügung.

Kritik der Nervenüberpflanzung.

Von

E. Etzold.

In der Münchener Medicinischen Wochenschrift (1. II. 1910) finde ich einen Artikel von Dr. A. Stoffel „Ueber Nervenüberpflanzungen bei schlaffen Lähmungen".

Es handelt sich um 4 Fälle von spinaler Kinderlähmung, wo wegen Lähmung des m. deltoideus Ueberpflanzungen des n. axillaris in irgend einen Armnerven vorgenommen wurden. Vorläufig möge der erste Fall im Auszuge genügen:

Zweijähriges Mädchen, Anfang August 1908 Fieber, plötzliche Lähmung der rechten Seite.

10. X. 08. Ueberpflanzung des «am Plexus brachialis abgeschnittenen N. axillaris mit seinem peripheren Ende in ein an der Volarseite angelegtes Loch des Ulnaris und des am Plexus abgeschnittenen Musculocutaneus in den Medianus».

Schon am 19. XI. «ganz geringe Reaction» im Biceps und anscheinend im Deltoideus.

5. XII. 08 im Biceps bei starken Willensimpulsen geringe Contractionen, vordere Partie des Deltoideus deutlich gekräftigt, hintere Partie sehr schlecht. Entlassung.

6. XII. 09. Nachuntersuchung, keine Besserung im Arm seit der Entlassung. Gehen ohne Stock möglich.

Setzen wir den Fall, es seien in der Achselhöhle die Nn. medianus und ulnaris durch einen Schnitt getrennt. Da wird jeder Arzt sich bemühen, Medianus auf Medianus und Ulnaris auf Ulnaris zu nähen. Eine Verwechselung der Stümpfe würde als böser Fehler gelten.

Warum? — Der vom Centrum ausgehende Impuls für das Medianusgebiet soll auch wirklich die Medianusfasern und durch sie die dazugehörigen Endorgane treffen. Wenn wir aber durch Einnähen des N. axillaris in einen Spalt des N. ulnaris schon einen ähnlichen Erfolg erwarten dürfen, so ist bei Verletzungen das peinliche Suchen nach den zu einander gehörigen Nervenstümpfen ganz unnütze Mühe.

Nur fehlt uns leider bisher jede Beobachtung, ob nach der Ueberpflanzung des Axillaris beim Wunsche die Hand etwa ulnarwärts zu beugen, wirklich der Arm gehoben wird, ob beim Impuls, die Ulnarismuskeln zu contrahieren, eine Zuckung im Deltoideus eintritt. Denn der durch den Ulnaris vermittelte Impuls müsste ja doch nun durch den Axillaris in den M. deltoideus geleitet werden.

Noch absurder gestaltet sich die Situation, wenn gar sensible und motorische Leitungen mit einander vereinigt wären, was bei gemischten Nerven doch nicht zu den Unmöglichkeiten gerechnet werden darf — vorausgesetzt, dass die Erwägungen, welche Veranlassung zu den Nervenüberpflanzungen gegeben haben, richtig sind.

Das sind sie aber nicht. Die Ueberpflanzung von Nerven bedeutet für den Patienten keine Hilfe, sondern meist eine schwere Schädigung.

Warum stellt sich im vorliegenden Falle von Kinderlähmung keine Besserung im Axillarisgebiete ein, während das Bein bei der Nachuntersuchung wieder gebrauchstüchtig ist? Es lässt sich ja nicht bestreiten, dass die Lähmung der Armnerven einen schwereren Grad aufwies als die des Ischiadicus etc. Es ist das ja eine Erscheinung, die bei vielen Hemiplegien beobachtet werden kann. Der Patient kann das Bein früher gebrauchen als den Arm.

Wäre aber der N. axillaris nicht behufs Ueberpflanzung in den Ulnaris durchschnitten worden, so wären die Aussichten für die Wiederherstellung seiner Function günstigere geblieben.

Die Durchschneidung eines Nerven oder auch nur eines Nervenbündels bedeutet immer eine Verletzung, deren Heilung quoad functionem auch bei exactester Naht nie mit Sicherheit prognosticiert werden kann.

Durchschnittene Nervenfasern heilen nicht mehr zusammen. Der Achsencylinder ist der lange Fortsatz einer Ganglienzelle, eine prima intentio im Sinne der Nervenfunction gibt es nicht, eine secunda intentio in diesem Sinne erst recht nicht.

Das periphere Ende des Achsencylinders degeneriert nach der Durchschneidung; was mit dem centralen Stumpfe geschieht, wissen wir noch nicht. Ob er durch Sprossung seine Endorgane zu erreichen trachtet, ob er zu Grunde geht und nur seine anatomische Bahn einem neuen Achsencylinder den Weg weist, oder welcher andere Modus hier obwaltet, auf diese Fragen ist noch keine endgiltige Antwort gefunden. Wir wissen nur: wenn der Nerv seine Endorgane überhaupt wieder auf dem alten (anatomischen) Wege erreicht, so dauert das sehr lange, und zwar um so länger, je weiter der Weg von der Verletzungsstelle bis zum Endorgane (dem Muskel etc.) ist. Die Naht durchschnittener Nerven hat nur den sehr bescheidenen Zweck, den aus dem centralen Stumpfe vorrückenden Nervenfasern den Weg zu weisen und zu erleichtern. Ja vielleicht erschwert die um das Nähmaterial sich bildende festere Narbe den neuen Fasern ihre Aufgabe, den richtigen Weg zu finden, und die beste Vereinigung der Stümpfe wäre somit das blosse Aufeinanderpassen der umgebenden Gewebe, d. h. die paraneurotische Naht in respectvoller Entfernung vom Nerven. Mehr können wir leider nicht leisten.

Nun zur Wiederherstellung der Function. Das Kind kann nach einem Jahr wohl gehen, im Deltoideus keine Besserung. Das Resultat hätte auch ohne Nervenplastik eintreten können. Ich erwähnte schon, dass nach Hemiplegien der Patient das Bein oft früher brauchen kann, als den Arm. Nach Lähmungen sind Massage, Elektricität, Bäder etc. etc. ganz nützliche Dinge. Aber der wirksamste Heilfactor bleibt die Uebung. Der rechtseitig Gelähmte humpelt schon nach kurzer Zeit auf dem linken Beine. Nach Massgabe dessen, was das rechte Bein leisten kann, wird es allmählich wieder zum Gebrauch herangezogen, und die Uebung bekommt ihm vortrefflich. Die rechte Hand bleibt ungeübt, die linke hat ja inzwischen gelernt, ihr viele Pflichten abzunehmen. Sie macht es ja schliesslich besser als die Gelähmte.

Dass die Rechte nicht wieder ihre volle Function erlangt, liegt manchmal nicht daran, dass sich der nervöse Apparat nicht erholt hat, sondern daran, dass ihm nichts zugemutet und zugetraut wird. Daher die Untüchtigkeit.

Zur Erklärung, warum ich jede Nervenplastik als Verstümmelung ansehe, muss ich allerdings eine Hypothese anführen, die nur zum kleinsten Teil als bewiesen gelten kann, einen weiteren Ausbau aber wohl lohnen dürfte.

Die Elemente aller Gewebe verbrauchen sich während der Lebensdauer eines Menschen, sie degenerieren, und die alten Zellen werden durch junge ersetzt. In einigen Geweben, Epithelien, Blut, Knochen, ist dieser Vorgang schon recht genau beobachtet, annähernd lässt sich hier sogar die Lebensdauer der einzelnen Zelle angeben. Für die Muskelfasern würde vielleicht die Zeit bis zur völligen Reconvalescenz nach einem schweren Typhus einen Masstab abgeben. Die Ganglienzellen der Gehirnrinde werden, je nach ihrer Differenzierung, als jüngere und ältere angesprochen. Warum sollte es sich mit den Nervenfasern, resp. Achsencylinder, die doch nur Zellfortsätze der Ganglienzellen sind, anders verhalten? Eine Regeneration des durchschnittenen Nerven kommt eben nur dadurch zustande, dass, wie beim unverletzten Individuum, junge Achsencylinder (vielleicht sogar als Fortsätze junger Zellen) vordringen. Nur unter günstigsten Bedingungen gelangen sie bis zu ihren Endorganen. Finden sie ein Hindernis für ihr Vorrücken, so können sie Amputationsneurome bilden. Jedenfalls aber ist die Zeitdauer, bis sie die von ihnen beherrschten Organe erreichen, eine sehr lange, oft eine so lange, dass z. B. die Muskulatur bis dahin atrophiert sein kann und sich nie wieder erholt.

Daher die Seltenheit einer Restitutio ad integrum nach Nervenverletzungen, zu denen die Nervenüberpflanzungen, sofern dabei ein unverletzter Nerv angefrischt wird, gezählt werden müssen.

Februar 1910.

Referate.

O. Loewi und G. Mansfeld. Ueber den Wirkungsmodus des Physostygmins. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 1910. Bd. 62, Heft 2. und 3.

Im pharmakologischen Institut zu Wien wurden von L. und M. systematische Untersuchungen «zur Physiologie und Pharmakologie des vegetativen Nervensystems» angestellt. Die Versuche bezüglich der Wirkungsweise des Physostigmins führten die Autoren zu folgenden Schlüssen. Das Physostygmin steigert die Empfindlichkeit der cranial- und sacralautonom innervierten Organe für Nervenreizung. Nachgewiesen ist dieses für den quergestreiften Muskel, die Speicheldrüse, die Harnblase und das Herz. Es folgt daraus, dass die peripheren Wirkungen des Physostygmins Folge dieser Empfindlichkeitssteigerung sind, durch die normale unterschwellige Reize wirksam werden. Durch die Anwendung von Physostigmin gelingt es, in manchen Organen einen peripheren autonomen Nerventonus nachzuweisen: Auge (Sphincter Iridis), Speicheldrüse, Darm. Der Harnblase scheint er zu fehlen, am Herzen scheint er zu wechseln.

S. Itami. Die Atemvorgänge im Blut und Blutregeneration. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 1910. Bd. 62. Heft 2 und 3.

Im Anschluss an die Versuche von Morawitz und Warburg über die Biologie der Erythrocyten — speciell unter pathologischen Bedingungen — konnte I. unter Beibehaltung der Morawitzschen Technik zu folgenden Schlussfolgerungen gelangen. Die Sauerstoffzehrung, die in geringem Grade schon normalerweise im Blute nachweisbar ist, erreicht bei experimentellen Anämien sehr hohe Werte. Sie ist im allgemeinen um so stärker, je schwerer die Anämie ist. Bei Anämien mit lebhafter Regeneration erreicht die Sauerstoffzehrung unter sonst gleichen Bedingungen höhere Werte als bei der posthämorrhagischen Anämie, bei der eine geringe Regenerationstendenz besteht. Es ist wahrscheinlich, dass man in der O_2-Zehrung des Blutes einen zuverlässigen Masstab für den Reichtum des Blutes an jungen Erythrocyten und damit auch für die Intensität der Regenerationsvorgänge besitzt. Die kernhaltigen Elemente üben, wenn sie nicht in sehr grosser Zahl vorhanden sind, keinen intensiven Einfluss auf die O_2-Zehrung aus. Das Sauerstoffbindungsvermögen des Hämoglobins bleibt bei experimentellen Anämien unverändert und lässt sich aus der colorimetrischen Bestimmung des Hämoglobins berechnen.

A. Fröhlich und O. Loewi. Ueber eine Steigerung der Adrenalinempfindlichkeit durch Cocain. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 1910, Bd. 62. Heft 2 und 3.

Die Wirkung des Adrenalins auf Blutgefässe, Harnblase und Auge kann durch kleine Cocaindosen sowohl nach Intensität, als auch nach Dauer gesteigert werden. Von praktischer Bedeutung dürfte die Tatsache sein, dass die blutdrucksteigernde Wirkung des Adrenalins nach subcutaner Injection erst bei gleichzeitiger Anwendung kleinster an sich selbst ganz wirkungsloser Cocaindosen sicher hervorgerufen werden kann.

B. Latz. Indication und Contraindication vegetarischer Entfettungsdiät. Die Therapie der Gegenwart. März. 1910.

Der Artikel enthält eine Kritik der «Entfettung durch vegetarische Diät nach Albu. Gegen diese sprechen nach Latz folgende Bedenken. Abgesehen davon, dass für diese Cur nur uncomplicierte Fälle von Fettsucht, die äusserst selten sind, in Betracht kommen und dass die Anwendungsmöglichkeit eine beschränkte ist, kann sie leicht zu Schädigungen in Form von Atonie und Diarrhoe führen. Während eine zweckmässige Entfettungscur so angeordnet sein muss, dass der Patient die Cur mit geringen Modificationen sein ganzes Le-

ben hindurch fortsetzen kann, repräsentiert die vegetarische Entfettungscur eine Lebensweise, die für längere Zeit nicht durchführbar ist. Die veget. Entfettungscur kann nie eine Disciplinierсur sein; statt den Vielesser an eine normale Nahrungszufuhr zu gewöhnen, erreicht die Entfettungscur das Gegenteil. Wir verfügen über verschiedene Methoden, die die Vegetabilien bevorzugen, ohne die evidenten Nachteile der vegetarischen Entfettungscur zu besitzen.

S. Itami: Weitere Studien über Blutregeneration. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 1910. Bd. 62. Heft 2 u. 3.

Der Wiederersatz verlorenen Blutes vollzieht sich bei Kaninchen mit sehr verschiedener Geschwindigkeit. Er ist bei der hämolytischen Giftanämie wesentlich schneller, als bei der Aderlassanämie (Ritz). Dieser Unterschied ist zum Teil davon abhängig, dass bei der Giftanämie das Blut im Organismus selbst zugrunde geht, hingegen bei der Aderlassanämie ihm entzogen wird; denn die Neubildung des Blutes lässt sich auch bei der posthämorrhagischen Anämie beschleunigen, wenn man den Kaninchen während der Regenerationsperiode lackfarbenes Blut intraperitoneal injiciert. Diese Tatsache steht mit früheren histologischen Befunden (myeloide Umwandlungen der Milz bei solchen Tieren) im Einklang. Unentschieden bleibt vorläufig die Frage, ob es sich bei dieser Begünstigung der Blutbildung durch Blutinjectionen nur um ein Mehrangebot von Bildungsmaterial oder um eine Reizwirkung auf die hämatopoetischen Organe handelt.

Heisler: Primärer Cardiospasmus. Aus der Medicinischen Klinik zu Marburg. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. XX. Heft 5.

Die Möglichkeit eines primären Cardiospasmus muss zugegeben werden. Cardiospasmus kann unabhängig von einer anatomischen Erkrankung des Vagus entstehen. Wohl gibt es eine diffuse Erweiterung der Speiseröhre bei C., die als secundäre Erkrankung rein mechanisch zu erklären ist. Eine Mitbeteiligung des Nervus Vagus ist in der Mehrzahl der Fälle sogar sehr unwahrscheinlich. Im weiteren Verlauf der Erkrankung spielt der Ventilverschluss an der Cardia eine wesentliche Rolle. Geringfügige, wenig beachtete Traumen kommen ätiologisch sehr wohl in Betracht.

Kocher. Die chirurgische Therapie bei Magenleiden. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. XX. Heft 5.

Sofort chirurgisch zu behandeln ist jedes Magenleiden, welches auch nur den Verdacht auf Carcinom erweckt, ferner Magenleiden, welche durch Blutungen, Zeichen von Perigastritis und Perforation — und länger anhaltende Ulcera führen häufig dazu — oder mangelhafte Ernährung das Leben eines Patienten gefährden, ebenso die chronischen Magenleiden, welche auf Retention und Stauung des Mageninhalts beruhen. Intern «geheilte» alte Pylorusulcera geben häufig infolge der Stenosen und Adhäsionen, die als Folgezustände auftreten, doch noch Veranlassung zu operativen Eingriffen.

Bei den carcinomverdächtigen und blutigen Ulcera mit Sitz am Pylorus hat bis jetzt die Resectio pylori mit Gastroduodenostomie die besten Resultate geliefert. Ist die radicale Beseitigung eines Ulcus nicht indiciert, so muss der Antrojejunostomia longitudinalis inferior isoperistaltica mit grosser Oeffnung — am besten in der Hackerschen Form der Gastroenterostomia posterior retrocolica — der Vorzug gegeben werden. Sehr beachtenswert ist auch die rasch und leicht durchführbare Antrojejunostomia antecolica nach Wölfler.

Fränkel: Ueber Typhus abdominalis und seine Beziehungen zu den Gallenwegen. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. XX. Heft 5.

In der Galle können sich die Typhusbacillen jahrelang aufhalten und durch Einströmen der Galle in den Darm entleert werden. Entzündliche, durch den Typhusbacillus hervorgerufene Processe der Gallenblase sind gegenüber der nahezu constanten Ansiedlung der Typhusbacillen in derselben recht seltene Vorkommnisse selbst zu Zeiten von Epidemien. Keineswegs ist die Anwesenheit von Typhusbacillen in der Galle mit Erkrankungen der Gallenblasenwand zu identificieren. Operative Eröffnung oder gar radicale Entfernung der Gallenblase kommt nur bei Krankheitserscheinungen in Betracht, die auf ein bestehendes Leiden der Gallenblase hinweisen, das durch andere Mittel nicht zu beseitigen ist. Niemals darf die Typhusbacillenausscheidung an sich — auch noch so lange bestehend — bei sonst gesunden Personen die Indication zu einem operativen Eingriff an den Gallenwegen abgeben.

R. Zimmermann: Experimentelle Untersuchungen über die Empfindungen in der Schlundröhre und im Magen, in der Harnröhre und in der Blase und im Enddarm. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. XX. Heft 5.

Eigene Untersuchungen führen den Verf. zu folgenden Schlüssen. Der Magen ist unempfindlich für Berührungen, Temperaturunterschiede, für chemische und elektrische Reize, besitzt aber eine gewisse Empfindlichkeit für seinen Füllungszustand und für Druckunterschiede. Die Speiseröhre verhält sich in ihrem unteren und oberen Teile verschieden und zwar ist sie im unteren Teil unempfindlich für Berührungen und elektrische Reize, während sie im oberen Teil mechanische und elektrische Reize gut wahrnimmt. In der Blase werden mechanische und thermische Reize nicht, faradische Reize nur unsicher empfunden, während galvanische Ströme ein schmerzhaftes Brennen hervorrufen und eine zu starke Füllung der Blase lebhafte Beschwerden hervorruft. Die Sensibilität der Harnröhre nimmt für alle Reizqualitäten vom Orificium externum nach der Blase zu rasch ab.

Prof. A. Loewy und Prof. Franz Müller: Die Wirkung des Seeklimas und der Seebäder auf den Menschen. Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Curorthygiene. April 1910.

Das Nordseebad stellt einen der stärksten Eingriffe in die circulatorischen Vorgänge dar, den wir kennen, und dessen Effect so beschaffen ist, dass nur ein gesundes Circulationssystem ihm ausgesetzt werden darf. Ueberraschend waren die bezüglich der Wirkungsweise der Luftbäder gewonnenen Resultate. Anstatt der bisher angenommenen, den Seebädern qualitativ gleichen, blutdrucksteigernden Wirkung fanden L. und M. bei fast allen Untersuchten — selbst bei Arteriosclerotikern — eine Constanz oder sogar eine Abnahme des systolischen Druckes.

Schless (Marienbad).

Auszug aus den Protocollen des Mitauer ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 3. September 1909.

Dr. A. Raphael berichtete über die in Bergen stattgehabte II. Lepraconferenz (3./16.—6./19. August 1909). Nachdem Vortragender eine kurze Schilderung der Reise bis Bergen gegeben hatte, entwarf er zunächst ein Bild vom Leben und Treiben während der Congresstage, indem er die überaus sympathische und gastfreie Art der Norweger hervorhob. Zu den wissenschaftlichen Ergebnissen des Congresses übergehend, gab Vortragender an der Hand der Arbeit von Ehlers und Verdier (Géographie de la lèpre, Mitt. und Verh. der II. Lepraconferenz) in grossen Zügen eine Uebersicht über die geographische Verbreitung der Lepra, wonach es über 200000 bekannte Lepröse in der Welt gibt. Es folgte dann eine Schilderung der verschiedenen Ansichten über die Verbreitungswege, wie sie von den einzelnen Autoren vertreten wurden. Es ging aus derselben hervor, dass die Anschauung Debios (Uebertragung von Person zu Person) von vielen geteilt, von anderen (Sand) geleugnet wurde. Kubler glaubt auch den Boden verantwortlich machen zu müssen; daneben wurde auch die Frage erörtert, ob nicht auch Insecten oder andere Tiere (Ratten) bei der Uebertragung der Lepra eine Rolle spielen (Ehlers, Kitasato). Auch die Möglichkeit der Uebertragung durch Fischnahrung wurde von dem alten Verfechter dieser Ansicht, Hutchinson, aufs Neue hervorgehoben, eine Ansicht, die indessen wenig Anklang fand, trotzdem Sticker über seine Funde von säurefesten, lepraähnlichen Bacillen in der Mund- und Nasenschleimhaut der Fische berichtete. Die günstigste Zeit für die Uebertragung durch Insecten ist die Zeit der Bacillämie der Leprösen, d. h. die Zeit, wo frische Eruptionen erfolgen. Als Eingangspforten für das Virus wurden von verschiedenen Seiten erwähnt: Schleimhaut von Mund, Nase und Verdauungstractus, Genitalien und äussere Haut (bes. Hände, Füsse und Gesicht). Weiter wurden dann die zu diagnostischen und curativen Zwecken von Beurmann und Gougerot unternommenen Versuche mit Leprolin erwähnt, einem dem Tuberculin analogen Körper. Eine Vererbung der Krankheit wurde verneint (Düring). Berichtet wurde ferner über die Versuche mit Radium (gegen die Neuralgien Lepröser) von Beurmann, sowie über die Wirkung des Chaulmograöles und des aus demselben hergestellten Antileprols. (Engel-Bey). Was das Deyke'sche Nastin betrifft, so wurden die Versuche erwähnt, die von verschiedenen Seiten

mit diesem Mittel angestellt worden waren (Lie, Thompson, Engel-Bey, Kiwull, Sadikoff, Biehler), aus denen hervorging, dass das Mittel in manchen Fällen günstig, in sehr vielen Fällen aber direct schädlich gewirkt hätte (latente Tuberculose). Dem Mittel kommen die Eigenschaften eines Gruppenreagens gegen säurefeste Bacillen, nicht die eines Specificums gegen Lepra zu. Nachdem Vortragender noch die reichhaltige Collection von Photogrammen, die Vorführung von ausgezeichneten Projectionsbildern und pathologisch-anatomischen Präparaten erwähnt hatte, ging er zur Schilderung der serologischen Untersuchungsresultate bei Lepra über, nach welchen in den meisten Fällen von Lepra tuberosa die Wassermannsche Reaction positiv ausfällt, (ein Umstand, der auf dem 1. Balt. Aerztetage in Dorpat auch von Eliasberg-Riga hervorgehoben wurde). Bei Lepra nervorum und bei mit Nastin behandelten Fällen fehlte die Reaction dazwischen (Biehler). Zum Schluss verlas Vortragender die von der II. Lepraconferenz angenommenen Resolutionen.

(Autoreferat).

Sitzung vom 1. October 1909.

Dr. Tantzscher demonstriert:

1. eine Röntgenphotographie und ein Präparat von Sarcoma humeri. Es handelte sich um ein 5-jähriges, kräftig entwickeltes Mädchen, das seit dem vorigen Herbst über unbestimmte Beschwerden im r. Arm klagte. In der letzten Zeit — d. h. im Februar d. J. — fiel den Angehörigen auf, dass die Patientin den r. Arm wenig gebrauchte. Darauf wandten sich die Angehörigen an verschiedene Aerzte, die schliesslich die Kleine dem Diakonissenhaus überwiesen.

Anamnestisch lässt sich nur eine allmähliche Entwickelung der Krankheit ohne fieberhaften Verlauf feststellen. Kein Carcinom oder Sarcom ist in der Verwandschaft beobachtet worden. Der r. Oberarm ist stark verdickt, nirgends druckempfindlich, in der Mitte lässt sich abnorme Beweglichkeit resp. Beugsamkeit nachweisen. Kein Fieber.

Auf den Vorschlag, den Arm mit der Schulter zu entfernen, wollten die Angehörigen nicht eingehen, sondern wandten sich nach Riga. Dort wurde von Dr. v. Sengbusch eine Röntgenphotograpie hergestellt, die Dr. Tantzscher mit freundlicher Einwilligung des Autors dem Verein vorlegt. Von einem normalen Humerus ist auf dem Bilde nichts zu sehen. Der Knochen ist stark verbreitert, abnorm durchlässig gegen Röntgenstrahlen, ohne dass die geringste Knochenstructur zu erkennen ist, wie sie erst an den anstossenden Gelenken — Schulter- und Ellbogengelenk — zu sehen ist. Nachdem sich mehrere Chirurgen in Riga auf Grund des Röntgenbildes in demselben Sinn ausgesprochen hatten, entschlossen sich die Eltern zur Operation, die einen normalen, glatten Verlauf genommen hat. An dem Präparat, das Dr. T. vorlegt, sieht man den Humerus in eine weiche, blutreiche Masse umgewandelt, die sich von den anliegenden Muskeln nicht ohne weiteres trennen lässt. Von fester Knochensubstanz keine Spur. Ein mikroskopisches Präparat ist noch nicht gemacht.

2. Dr. Tantzscher berichtet über einen Fall von Hermaphroditie, der z. Z. im Diakonissenhaus liegt wegen einer Osteomyelitis femoris s. und deshalb nicht hier demonstriert werden kann. Falls es die Collegen interessiere, mögen sie sich deshalb dort die Patientin ansehn.

Der Fall ist kurz folgender: An den Genitalien sieht man Clitoris resp. Penis ohne Präputium von Kleinfingerlänge. An der unteren Seite befindet sich eine Rinne, die von der Eichel an abwärts zieht. Unterhalb dieses Organes folgt eine Schleimhautpartie, die mit ihren Drüsenausführungsgängen an die Pars prostatica urethrae erinnert. Darauf folgt die äussere Mündung der Harnröhre, die c. 11 cm. lang ist. Das Scrotum resp. die grossen Labien bestehen aus 2 schlaffen Hautfalten, die im oberen Teil gespalten und erst abwärts von der Harnröhre vereinigt sind. Rechts im Scrotum fühlt man einen Samenstrang und einen verkümmerten Testikel, der zu Zeiten ganz im Leistencanal verschwunden ist. Lings fühlt man ausser dem Samenstrang 2 rundliche Gebilde, die man für einen Testikel und ein Ovarium halten kann. Von einer Prostata ist per rectum nur eine Andeutung vorhanden. Nach dem Genitalbefund zu urteilen, müsste die Patientin eher dem männlichen Geschlecht zugezählt werden, wenngleich der Beweis, ob die als Testikel gedeuteten Gebilde Spermatozoen liefern, nicht erbracht ist.

Von übrigen Merkmalen wäre zu constatieren: männlicher Habitus, Lippe behaart, Brustdrüse männlich, Behaarungstypus der Schamgegend weiblich. Das Becken eher wie das eines Mannes. Ob Erectionen und Pollutionen stattgefunden haben, lässt sich nicht feststellen. Irgend welche Blutungen haben nie stattgefunden.

Da Pat. unter ihrem Zwitterzustande zu leiden hat und, wie es scheint, eher dem männlichen Geschlecht angehören möchte, fragt Referent, ob die Selbstentscheidung in dieser Frage nach erreichter Volljährigkeit, wie es nach preussischem Recht möglich ist, auch in Russland besteht, oder ob hier andere Vorschriften gelten.

3. Tantzscher demonstriert einen Tumor von bemerkenswerter Grösse, wie er jetzt immer seltener beobachtet wird, da die Patienten sich meist in einem früheren Stadium zur Operation entschliessen.

Es handelte sich um ein doppelseitiges Ovarialcystom mit Myom der Gebärmutter. Die Tumormassen füllten das ganze Abdomen aus, so dass nur eine Partie im Epigastrium frei blieb. Die Tumoren wogen 30 Pfund.

Pat. ist 56 Jahre alt, hat 2 Kinder gehabt, ist stets gesund gewesen, so dass sie sich nie an einen Arzt gewandt hat. Seit 2 Jahren hat Pat. den Tumor bemerkt und jetzt erst medicinische Hilfe aufgesucht, da sie in der letzten Zeit stark in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt war.

Per vaginam fühlte man die Portio ganz nach rechts verlagert. Beide Scheidengewölbe sind stark vorgewölbt. Irgend welche Uterusgrenzen lassen sich in der starren und völlig unbeweglichen Masse des Tumors nicht erkennen, die fest eingekeilt das kleine Becken ausfüllen.

In der Ileocoecalgegend fühlt man durch die Bauchdecken einen kleinfaustgrossen, derben Tumor, während zum Epigastrium hin nur geringe Beweglichkeit existiert und der Tumor dort unzweifelhaft sich cystisch anfühlt. Da der Verdacht auf carcinomatöse Entartung nahe lag, mussten die Tumoren in toto entfernt werden. Zuerst konnte das rechte Cystom entfernt werden, das einem mittelgrossen Kürbis entsprach. Schwieriger war die Entfernung des linken Cystoms, da es bedeutend grösser war und mit seinem unteren Pol fest verwachsen war mit dem myomatösen Uterus, den man nur mühsam aus den festen Adhäsionen herauslösen konnte. Zum Schluss wurde der allseitig freigemachte Uterus entfernt, der mit seinen hervortretenden Myomknollen ca. 1½ Fuss gross war.

Die Operation ist vor 10 Tagen gemacht, die Nähte sind entfernt, die Wunde ist per primam geheilt, und Pat. wird hoffentlich in kurzer Zeit geheilt entlassen werden können.

(Autoreferat).

Sitzung vom 5. November 1909.

Raphael stellt eine 29-jährige Patientin vor, die sich Ende August a. c. durch Glasscherben eine Verletzung 2 Finger breit unterhalb des linken Ellenbogens zugezogen hat. Es handelte sich um eine quer zur Achse des Unterarmes verlaufende Schnittwunde von ca. 8 Ctm. Länge, die, nur Haut und Unterhautgewebe durchsetzend, an der inneren Seite des Unterarmes sich fast bis unterhalb des Condylus internus erstreckte. Patientin klagte über ein taubes Gefühl im Unterarm, das sich von der Schnittstelle bis zum kleinen Finger erstreckte. Sensibilität und Temperatursinn in der ganzen vom N. ulnaris versorgten Partie des Unterarmes unterhalb der Wunde aufgehoben, Bewegungen absolut frei. Die Wunde heilte unter Metallklammernaht und Spiritusverband per primam. Sensibilität und Temperaturempfindung nahmen von Tag zu Tag zu. 5 Wochen nach der Verletzung bildeten sich am äusseren Rande des Nagelgliedes des kleinen Fingers, sowie an der Beugeseite des ersten Phalangealgelenkes 2 schmerzhafte, bohnengrosse Blasen, die ein etwas trübes Serum enthielten und nach einiger Zeit platzten, flache granulierende Flächen hinterlassend, die sich heute (5. November) als in der Heilung begriffen präsentieren. Augenblicklich bestehen die Störungen in der Sensibilität und dem Temperatursinn nur noch vom Handgelenk an abwärts. Die Muskulatur des Kleinfingerballens, Interossei etc. deutlich atrophiert. Es handelt sich in diesem Falle wohl um eine partielle Durchtrennung des N. ulnaris mit nachfolgenden trophischen Störungen.

Sodann berichtete derselbe Vortragende über ein vom Tuckumschen Kreisarzt Dr. Bülow bei der Medicinal-Verwaltung eingeliefertes interessantes Sectionsprotocoll. Es handelte sich um einen 35-jährigen Mann, der tot an einem Waldabhang aufgefunden worden war. In der Umgebung der Leiche, auf dem Boden, gab es einige Blutgerinsel. Ober- und Unterbeinkleider, sowie die unteren Hemdpartien waren blutdurchtränkt; um den Leib und zwischen die Beine hindurch, so dass der After bedeckt war, war in primitiver Weise ein Tuch geschlungen, (wohl um die Blutung aufzuhalten). Die äussere Besichtigung ergab ein Fehlen jeglicher Verletzung, die innere — alle Anzeichen des Verblutungstodes und ausserdem folgende pathologische Befunde: tuberculöse Veränderungen in beiden Lungenspitzen (besonders rechts) und rechtsseitige Pyelitis. Der Blinddarm und der sehr lange Wurmfortsatz sind an ihrer hinteren Fläche mit dem Beckengewebe verklebt, welches an dieser Stelle eine schwarzrote, weiche Geschwulst von Kindskopfgrösse bildet, die die ganze rechte Beckenhälfte ausfüllt. Beim Aufschneiden erweist sich die Geschwulst als Hohlraum, der mit mehr oder weniger festen, dunklen Blutgerinnseln gefüllt ist. Der Hohlraum beginnt an der Abzweigungsstelle der Art. iliac. commun. dextra und erstreckt sich bis zur Teilungsstelle in die iliaca externa

und interna. Die Arterienwand als solche nicht zu erkennen. Nach Abtrennung der erwähnten Blinddarmverwachsung von diesem Sack, wird eine 1 Centimeter grosse Communicationsöffnung desselben mit dem Blinddarm sichtbar. Der ganze Dickdarm von der erwähnten Perforationsstelle bis zum Anus ist mit grossen Massen geronnenen Blutes gefüllt. Es handelt sich hier also um Verblutungstod, hervorgerufen durch ein in das Blinddarmlumen perforiertes Aneurysma der Art. iliac. com. dextra.

Zum Schluss erwähnte Vortragender eines zweiten Sectionsprotocolles des Windauschen Kreisarztes, Dr. Kiwitzky, betreffend die Leiche einer schwangeren Frau, bei welcher durch den Druck der Fäulnisgase eine Geburt post mortem erfolgt war, wobei nicht nur die Frucht ausgestossen war, sondern der ganze Uterus umgestülpt als grosse Blase zwischen den Schenkeln der Mutter lag.

Dr. Krüger bemerkt dazu, dass den Juden diese Art der Ausstossung der toten Frucht aus der Leiche der Mutter wohl bekannt sei. Nach jüdischem Ritus soll es verboten sein, die Leiche einer Schwangeren zu begraben, solange sich der Fötus in der selben befindet. Auf die Frage, wie man es denn einrichte, das Kind herauszuholen, erhielt Dr. Krüger die Antwort «es käme immer von selbst».

(Autoreferat).

Sitzung vom 3. December 1909.

Dr. Tantzscher demonstriert ein Carcinom der rechten Niere 14½ Pf. schwer. Die klinische Diagnose lautete auf Ovarialtumor. Laparotomie. Das Colon ascendens liegt vor dem Tumor. Die Operation gelingt relativ leicht.

Dr. Tantzscher berichtet ferner über die Operation einer Extrauteringravidität. Letzte Regel vor drei Monaten. Tumor apfelgross mit Netz und Rectum verlötet. Es handelt sich um einen tubaren Abort. Die Tube am uterinen Ende normal, geht in den geplatzten Darm über.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die Budgetcommission der Reichsduma hat das von dem Minister des Inneren eingebrachte Gesetzproject betr. Bewilligung von 102860 Rubel für die Beteiligung Russlands an der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden im Jahre 1911 einstimmig angenommen. Die Commission sprach hierbei den Wunsch aus, dass nach Schluss der Ausstellung in Dresden, die Russische Abteilung nach Moskau oder St. Petersburg gebracht würde, um in die für das Jahr 1912 projectierte Russische Ausstellung für Hygiene aufgenommen zu werden.

— Am 20.—24. April finden im Gebäude der Verwaltung der Russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes (St. Petersburg, Ingenernaja 9) die Sitzungen des Verwaltungsrates der Russischen Liga zur Bekämpfung der Tuberculose statt. — Programm: Am 20. April, um 2 Uhr: 1) Eröffnung der Sitzung, 2) Begrüssungsreden, 3) Rede des Prof. Scherwinskij: «Die Bedeutung der öffentlichen Bekämpfung der Krankheiten», 4) Prof. W. Worobjew: «Bericht über die Tätigkeit der zeitweiligen Verwaltung der Liga», 5) Bestimmung der Zusammensetzung des Verwaltungsrates der Liga, gemäss § 16 der Satzungen, 6) Wahl einer Commission zur Durchsicht der von der zeitweiligen Verwaltung ausgearbeiteten Instruction für die Sectionen der Liga. — Sitzungen am 23. und 24. April, um 2 Uhr: 1) Wahl des Vorstandes und der geschäftsführenden Personen sowie der Vertreter und des Vicepräses für die Internationale Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberculose (§ 18, P. a), 2) Beratung über den Plan der bevorstehenden Tätigkeit der Liga nach § 2 der Satzungen und speciell Besprechung folgender Punkte: a) Massnahmen betr. die Eröffnung der Sectionen der Liga und die Bildung von Gesellschaften zur Bekämpfung der Tuberculose; b) Einberufung des 1. Russischen Congresses der Mitarbeiter auf dem Gebiete der Tuberculosebekämpfung und Organisation einer Ausstellung; c) Herausgabe einer speciellen Zeitschrift; 3) Besprechung des Commissionsberichts betr. die Ausarbeitung einer Instruction für die Sectionen der Liga; 4) Besprechung der Frage über die Teilnahme der Liga an der Conferenz der Internationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberculose (am 5.—8. October n. St.) in Brüssel und an dem Internationalen Congress zur Bekämpfung der Tuberculose im Jahre 1911 in Rom. 5) Bericht der Revisionscommission.

— Das Curatorium der «St. Petersburger Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose» macht die Mitteilung, dass in Terioki (Finnland) das Sanatorium für tuberculöse Kinder, ebenso wie im vergangenen Jahre, vom 1. Mai bis zum 1. September geöffnet sein wird. Volle Pension beträgt 65 Rub. für 4 Monate.

Auskunft erteilen Frau L. A. Silberberg (Mochowaja 39) und Frau K. F. Jetzel (Soologitscheskij Pereulok 3).

— Am 29. und 30. März 1910 versammelte sich im Haag zum ersten Mal die in Budapest gegründete Permanente Commission für die Internationalen Medicinischen Congresse. Anwesend waren: die Mitglieder der Commission: Pavy, Präsident, Blondel, Maragliano, Müller, Posner, Vice-Präsidenten, Waldeyer, ausscheidender Vice-Präsident, Wenckebach, ausscheidender Generalsecretär, Burger, Generalsecretär und van der Haer, Secretär-Gehilfe; ferner von Grosz, Generalsecretär des Congresses zu Budapest, und Clive Rivière, Secretär des englischen National-Comitees. Der Minister des Innern der Niederlande, Heemskerk, empfing das Bureau in Audienz und wohnte auch dem zu Ehren der Bureaumitglieder von der niederländischen Regierung veranstalteten Diner bei. Herr Wenckebach, der zum Generalsecretär zu Budapest erwählt worden war, hat sich zurückgezogen; an seine Stelle tritt Herr M. Burger aus Amsterdam. Der Sitz des Bureaus ist: der Haag, Hugo de Crootsraat 10.

In dieser Sitzung beschäftigte sich das Bureau mit der Vorbereitung einer Plenarversammlung der Permanenten Commission, welche wahrscheinlich im nächsten Herbst stattfinden wird. Diese Versammlung soll sich mit der Vorbereitung der allgemeinen Organisation des nächsten Congresses zu London beschäftigen.

Das Bureau richtet an die Collegen aller Länder die Bitte, ihm ihre Wünsche inbezug auf Hebung der wissenschaftlichen Arbeit des Congresses mitzuteilen.

— Hochschulnachrichten.

St. Petersburg. Zum Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie und Director der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik an dem Weiblichen Medicinischen Institut ist der Privatdocent der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. D. Schirschow erwählt.

Kiew. Zum Professor der Physiologie an der Universität ist Prof. Dr. Tschagowez-Tomsk erwählt.

Warschau. Zum Professor der pathologischen Anatomie ist der Privatdocent der Universität Odessa, Dr. J. Poscharskij erwählt.

Kiel. Zum Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie und Director der betr. Klinik an der Universität Kiel ist Prof. Dr. Franz, bisher in Jena, ernannt worden.

Königsberg. Der Privatdocent für Chirurgie und Oberarzt an der chirurgischen Klinik, Dr. L. Wrede, ist zum Professor ernannt worden.

— Die Nr. 16 der Münchener Medicinischen Wochenschrift bringt die letzte Arbeit unseres verstorbenen Mitredacteurs, Dr. J. Krannhals, «Ueber Beeinflussung der localen Tuberculinreactionen durch acut fieberhafte Processe». Dem Artikel ist ein warmes Vorwort von Dr. P. Hampeln vorangeschickt.

Nekrolog. 1) Am 18. März starb in Jelisawetgrad Dr. R. Kutscherskij, geb. 1861, approbiert 1886; 2) am 22. März starb in Nowogradwolynsk der Oberarzt des Wologda-Regiments, Dr. J. Chelmowskij, geb. 1857, approbiert 1887; 3) am 31. März starb in Odessa Dr. A. Waltuch, geb. 1823, approbiert 1848; 4) in Lubartow (Gouv. Ljublin) starb Dr. R. Morozewicz, geb. 1863, approbiert 1887; 5) in Radom starb Dr. W. Zenner, geb. 1868, approb. 1899; 6) am 4. April starb in Murgab (Turkestan) der Professor der inneren Klinik des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna in St. Petersburg, Dr. med. M. Afanassjew, geb. 1850. Nachdem er im Jahre 1874 das Studium der Naturwissenschaften an der St. Petersburger Universität absolviert hatte, studierte er Medicin an der Militär-Medicinischen Akademie und wurde 1881 zum Dr. med. promoviert. Er arbeitete zuerst als Assistent Prof. Eichwalds an der inneren Klinik des oben genannten Instituts, ging darauf zur Vervollkommnung nach Deutschland, Frankreich und England, habilitierte sich als Privatdocent für pathologische Anatomie an der Militärmedicinischen Akademie, wurde darauf klinischer Professor am Nikolai-Hospital des Militärressorts und 1885 Professor der pathologischen Anatomie an dem erwähnten Institut. Nach dem Tode von Prof. Ed. Eichwald wurde A. zum Professor und Director der inneren Klinik an demselben Institut ernannt und versah ausserdem stellvertretend im Laufe von 2 Jahren den Posten des Directors des Instituts. Letztere Professur hatte er bis zu seinem Tode inne. Ursprünglich pathologischer Anatom, legte A. auch als Kliniker das Schwergewicht auf die mikroskopische und bakteriologische Diagnostik am Krankenbett, und auch seine Vorlesungen hatten vorzugsweise die klinische Mikroskopie zum Gegenstand. So gehören auch seine zahlreichen Publicationen und die Arbeiten seiner Schüler in dieses Gebiet.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 4. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi medizihy (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Wratsch. Gaseta. 1909.

S. Swinjatzki: Zwei Fälle von Muttermund-Scheidenfisteln. (Nr. 39).

Fälle von Muttermund-Scheidenfisteln sind sehr selten, seit 1845 in der russischen Literatur nur 14. In den vorliegenden Fällen handelte es sich um eine 20-jährige Person nach künstlichem Abort im 3. Monat, der von einem alten Weibe herbeigeführt worden war und nach Operation zur Heilung kam. Der zweite Fall betraf ein junges Mädchen von 23 Jahren, das sich durch Fall auf der Schaukel die hintere Muttermundslippe abgerissen hatte, wobei zugleich eine Fistel entstanden war. Naht, Heilung.

J. Tikanadze: Zur Frage der Behandlung der Erosionen der Portio vaginalis mittelst Neofilhos. (Nr. 40).

T. hat Neofilhos bei 21 Frauen bei Erosionen der Portio angewandt und findet es wenig wirksam.

T. Solowjew: Schnell schwindende Glycosurie bei Geschwülsten der Unterleibshöhle. (Nr. 42).

Beschreibung eines Falles von Glycosurie bei einer 32-jährigen Patientin mit einem Ovarialcystom. Der Zuckergehalt des Urins betrug nach Untersuchung mit dem Einhornschen Apparat 3 pCt. Nach der Operation, als die Patientin geheilt entlassen wurde, war absolut kein Zucker mehr nachzuweisen.

A. Pawlow: Zur Frage des Symphysenrisses während der Geburt. (Nr. 43).

Bei einer 36-jährigen IV para war in einem Gebärasyl durch Anlegen der Zange und Extraction eines grossen Kindes eine Sprengung der Symphysis pubis und der Lig. sacro-iliaca beider Seiten verursacht worden. Tod an Septicaemie im Hospital.

W. Schiele.

Russk. Wratsch. 1909.

J. Jakub: Psychosen während der Schwangerschaft. (Nr. 26 und 27).

J. teilt 3 Fälle von Melancholie während der Gravidität mit, die nach Unterbrechung derselben in kurzer Zeit eine Wendung zum Besten nahmen.

D. Ott: Vergleichende Begutachtung der Methoden der chirurgischen Behandlung des Gebärmutterkrebses. (Nr. 34).

Mitgeteilt auf dem XVI. internationalen Congress in Budapest.

S. Cholmogorow: Indicationen und Bedingungen für die Ausführung der Sectio caesarea bei engem Becken. (15 Kaiserschnitte mit günstigem Ausgange für die Mütter). (Nr. 35 und 36).

Bei absoluter Beckenenge ist man verpflichtet den Kaiserschnitt auszuführen, selbst wenn das Kind tot, aber ausgetragen ist. Bei relativer Indication muss man überzeugt sein, dass das Kind lebt und die Mütter den Wunsch nach einem lebenden Kinde haben. Unter diesen Bedingungen ist der Kaiserschnitt jeder anderen Operation vorzuziehen, denn weder die künstliche Frühgeburt noch die Pubeotomie geben einen so grossen Procentsatz lebender Kinder, bei erster hat man 30 pCt., bei letzterer noch mehr toter Kinder als beim Kaiserschnitt. Die Grenze ist bei relativer Indication 7 Cent. Conjug. vera bei plattem Becken, und 7,5 bei allgemein verengtem.

A. Russakowa-Lwowitsch: Sehstörungen bei Menstruationsanomalien. (Nr. 39).

Bei der 37-jährigen Kranken entwickelte sich infolge falscher Lage des Uterus eine Atrophie der Schleimhaut. Die Ovarien functionierten noch weiter, was man aus dem Umstande schliessen konnte, dass die Kranke an monatlichen Wallungen litt. Dieser Blutzufluss zu den Beckenorganen musste zu Stauungserscheinungen führen und zur Vergiftung des Körpers mit toxischen Substanzen. In der Tat kam es zu schweren Erscheinungen und Anfällen, wie plötzlichem Blutandrang zum Gesicht, die sich einige Male in der Stunde widerholten, plötzlichen Schweissausbrüchen, Kopfschmerzen, Gefühl von Niedergeschlagenheit, Aufregungszuständen etc. Alle diese Erscheinungen führten zur Atrophie der Sehnerven. Warum gerade das Auge betroffen wurde, kann man vielleicht dadurch erklären, dass dasselbe schon früher schwach und angegriffen war, und infolge dessen weniger widerstandsfähig war.

Der Erfolg der Behandlung bestätigte vollständig diese theoretischen Voraussetzungen. Massage, Sondierung des Uterus und Scarificationen der Cervix schafften einige Erleichterung; die Anwendung von Ovarin erwies sich als vollständig nutzlos.

Mühlen.

Medizinskoe Obosrenje. 1909.

M. Kolossow: Ein Fall von extrauteriner Schwangerschaft mit einer fast ausgetragenen lebenden Frucht. (Nr. 10).

Eine Frau von 27 Jahren hatte wegen Ausbleibens der Menses sich an einen Arzt gewandt, welcher einen Uteruskatarrh annehmend, die Ausschabung vornahm. In der Folge wurde Pat. noch ein 2. Mal einer Ausschabung unterzogen und ein Tumor im rechten Parametrium constatiert. Trotzdem verlief die Tubenschwangerschaft, um die es sich handelte, ungestört bis zum 8. Monat weiter. Im 5. Monat hatte Pat. Kindsbewegungen gespürt, dieselben jedoch für Darmperistalik gehalten. Im 8. Monat, als Pat. in die Moskauer gynäkologische Klinik eintrat, war es nur in der Narkose möglich die extrauterine Gravidität zu diagnosticieren. Bei der Operation, die ein lebendes Kind zu Tage förderte, erwies es sich, dass eine Tubenschwangerschaft vorgelegen hatte. Bei der Operation zeigte es sich, dass Potoki Unrecht hat, wenn er angibt, dass bei Tubenschwangerschaft die Placenta auschliesslich durch die Tubenarterien mit Blut versorgt wird. Es erwies sich nämlich, dass trotz Abklemmung des Liga-

mentum latum und infundibulopelvicum die Blutung doch nicht stillstand. Woher der Blutzufluss in die Placenta stammte, konnte bei der Operation nicht untersucht werden. An der Placenta fand sich an der Einmündungsstelle der Arteria uterina ein Defect, der bei der Extraction des Kindes zufällig entstanden war: aus diesem Defect strömte das Blut schwach pulsierend. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Wandung des Fruchtbehälters wurde eine Schleimhautfalte der Tube gefunden mit gut erhaltenem Epitel.

Mickwitz.

Shurn. akusch i shensk. bol. 1909.

W. Brandt: Die Entwickelung decidualen Gewebes ausserhalb der Gebärmutter während der Schwangerschaft. (Nr. 11).

Man trifft deciduales Gewebe während der Schwangerschaft auf dem serösen Ueberzug der Gebärmutter im Douglasschen Raum, auf der Serosa und Schleimhaut der Tuben, auf den Ovarien, dem Rectum und dem Netz.

W. Stroganow: Behandlung der Eclampsie nach der prophylactischen Methode in den Wiener Kliniken. (Nr. 11).

S. folgte einer Einladung des verstorbenen v. Rosthorns nach Wien, um daselbst einige Fälle von Eclampsie zu behandeln. S. behandelte drei Fälle mit Chloralhydrat und Morphiuminjectionen. Im Resumé sagt S.: «wir sehen, dass die drei in Oesterreich und Deutschland von mir behandelten Fälle einen ungemein günstigen Verlauf nahmen». Eine Pat. bekam im Ganzen 5,0 Chloralhydrat und 0,03 Morphium, eine andere 8,0 Chloralhydrat und 0,03 Morphium. S. beobachtete noch eine vierte Pat. bei Schauta, doch hatte Pat. schon Erscheinungen von Lungenödem und starb nach einer Stunde.

A. Timofeew: Eine Missgeburt. (Nr. 11).

Der Kopf war normal entwickelt, statt der vorderen Bauchwand nur eine dünne Membran, Dislocation des Herzens, unvollkommene Entwickelung des Darms, Verbindung der Blase mit dem Rectum, Mündung der Ureteren auf der Haut, Fehlen der äusseren Genitalien, Deformation der Beckenknochen und Drehung der unteren Extremitäten um 180° um ihre Achse, Spina bifida.

J. Kalabin: Die Behandlung der Blutungen nach der Geburt mit elastischem Schlauch. (Nr. 11).

Bericht über einen Fall, wo der elastische Schlauch nach Momburg angelegt wurde, mit gutem Erfolg.

K. Skutul: Polymastie. (Nr. 11 u. 12).

Bei einer 22-jährigen Pat. fand ich in einiger Entfernung von der rechten Brustwarze eine zweite pigmentierte Brustwarze und neben dieser noch ein warzenartiges Gebilde. Neben der linken Brustwarze befand sich gleichfalls eine Brustwarze. Aus den Nebenwarzen liess sich eine Flüssigkeit herausdrücken, in der sich Colostrumkörperchen fanden.

K. Kalmjikow: Der Querschnitt nach Pfannenstiel (Nr. 11).

Bericht über 7 Fälle.

A. Popowa: Gangrän der oberen Extremitäten nach der Geburt. (Nr. 11).

Nach einer normalen Geburt am dritten Tage aufgestanden, an demselben Abend Schüttelfrost, am sechsten Tag Flecke auf beiden Armen, am 11. Tage bei einer Temp. von 40,0 beide Arme geschwollen, die linke mit Bläschen bedeckt, unempfindlich, kalt, blaurot, auf dem rechten Arm waren die Verhältnisse weniger stark ausgesprochen. Amputation des linken Oberarmes, die Arterie und Vene boten ein normales Aussehen. Bei Besichtigung der Arterien am amputierten Teil sah man, dass die Arteria ulnaris und radialis angefüllt waren von dunklen Blutgerinseln. Pat. genas. Am Herzen waren keine Veränderungen nachweisbar. Verf. nimmt an, dass es sich um eine Embolie aus den Uterusvenen und das Bestehen eines Foramen ovale apertum handelt.

K. Skrobanski: Die Tätigkeit des Comités der Gesellschaft: «der Kampf mit dem Krebs». (Nr. 11).

Kurzer Bericht.

F. Weber: Bericht des Secretärs der Gesellschaft «der Kampf mit dem Krebs». (Nr. 11).

Kurzer Bericht.

W. Grusdew: Ueber die Grenzen der Anwendung der Colpotomie, den Pfannenstielschen Querschnitt und den Längsschnitt (Nr. 12).

G. hat 60 Fälle nach Pfannenstiel operiert und ist mit dieser Schnittführung sehr zufrieden, bei 55 Pat. heilte die Wunde per primam, in 5 Fällen bildeten sich Hämatome oberhalb der Fascie. Der Längsschnitt hat häufiger Hernien zur Folge als der Querschnitt, auch ist die Infectionsgefahr bei ersterem eine grössere als beim letzteren, dafür ist das Operationsfeld beim Längsschnitt übersichtlicher. Die Vorzüge der Colpotomie und die Nachteile derselben werden besprochen.

N. Gorisontow: Ueber das Adenomyom der Vagina. (Nr. 12).

Bei einer 42-jährigen Nullipara fand man im hinteren Scheidengewölbe drei unbedeutende Erhöhungen der Schleimhaut, bei Berührung blutend, in der Mitte eine nabelförmige Einziehung, in der Umgebung ein härtliches Infiltrat, das sich auf die Lig. retrouterina erstreckt. Das Bild erinnerte an Carcinom. Operation. Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe unterhalb der Erhöhungen, Abpräparieren und Resection des Scheidenlappens mit der hinteren Portiolippe, langsame Heilung per secundam. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man ausser Muskel- und Bindegewebszügen in diese eingelagert drüsige Gebilde und Schläuche von verschiedener Grösse, in diesen finden sich Cylinderepithelien, andeutungsweise auch Flimmerepithelien. Nach $1^1/_2$ Jahren wurde Pat. mit einem Recidiv aufgenommen. Wegen Verbreitung der Infiltration auf das Rectum konnte nichts Radicales gemacht werden, es wurde nur das Recidiv auf der Scheidenschleimhaut excidiert. Die histologische Untersuchung gab denselben Befund. G. führt die wenigen bekannten Fälle aus der Literatur an. Ob die Neubildung aus dem Wolfschen Körper oder den Müllerschen Gängen stammt, ist unbekannt, jedenfalls sind Adenomyome der Vagina selten.

K. Ulesco-Stroganowa: Moderne Gesichtspunkte über die Pathogenese des Carcinoms. (Nr. 12).

Ueberblick über den jetzigen Stand der Carcinomfrage auf Grund der neuesten Literaturangaben.

R. Lurje: Ueber den Einfluss der Fulguration auf normales und carcinomatöses Gewebe. (Nr. 12).

L. fulgurisierte Tieren die Leber, Niere, Uterus und Ovarium. Die bestrahlte Stelle rötet sich anfangs, dann wird sie mit einer lockeren bräunlichen Schicht bedeckt; mikroskopisch sieht man Blutung, Nekrose, in der Umgebung Zerfall des Gewebes, geringe Färbbarkeit. Nach 24 Stunden beginnt die Reaction von Seiten des gesunden Gewebes: Auftreten von Leukocyten, junge epitheloide Zellen, Proliferation von Zellen an den Gefässendothelien, junges Bindegewebe zur Bildung der Narbe. L. behandelte 6 Pat. mit Fulguration, davon 5 inoperable Portiocarcinome. Nach Auslöffelung der Krebsmassen wird 30—40 Secunden bestrahlt, dann wieder ausgekratzt und nochmals 10—15 Sec. fulgurisiert. Die Blutung stand, nach 3—4 Tagen war die Wundfläche mit frischen Granulationen bedeckt. Ein Fall wurde bestrahlt und einige Tage darauf nach Wertheim operiert. Dabei stellte sich heraus, dass eine einmalige Bestrahlung nur 4—5 Mm. in die Tiefe wirkte, dass die Zellen der Krebsgeschwulst viel resistenter sind, als die der parenchymatösen Organe. Eine Einwirkung auf die Drüsen konnte L. nicht constatieren: die der bestrahlten Stelle am nächsten gelegenen Drüsen blieben vollkommen unverändert.

G. Pissemski: Die Behandlung des Krebses der weiblichen Genitalien. (Nr. 12).

P. hat im Laufe von 6 Jahren im Kiewschen Hospital 171 Genitalkrebse gesehen, davon 163 Gebärmutterkrebse, von den letzteren wurden 63 radical operiert, die übrigen waren inoperabel. In drei Fällen wurden die Gefässe nach Jonesco unterbunden, in einem Fall mit sichtbarem Erfolg. Von 63 wurden 43 vaginal, 20 per abdomen operiert. Von den ersteren sind 24 weiter beobachtet worden: zwei blieben 5 Jahre recidivfrei, bei den anderen ist die Beobachtungszeit eine kürzere. P. ist für die vaginale Operation für Anfangsstadien und bei sehr dicken Individuen.

A. Jarzew: Kaiserschnitt und Sterilisation. (Nr. 12).

8 para, enges Becken, vorzeitiger Wasserabfluss, narbige Verengerung des Muttermundes, Kaiserschnitt, Excision der Tube aus dem Uteruswinkel. Genesung.

Lingen.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1909. Oct.

S. Bogrow: Casuistik der Dermatitis herpetiformis (Dühring).

28-jährige Pat. mit Carcinoma uteri, bei der sich acut eine Dermatitis herpetiform. entwickelte, Besserung des Zustandes nach desinficierenden Ausspülungen. Nach Amputation der Portio mit dem Carcinom vollkommenes Verschwinden der Hautaffection. Bei Auftreten des Recidives keine neue Dermatitis. Es bestand hochgradige Eosinophilie des Blutes, 35,4%!

W. Kudisch: Ein Fall von Lepra tuberosa.

Der Pat. gibt als Ursache seiner Erkrankung als wahrscheinlich Ansteckung von einem Verwandten an, mit dem er vor 12 Jahren zusammen war.

F. Selenew: Die syphilitische Superinfection.

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1) Bei Vorhandensein luetischer Erscheinungen sowohl acquirierter wie hereditärer, muss das Auftreten neuer Erscheinungen als sichere syphilitische Superinfection bezeichnet werden. 2) Als wahrscheinlich ist die Superinfection in Fällen von früher Reinfection zu bezeichnen in Fällen bald nach der erstmaligen Infection, in denen von einer vollen Elimination des syphilitschen Giftes und von einer Vernichtung der Immunität keine Rede sein kann. 3) In Anbetracht der unbegrenzten Dauer der condylomatösen Periode müssen die mögliche Erkrankung des Blutes als Gewebe und der inneren Organe, sowie ein grosser Teil der Reinfectionen ebenfalls der Categorie der Superinfectionen beigerechnet werden. 4) Die Superinfection kann sich anfangs klinisch als Erosion, Papel oder Pustel documentieren, die sogar der Aufmerksamkeit entgehen. Auch als charakteristische Sclerose mit localer Polyadenitis kann sie auftreten. 5) Die Superinfection kann sowohl im condylomatösen wie gummösen Stadium der Krankheit vorkommen. 6) Klinisch kann die Superinfection, als Reinfection angesehen, in folgenden Formen vorkommen: a) als Initialform unbestimmten Typus (Erosion, Papel, Pustel etc.) ohne allgemeine Erscheinungen (klinische Autoinfection), b) als Initialaffect mit allen Merkmalen der syphilitischen Induration ohne Adenopathie und ohne folgende Secundärerscheinungen; c) als charakteristisches primäres Syphilom mit Polyadenie und ohne allgemeine Hauterscheinungen; d) als primäres Syphilom mit Adenopathie und consecutiver Polyadenie; e) als primäres Syphilom mit allen Folgeerscheinungen, wie eine primäre Affection; f) mit schwerem Verlauf der Neuinfection; g) mit leichtem Verlauf derselben. 7) In den 3 eigenen Beobachtungen des Verf. konnten als erklärende Momente für das lange Zurückhalten des syphilitischen Giftes im Organismus im Laufe vieler Jahre Alcoholismus und ungenügende Behandlung verantwortlich gemacht werden. 8) Quecksilber und Jod hindern augenscheinlich eine Superinfection nicht. Von den Pat. des Verf. erlitten 2 neue Infectionen unmittelbar nach Hg, resp. Jodanwendung. 9) Die klinische Beobachtung bestätigt in der Hauptsache die neuen Tierversuche (Finger, Landsteiner, Heisser).

Schiperskaja: Jodophile Körnung in den Zellen gonorrhoischen Eiters.

Verf. kommt bei ihren Untersuchungen von 270 Pat. zu dem Resultat, dass, obgleich bei der Untersuchung gonorrhoischen Eiters zwischen den Gonococcen und der jodophilen Körnung ein gewisser Zusammenhang besteht, man fürs Erste doch noch nicht die Möglichkeit habe letztere allein für die Diagnose zu verwenden. Ausserdem ist die Technik durch die gleichzeitig entfärbende Wirkung des Jods erschwert.

Wichert.

Chark. med. shurn. Bd. VII. Nr. 4.

S. Korschun und W. Merkurjew: Technik und praktischer Wert der Wassermannschen Reaction bei Syphilis.

Die Verff. geben eine kurze Schilderung des Ganges der Untersuchung bei Anstellung der Wassermannschen Reaction, verweilen besonders bei der Bereitung der für dieselbe nötigen Componenten sowie deren Aufbewahrung und die sich dabei als unumgänglich erweisenden Vorsichtsmassregeln. Auf Grund ihrer eigenen Beobachtungen kommen sie zu folgenden Schlüssen: 1) Die Art der Zubereitung des Extractes ist von wesentlichem Einfluss auf die Qualität des Antigens und somit auf die Resultate bei der Reaction. Dem spirituösen Extract wird der Vorzug gegeben, wobei die Verdünnung mit NaCl-Lösung stets in gleicher Weise zu geschehen hat. 2) Antigene aus verschiedenen luetischen Lebern bereitet, weisen ungleiche Empfindlichkeit gegenüber syphilitischen Sera auf, so dass bei gleichzeitiger Verwendung mehrerer Antigene Differenzen in den Resultaten sich zeigen. 3) Es gelang ein sehr empfindliches, tadellos wirkendes Antigen aus den Muskeln vom Bein eines Syphilitikers zu bereiten. 4) Die häufig zu beobachtende hämolytische Wirkung der alcoholischen Extracte stört die Reaction nicht, da sie durch den Zusatz des inactivierten Serums aufgehoben wird. Die Inactivierung hat sehr vorsichtig (30 Min. bei 55°) zu geschehen, da sie sonst leicht ihre specifischen Eigenschaften verliert. Andererseits können nicht inactivierte Normalsera leicht wie syphilitische reagieren. 5) Antigene aus dem Herzen von Rind und Meerschweinchen gewonnen, weisen geringere Empfindlichkeit gegenüber denen aus syphilitischen Organen auf und büssen beim Aufbewahren schneller die Fähigkeit ein, das Complement in Gegenwart syphilitischen Serums zu binden. Die Untersuchung des Blutes von über 300 gesunder und kranker Menschen führte die Verff. dazu in der Wassermannschen Reaction etwas Specifisches für Syphilis zu sehen, was die Diagnose sichert. Natürlich schliesst der negative Ausfall der Probe die Diagnose Syphilis nicht aus. Weiter betonen sie die Notwendigkeit beim Arbeiten sich mehrerer Antigene zu bedienen und sprechen zum Schluss den berechtigten Wunsch aus, dass bei der hohen Bedeutung der Wassermannschen Reaction, die Ausführung derselben in einigen centralen Laboratorien concentriert werden sollte, in denen sie in den Händen erfahrener Bakteriologen liegt.

Ucke.

Russki Wratsch. 1909.

A. von Wahl: Ueber Frühbehandlung der Syphilis. (Nr. 3).

W. spricht sich für die Frühbehandlung der Syphilis aus. Mit der allgemeinen Quecksilberbehandlung wird begonnen, sobald die Diagnose auf Syphilis gestellt ist, sogar wenn nur allein die typische Sclerose zu constatieren ist.

O. Petersen: Ueber Blastomycosis. (Nr. 33).

Von 4 Fällen, die P. zu beobachten und zu diagnosticieren Gelegenheit hatte, war 3 Mal die folliculäre Form vertreten. Die Diagnose der Blastomycosis ist längst nicht so schwierig, als es bis jetzt schien, wenn man sich streng an die Symptome hält. Vor allen Dingen zu beachten ist der chronische Verlauf, darauf die Bildung von Gruppen kleiner rosa, roter und brauner Knötchen, welche auf infiltriertem Boden zusammenfliessen, ferner eine Anzahl kleiner Oeffnungen, aus welchen flüssiger, grauer, ein wenig schleimiger Eiter ausgedrückt wird und die Verheilung unter glatten grossen Narben und schliesslich der mikroskopische Befund. Als bestes Färbmittel ist die Fuchsinlösung nach Ziel-Neelsen (1 Tropfen auf 50—60 Tropfen Wasser) zu gebrauchen.

Was die Behandlung anbetrifft, so ist in der Literatur darüber wenig erwähnt. Da die beste Temperatur für das Wachsen der Pilze 10—24° C. ist und sie bei höherer Temperatur zu Grunde gehen, so wurde mit Erfolg die Thermotherapie angewandt. Auf die afficierte Stelle wurde 2 mal am Tage ein Gummisack mit heissem Wasser von 42—45° C. aufgelegt, was die Kranken ohne irgend welche Beschwerden aushielten. Das Resultat war ein augenscheinliches. Der Ausfluss wurde heller und weniger, die Knötchen kleiner und verschwanden allmählich und die Wunden heilten unter glatter Narbe. In der Zwischenzeit, so lange die Wunden noch anhielten, wurden Verbände mit 5 pCt. Xeroformpasta gemacht.

Mühlen.

Wratschebnaja Gaseta. 1909.

S. Liokumowitsch: Zur Casuistik der Harnröhrensteine (Nr. 37).

In einer eiförmigen Höhle der Pars membranacea urethrae. fanden sich bei einer mit Oedemen des Penis, Scrotums, Dammes und der angrenzenden Partien ins Hospital eintretenden 60-jährigen Patienten zwei Steine von zusammen 81,3 Gramm. Aus der Anamnese scheint sich zu ergeben, dass die Steine schon etwa 10 Jahre in der Harnröhre sich befanden.

W. Terebinski: Reactive Processe (Entzündung und Resorbtion) der verschiedenen Schichten der Haut bei Affen nach Einführung von Fremdkörpern (resp. syphilitischen Gewebsstücken) in dieselbe. (Nr. 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37).

Terebinski kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Technik der Syphilisimpfung vermittelst der sog. Taschen ist nicht richtig, deshalb kann man annehmen, dass die Zahl der positiven Fälle mit Hilfe der «Hauttaschen» grösser ist, als man das nach den Nachrichten in der Literatur annehmen könnte (Neisser und Siegel). Auch selbst die mikroskopische Untersuchung bietet keine Garantie, wie der Fall Levaditi zeigt, für die Richtigkeit der experimentellen Ergebnisse; 2. erfolgreiche hypodermische Syphilisimpfungen kommen vor, sie bilden jedoch eine Ausnahme, dagegen sind erfolgreiche intradermische Impfungen die Regel 3. das Hypoderm reagiert energischer als die Haut selbst auf äussere Reize; 4. die Haut resorbiert bei weitem energischer als das Unterhautzellgewebe; 5. bei Einführung eines mit Syphilis inficierten oder nicht inficierten Stückes Hornhaut in das Derma, erfolgt eine schnelle Resorbtion desselben durch die Polyblasten in das Lymphsystem; die active Beihilfe der Polynucleären hierbei ist sehr gering; 6. im subcutanen Gewebe wird ein solches Stück garnicht oder in sehr geringem Masse resorbiert. Dagegen erfolgt eine reactive Entzündung um das Hornhautstück herum mit reger Beteiligung der Polynucleären, die das ganze eingeführte Stück infiltrieren. Die allmähliche Organisation desselben erfolgt nach dem Typus der Organisation der Thromben; 7. bei derartigen Reactionsunterschieden zwischen Haut und Unterhaut können die Erscheinungen der experimentellen Syphilis nur auf Grund der Metschnikowschen Theorie über die Bedeutung der Mikrophyten im Kampfe mit den Mikroorganismen verstanden werden. 8. Zu Gunsten dieser sprechen die Ergebnisse der experimentellen Syphilis wie auch die klinischen Beobachtungen. 9. die specifische Syphilisbehandlung lässt sich im Augenblick am besten auf Grundlage dieses Princips erklären. Es fallen biermit die Einwände gegen die nicht bakterientötenden Eigenschaften der

unlöslichen Quecksilbersalze und andererseits wird begreiflich, warum das Quecksilber nicht immer specifisch und nicht beständig wirkt. Offenbar wirkt hier das Quecksilber nicht als eine gewisse chemische Substanz, sondern es kommt nur die durch dasselbe hervorgerufene biologische Reaction in Betracht.

W. Schiele.

Mediz. obosr.

M. Tschlenow: Die wichtigsten Fortschritte der Syphidologie im Jahre 1908. (Nr. 3, 4, 5 u. 6).

V. Mibelli (Parma): Von dem sogenanten «tertiären Stadium» der Syphilis. (Nr. 5).

Die Unterscheidung von drei Stadien der Syphilis kritisirend, kommt Verf. zu dem Schluss, dass der Unterschied nur in der Symptomatologie während des ganzen Verlaufes der Syphilis besteht. Ein später Termin der Entwickelung der Syphilide steht im directen Verhältnis zur Schwere derselben. Andererseits steht der späte Termin im umgekehrten Verhältnis zur Anzahl der äusseren Erscheinungen.

Mickwitz.

Pathologie und Therapie.

Medizinskoe Obosrenje 1909.

W. Winogradow: Ueber die Antitrypsin-Reaction des Blutserums bei Krebs. (Nr. 12).

W. ist bei seinen mit Antitrypsin angestellten Versuchen zu den gleichen Schlüssen gelangt, wie Braunstein sie in seiner, hier soeben besprochen Arbeit aufführt.

A. Poletaew: Ueber Aetiologie und Symptomcomplex des Scorbut. (Nr. 12).

Die Aetiologie des Scorbut ist bis heute noch nicht klargestellt. Die meisten Beobachter neigen zu der Ansicht, dass es sich um eine Intoxication mit in Zersetzung befindlichen Producten handelt. Alle übrigen Momente, die früher als ursächliche galten, sind nur prädisponierende. Einige Rassen, wie die Tataren, die Sarten und die Kirgisen sind besonders zum Scorbut disponiert. Die psychische Depression der Gefangenen ist ein begünstigendes Moment. Eine Uebertragung des Scorbut von Person zu Person hat Verf. nie beobachtet. In den Haftlocalen sind alle Factoren vollauf vorhanden, die das Auftreten von Scorbut begünstigen: Mangel an Licht, Luft und Bewegung, quantitativ und qualitativ ungenügende Ernährung, Unsauberkeit und dichtes Zusammenleben. Die psychische Depression ist ein wesentlicher disponierender Factor, die ungenügende Ernährung jedoch die wirkliche Ursache der Erkrankung. Die Erkrankung beginnt gewöhnlich mit Anämie, doch ist es meisst nicht möglich festzustellen, wann der Scorbut begonnen hat, da die Pat. meist durch viele Gefängnisse gewandert sind. Das klinische Krankheitsbild ist ungefähr folgendes: Die Kranken sind anämisch, blass, mager, bedeckt mit Acne, seltener wird Lichen, Herpes oder Pemphigus beobachtet, ein leicht blutendes, gelockertes, zur Ulceration und Hämorrhagien neigendes Zahnfleisch, grössere und kleinere Hämorrhagien unter der Haut und in den Gelenken der unteren Extremitäten, auch Contracturen. Herzschwäche mit Ohnmacht kommt gleichfalls vor. Alle diese Symptome kommen gelegentlich in gesteigertem Masse vor, bis zur hämorrhagischen Pleuritis und entsprechenden Erscheinungen. Irgend welche charakteristischen Veränderungen des Blutes lassen sich nicht feststellen. In neuester Zeit hat Albertoni festgestellt, dass der Eisengehalt des Blutes mehr herabgesetzt ist, als die Zahl der roten Blutkörperchen. Die Diagnose ist leicht. Die Therapie hat es vorzugsweise mit der Verbesserung der Kost und der hygienischen und sanitären Bedingungen zu tun.

Mickwitz.

Wratschebnaja Gazeta 1909.

N. Ssyrenski: Ueber den Ursprung der Hämolysine. (Nr. 38).

Die Versuche S's gaben keine positiven Resultate, in Leber, Nieren, Milz, Herz, Gehirn und Knochenmark liessen sich nach Entblutung und Auswaschung keine Hämolysine nachweisen.

W. Lewaschew: Ueber Para-Formalindesinfection im Vacuum. (Nr. 38).

Prüfung der Methode von Hahn gab schon gutartige Resultate und empfiehlt L. ihre Anwendung.

K. Karaffa-Korbut: Ueber den Kampf mit der Febris recurrens und dem Flecktyphus in St. Petersburg. (Nr. 38).

Bei dem Kampf mit den genannten Infectionskrankheiten hat man mit Recht angefangen seine Aufmerksamkeit der Vernichtung der Parasiten zuzuwenden, bei dem Recurrens kommen besonders die Wanzen, beim Flecktyphus die Kleiderläuse in Betracht. In Petersburg wird in den Nachtasylen die Vernichtung der Parasiten angestrebt, die Desinfection der Wäsche und Kleider der Besucher wäre noch gründlich durchzuführen.

A. Putschkowski: Ueber Syphilis des Kehlkopfes (Nr. 38 und 39).

Referierende Arbeit.

A. Pospelowa-Demkina: Ueber den Einfluss verschiedener physikalischer Agentien auf die Harnabsonderung der Kinder. (Nr. 40, 41, 42).

P. wandte an: heisse Fusslichtbäder, trockne Schropfköpfe, Eisbeutel an die Füsse, Hitze in der Nierengegend, weisses Licht, heisse Fusskompressen, blaues Licht, rotes Licht, Einreiben von Guajacol am Schulterblatt und in der Nierengegend. In allen Fällen fand sich eine Vermehrung der Harnausscheidung, wie eine Verminderung, besonders wenn vorher Getränkezufuhr stattgefunden hatte. Die Anwendungsart der Agentien war von keinem Einfluss auf die Wirkung. Die Schnelligkeit des Eintrittes der Wirkung war bei verschiedenen Agentien verschieden.

M. Isabolinski: Antiformin bei Sputumuntersuchung (Nr. 40).

J. empfiehlt warm die Untersuchung des Sputums auf Tbc nach dem Verfahren von Uhlenhut, das in Zusatz von Antiformin zum Sputum (15—20 pCt. Lösung Antiformin im Verhältniss von 1 Teil dieser Lösung zu 5 Teilen Sputum) besteht, wodurch das Sputum in eine homogene Flüssigkeit verwandelt wird, die sich leicht nach 24 stündigem Sedimentieren centrifugieren und untersuchen lässt. Bei 51 Untersuchungen, die mit dem gewöhnlichen Verfahren negativ ausfielen, liesse sich nach Zusatz von Antiformin noch in 6 Fällen Tbc nachweisen, ebenso in allen Fällen, die bei dem gewöhnlichen Verfahren positiv ausfielen.

W. Schiele.

A. Woloschin: Ueber Embolie durch Parenchymzellen der Leber. (Nr. 42).

Ein Hafenarbeiter, 45 a. n., fühlte nach schwerem Heben plötzlich einen heftigen Schmerz im Leibe und fiel fast bewustlos hin. Nach 5-tägigem Unwohlsein mit Schmerzen in Brust und Unterleib trat er ins Hospital ein. Allgemeine Schwäche, heftige Schmerzhaftigkeit des ganzen Leibes, Atemnot, T. 38°. Tod 3 tage später. Die Obduction ergab als Wichtigstes eine stark vergrösserte Leber, die auf der Serosa viele kleine Ecchymosen aufwies; das Gewebe brüchig, braunrot, durchsetzt von gelben undeutlich begrenzten Inselchen. Im Dünndarm, etwa 100 Ctm. unterhalb des Zwölffingerdarms eine Schlinge in der Ausbreitung von 10 Ctm. zum Teil im Zustande der eitrigen Einschmelzung, zum Teil nekrotisch. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass in den Capillaren der Arteria mesenterica in der Gegend der Darmnekrose eine Embolie durch Leberparenchymzellen erfolgt war. Autor nimmt aus dem Fehlen von Embolien in anderen Gefässen an, dass es sich in diesem Falle unter den besonderen Umständen des Falles (starke Anstrengung und Anwendung der Bauchpresse) um eine sog. rückläufige Blutbewegung in die Venen gehandelt habe, bei der Leberzellen aus der traumatisch verletzten Leber mitgerissen seien. Die Leberhypertrophie war eine Folge von Alcoholismus. Die Embolien in den Mesenterialgefässen in unmittelbarer Nähe der Darmrand sind sehr selten.

B. Bogdanow: Ueber die Ausscheidung des organischen Phosphors. (Nr. 43).

Der Phosphor wird durch den Urin als anorganischer in der Form der Phosphate, als organischer in der Form der Glycero-Phrophorsäure, der Fleisch-Phosphorsäure und anderer ausgeschieden. B. untersuchte nun die Ausscheidung des organischen Phosphors bei verschiedenen Kranken, bei einem Kranken an Febris recurrens, bei 3 an Pneumonia crouposa, 3 an Abdominaltyphus. Im Anfange der Krankheit im Stadium der hohen Temperaturen, übertrug die Ph-Ausscheidung nicht die Norm und der Summersche Coefficient hält sich in niedrigen Grenzen. Doch 2—3 Tage nach Abfall der T° steigt die Ausscheidung des organischen Phosphors stark an, bis 1,0—2,0 in 24 Stunden. In gleicher Zeit steigt der Summersche Coefficient, je nach der Schnelligkeit und Plötzlichkeit des T°-Abfalles. Die Schwankungen des Summersschen Coefficienten bewegen sich zwischen 20—50 pCt. Das Ansteigen der Phosphorausscheidung und Steigen des Summersschen Coefficienten dienen als unbestreitbares Anzeichen des Zerfalles der Leukocyten. B. kommt zu folgenden Schlüssen: zur Bestimmung des Phosphorgehaltes ist es nicht genügend sich mit der Methode Neubauers zu begnügen da sie uns die Ausscheidung des anorganischen Phosphor anzeigt. Die Ausscheidung des Phosphors in der Form des anorganischen spielt aber eine sehr grosse Rolle und kann bis 80 pCt. der Gesammtphosphorausscheidung betragen. Die Bestimmung der Ausscheidung des organischen Phosphors ist von besonderer Wichtigkeit bei den Krankheiten, bei denen eine Vermehrung oder Verminderung der Leukocyten erfolgt.

W. Schiele.

Russki Wratsch. 1909.

F. Boehm: Zur specifischen Behandlung der Tuberculose. Tuberculinum purum und seine Specifität. (Nr. 34).

Als Indication zur Behandlung mit reinem Tuberculin diente nur der befriedigende Allgemeinzustand der Patienten, aber nicht das Verhalten der Lungen. Auf diese Weise wurden der Behandlung unterzogene Kranke aller 3 Stadien, und sogar einige mit Complicationen anderer Organe, wenn die Temperatur normal war oder 38° nicht überstieg. — Dies Atemgeräusch änderte sich ziemlich bald, besonders, wenn man in Betracht zieht, dass die Injectionen 4—9 Wochen dauerten. Mit Ausnahme der broncho-vesiculären, bronchialen und amphorischen Atemgeräusche nahmen die anderen vesiculären Charakter an; selbst die erstgenannten wurden weniger scharf. Die Infiltrationen wurden ganz oder teilweise resorbiert, ebenso schwanden die katarrhalischen Erscheinungen ganz oder wurden bedeutend geringer. Eine Reaction der Temperatur wurde 30 mal bei 17 der 50 Kranken beobachtet. Eine Erhöhung derselben trat zu verschiedenen Zeiten nach der Injection ein, eine Abnahme war bei 16 Kranken zu verzeichnen, besonders bei einer Menge von 1—20 Mlgr. (5 mal) oder 4—100 (8 mal).

I. Sawolshskaja: Endotin oder reines Tuberculin und seine Anwendung bei Tuberculose. (Nr. 34).

Die Beobachtungen zeigen, dass das reine Tuberculin durchaus kein unschädliches und unschuldiges Mittel ist und dass seine Anwendungsweise ebenso eine Vorsicht erheischt wie jedes andere Tuberculinpräparat.

N. Leparski: Färbemethode der Obermeierschen Spirochaete intra vitam. (Nr. 36).

Zum Referat nicht geeignet.

G. Albanus, W. Kernig, L. Krewer, G. Zeidler und M. Chanutina. Resultate der Behandlung Cholerakranker mit dem antitoxischen Serum von Prof. R. Kraus. (Nr. 36).

Erschienen in der Wiener medicinischen Wochenschrift. 1909.

A. Berdnikow: Vervollständigung der Methode der bakteriologischen Untersuchung der Ausleerungen bei asiatischer Cholera. (Nr. 36).

Zu einem Referat nicht geeignet.

N. Batujew: Unregelmässigkeit in den beständigen Leberfurchen mit Verlagerung der Gallenblase und die unbeständigen Leberfurchen in Verbindung mit ihrer Entwicklung. (Nr. 37 u. 38).

Zum Referat nicht geeignet.

B. Slowzow: Resorption von Phosphor, Calcium und Magnesium bei Ersatz der Fleischnahrung durch Fisch. (Nr. 37).

Der Ersatz von Fleisch durch Fisch fordert die Ansammlung von Phosphor und Magnesia. Die Menge von Calcium und Magnesium im Urin wird erhöht, infolge dessen ist Fischnahrung contraindiciert bei Prädisposition für Steine. Die Resorption von Magnesia durch den Darm wird erhöht, ebenso die von Calcium, die Resorption von Phosphor schwankt in die eine und die andere Richtung.

S. Suchanow: Vorzeitiger Schwachsinn und Syphilis. (Nr. 37).

Zum Referat nicht geeignet.

G. Likud: Einige Beobachtungen über ein neues Schlafmittel «Medinal». (Nr. 37).

Das Medinal ist ein sicher wirkendes Mittel, das ruhigen Schlaf hervorruft, schon bei 0,5 gr. Der Schlaf beginnt nach 1/4 Stunde und dauert ununterbrochen 8 Stunden, ohne später irgend welche unangenehme Erscheinungen hervorzurufen.

G. Fleischer: Ein Versuch der Anwendung bactericiden Serums bei Rachendiphtherie. (Nr. 37).

F. versuchte eine Form der Anwendung, welche die Möglichkeit einer längeren und engeren Berührung des Serums mit der Mundhöhle, speciell aber mit den Mandeln, gibt. Diese Bedingungen scheinen am besten ausführbar bei einer Anwendung des Serums in Tabletten, welche langsam resorbiert werden. Man gibt sie einige mal am Tage. Sie werden bereitet aus Serum mit genügender Menge Stärke, Zucker, Gummi und etwas Pfeffermünzwasser, um den Geschmack zu verbessern. Jede Tablette hat ein Gewicht von ungefähr 1,3 und enthält 0,1 trockenen Serums. Das Material umfasst 66 Kranke mit bakteriologisch festgestellter Diphtherie.

Um einen Massstab zum Vergleich zu haben, wurden bei einem Teil dieser Kranken Rachenpinselungen mit einer Glycerinsublimatlösung (Sublimat 1,0 Glycerin, aq. destill. aa 250,0) vorgenommen, weil das Sublimat doch am stärksten wirkt. Die in genauen Tabellen gruppierten Resultate der Untersuchungen zeigen zur Evidenz den Vorzug des bactericiden Serums vor dem Sublimat. Mechanische Einwirkung (Tabletten ohne Serum) spielt hier, wie es auch vorauszusehen war, keine Rolle.

S. Biron: Ren arcuatus und seine klinische Bedeutung. (Nr. 37 u. 38).

In diesem Falle handelt es sich um einen 37-jährigen Soldaten, bei dem die Hufeisenniere bei Lebzeiten für eine bösartige Neubildung im Leibe gehalten worden war. Dieses war verständlich, weil die Klagen des Kranken sich fast nur auf Schmerzen in der einen Seite beschränkten, so dass sogar die Nephritis weniger Berücksichtigung fand.

W. Brieger: Anwendung der Röntgenstrahlen bei Keuchhusten. (Nr. 38).

Der Erfolg war in 2 Fällen ein eclatanter, schon nach der ersten Röntgenisation hörte das Erbrechen auf. Die Hustenanfälle wurden schwächer und nach ungefähr 10 Tagen waren die Kranken genesen. Verf. hofft, dass dieses Verfahren noch häufiger erprobt wird.

S. Simnitzin: Veränderungen des Blutes bei Akromegalie. (Nr. 38).

In den untersuchten Fällen bestand eine Vermehrung der Menge der Lymphocyten und der Uebergangsformen, und zugleich auch der eosinophylen Zellen, bei Verringerung der Anzahl der multinucleären. Ausserdem beobachtete man im Blute rote Blutkörperchen mit Kernen (Normoblasten und Myeloblasten).

N. Werschinin: Ein neuer Weg in der Pharmakologie. (Nr. 38).

Antrittsvorlesung an der Tomsk'schen Universität.

R. Kaz: Schulkopfschmerzen infolge zeitweiliger Sehschwäche, (Nr. 38).

Bei den Anforderungen, welche das jetztige Unterrichtssystem in den Schulen an die Augen stellen, bei den wenig hygienischen Bedingungen, in denen sich die Lernenden befinden und der geringen körperlichen Bewegung kann es nicht selten zu schweren Sehstörungen kommen, welche selbstverständlich auf den Allgemeinzustand einwirken. Darauf muss natürlich der Augenarzt Rücksicht nehmen.

B Senowitsch-Kaschtschenko: Zur Frage über die Pathogenese des Unterleibstyphus. (Nr. 38).

Vorläufige Mitteilung.

W. Krishanowski: Zur Frage über die immunisierenden Eigenschaften wässeriger Auszüge der Choleravibrionen in Verbindung mit methodischen Untersuchungen der Anticholeravaccine. (Nr. 39 u. 40).

Experimentelle Studie.

S. Schschastni: Zur Frage über die Structur und Zusammensetzung der Blutplättchen. (Nr. 39).

Vorläufige Mitteilung.

M. Schaikewitz: Ueber Contracturen bei Schwachsinn. (Nr. 39).

Bei 8 Kranken mit unzweifelhaftem Schwachsinn wurden mehr oder weniger ausgesprochene Contracturen der grossen Hand- und Fussgelenke mit Atrophie der Muskeln beobachtet. Alle Kranke waren stark abgemagert, 7 von ihnen waren Frauen in vorgerücktem Alter.

N. Westenrik: Versuche der Behandlung Cholerakranker mit intravenösen Eingiessungen Lockescher Flüssigkeit. (Nr. 40).

Bericht über 22 Cholerakranke, die vom Verf. mit intravenösen Eingiessungen Lockescher Flüssigkeit behandelt wurden. Irgend welche Schlüsse zieht W. infolge der geringen Anzahl nicht. Zu bemerken ist, dass auch nach 2—3 Liter nie ein Schüttelfrost beobachtet wurde. Bei 12 Kranken trat sofort eine Besserung ein, die auch anhielt. In 1/3 der Fälle musste die Eingiessung wiederholt werden. Eine geringe Steigerung der Temperatur wurde dazwischen beobachtet. Der allgemeine Eindruck war ein so günstiger, dass beschlossen wurde, die physiologische Kochsalzlösung durch Lockesche Flüssigkeit zu ersetzen.

W. Gomolizki: Zur Lehre von der orthostatischen Albuminurie. (Nr. 40—43).

Die von G. angestellten Versuche zeigten, dass die Palpation der Niere, 12—20 mal ausgeführt, bei allen Tieren Albuminurie hervorrief, häufig waren es allerdings nur Spuren von Eiweiss. Nach 5 maliger Palpation war Eiweiss nicht zu constatieren. Nach 12—24 Stunden schwand dasselbe bei normaler Lage der Tiere vollständig. Verticale Lage des Versuchstieres (Orthostase) rief keine Albuminurie hervor, auch wenn der Versuch 24—48 Stunden andauerte. Nicht beobachtet wurde eine Eiweissvermehrung in Hängelage und bei Nierenaffectionen, im Gegenteil, diese für die Tiere ungewohnte Lage bedingte sogar eine beständige Verringerung der Albuminurie, so z. B. blieben bei Versuch 1 mit 0,05 pCt. und Versuch 2 mit 0,035 pCt. Eiweiss nur Spuren nach. — Die 24-stündliche Urinmenge war dabei eine sehr geringe.

Mühlen.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Obosrenije Psichiat., Newrol. i experiment. Psichol. 1909.

S. Wladytschko: Der Charakter der Associationen bei Kranken mit primärer Verrücktheit. (Nr. 7, 8, 9, 10).

Schlussfolgerungen:

1) Kranke mit chronischer primärer Verrücktheit gaben bei der Untersuchung der bei ihnen frei auftauchenden Associa-

tionen öfter Antworten in der Form ganzer, mitunter langer, Sätze, welche nach ihrem Inhalt eine logische Aussage darstellten, als deren logische Unterlage das vom Experimentator gegebene Reizwort dient. Die Antworten dieser Art bilden mit dem gegebenen Reizworte ein Urteil, als Produkt einer logischen Operation, aber nicht einer mechanischen Verbindung von Vorstellungen. Diese Erscheinung wurde constatiert sowohl bei Paranoikern, welche keinerlei Anzeichen von Schwachsinn äusserten, als auch bei jenen von ihnen, welche bei der objectiven Untersuchung nach der Kraepelinschen Methode Anzeichen von Abschwächung der geistigen Arbeitsfähigkeit darboten. 2) Die Zeitdauer der Bildung der Urteile ist bei ihnen nicht grösser als die Zeitdauer des Entstehens von einfachen Associationen im engen Sinne des Wortes. 3) Die Paranoiker zeigten die Neigung zur Widerholung des Reizwortes im Beginne ihrer Antwort; diese Eigentümlichkeit ist bei Patienten mit bereits beginnendem Schwachsinne stärker ausgesprochen. 4) Bei denjenigen Kranken, wo der beginnende Schwachsinn objectiv mit der Kraepelinschen experimentell-psychologischen Methode nachgewiesen wurde, wurden folgende Erscheinungen beobachtet: a) Verlängerung der Zeit für die Entstehung von Associationen, b) mitunter Fehlen Associationen auf abstracte Begriffe, c) Stereotypie in den Antworten, d) häufige Antworten, in welchen das Reizwort mit dem Verbum «es kommt vor», «es gibt verschiedene» verbunden wird. 5) Der Wahn in den Associationen wurde bei 2 Kranken nur je einmal vermerkt. Diese Patientinnen boten im Vergleich mit den übrigen die stärksten Zeichen des Schwachsinns. Offenbar ist für die Aeusserung des Wahnes eine Unzulänglichkeit des hemmenden Einflusses in der geistigen Energie erforderlich. 6) Egocentrischer Charakter der Associationen ist bei nur zwei Patienten vermerkt: in einem Fall viermal in 130 Antworten und im anderen dreimal in ebenfalls 130 Antworten. 7) Erscheinungen der Perseveration im Sinne von Jung und Riklin sind in keinem einzigen Falle zu Tage getreten. 8) Der beginnende Schwachsinn der Paranoiker kann diagnosticiert werden durch die Untersuchung der frei entstehenden Associationen in solchen Fällen, wo die objective klinische Untersuchung noch gar keine Hinweise in dieser Richtung geben kann.

W. Bechterew: Ueber Parasymbolie oder transcorticale Paraphasie. (Nr. 9).

Eine Krankengeschichte. 45-jähriger Patient. In der Jugend Lues. Nach schwerem Kopftrauma anfängliches Coma von 24 Stunden und alsdann folgender Symptomencomplex: partielle sensorische Aphasie (Worttaubheit, keine Wortblindheit und keine Agraphie) und ausserdem eine Sprachstörung, welche sich in einer überraschenden Verrücktheit nicht nur der Worte, sondern auch der Sitten äussert, welche jedoch der Kranke selbst nicht bemerkt und seine Sprache für Andere absolut unverständlich macht. Es muss ein Herd in dem linken Temporallappen in der Nachbarschaft des Gehörscentrum angenommen werden, welcher die Verbindung des Wortklangbildercentrums mit den Centren für die Sprachbewegungen stört.

L. Omorokow: Zur Frage über den Ursprung der Indicanurie bei Geisteskrankheiten. (Nr. 9).

Schlussfolgerungen: 1) Indoxyl ist ein häufiger Begleiter der Geisteskrankheiten, besonders bei der manisch-depressiven Psychose. 2) In einigen Fällen von manisch-depressiver Psychose hängt das Auftreten von Indoxyl im Harn nicht vom Darmcanal ab — «Gewebs»-Indoxyl. 3) Grosse Quantitäten des «Gewebs»-Indoxyls begleiten eine Herabsetzung der Oxydationsprocesse im Organismus, worüber man nach den Robinschen Coefficienten urteilen kann. 4) Es existiert keine ursächliche Abhängigkeit zwischen Indoxyl und Psychose, sondern vielleicht ein Parallelismus. 5) Die Stoffwechselstörung bei Psychosen führt zur Bildung auch solcher intermediärer Stoffwechselprodukte, welche auf das Centralnervensystem toxisch wirkend, aller Wahrscheinlichkeit nach, die Bildung des Indoxyls im Organismus hervorrufen können.

J. Ostrowski: Atypische Bulimie in Verbindung mit der Frage über die Physiologie und Pathologie des Hungers (Nr. 10).

Eine Krankengeschichte mit sehr breitem physiopathologischem Commentar. Schlussfolgerungen: 1) Die Krankheit des Patienten charakterisiert sich als cerebrospinale Neurasthenie mit hypochondrischer Färbung. 2) Das geläufige Krankheitsbild complicierte sich mit der Bildung der Zwangsidee über die Möglichkeit, die Schmerzen in Kopf, Brust, Extremitäten durch häufige und bisweilen voluminöse Mahlzeiten zu vertreiben; dabei wurden alle diese Erscheinungen begleitet von einem deutlich zu Bewusstsein kommenden sehr intensiven Hungergefühl, wogegen die Summe der Erscheinungen, durch welche der Begriff des Appetites charakterisiert wird, fehlte. 3) Das Entstehen solcher Empfindungen von starkem Hunger im vorliegenden Falle, wie auch in ihm ähnlichen Fällen kann bei normalen physiologischen Bedingungen nicht durch die Verarmung des Blutes an Nahrungsstoffen erklärt werden, als durch ein Moment, welches den bedingungsweise vorausgesetzten Hirnrindenbezirk, wo man das «Centrum des Hungers» localisieren könnte, in einen Erregungszustand versetzt. In diesen Fällen muss man eine primäre, sozusagen «psychische» Reizung dieses «Centrums» annehmen, in Abhängigkeit sowohl von allgemeinen Ursachen, welche den gegebenen Krankheitszustand bedingen, als auch von jenen Veränderungen, welche dem zu Grunde liegenden klinischen Bilde eigentümlich sind.

W. Bechterew: Ueber die maniakalisch-melancholische Psychose. (Nr. 11).

Gestützt auf die in der Literatur bereits vorliegenden Stoffwechseluntersuchungen beim manisch-depressiven Irresein anerkennt Verf. für beide Stadien, sowohl das manische, wie das melancholische eine dem Wesen nach identische Pathogenese, die in einer specifischen Autointoxication des Organismus besteht. Im manischen Stadium ist der Grad der Vergiftung geringer, als im melancholischen.

E. Kopystynski: Das 25-jährige Jubiläum der Kolonie Buraschewo. (Nr. 11).

Kurze historische Notizen und ebensolche Beschreibung der Jubelfeier. In diesem Zeitraum sind 25956 Kranke verpflegt worden, bei einem Kostenaufwand von 3478745 Rbl.

W. Andriewski: Gerichtlich-psychiatrische Expertisen. (Nr. 12).

I. Fall. Mord durch einen progressiven Paralytiker. Im Affect erschlägt ein bei der klinischen Untersuchung als zweifelloser Paralytiker erkrankter Bauer eine Frau, die ihn an der Flucht vor erneuter Internierung hindern wollte. II. Fall: Mord, psychische Epilepsie. Eine Bäuerin erschlägt ihren schlafenden Mann, weil es ihr schien, er würde sie in dieser Nacht töten. Nach vollbrachter Tat weckt sie ruhig und kaltblütig ihre Kinder und schickt sie zu den Nachbarn um Hilfe für den «kranken» Vater. In der Irrenanstalt wurden im Laufe von 9 Monaten noch 7 Anfälle beobachtet, welche von einigen Stunden bis zu 13 Tagen dauerten. Die Anfälle charakterisierten sich als eine Combination von epileptischem Wahn und Stupor (im Sinne Kraepelins): einerseits starke motorische Erregtheit, Angstaffect, Sinnestäuschungen drohenden Charakters, Bewusstseinstrübung mit folgender totaler oder partieller Amnesie; andererseits Stumpfheit, Schlaffheit, schlafähnlicher Zustand, katatonische Erscheinungen, religiös-ekstatische Stimmung. Pat. starb an Inanition infolge unstillbarer Durchfälle.

A. Schtscherbak: Zur Frage über die Darm- und Harnblasenkrisen psychischen Ursprungs. (Nr. 12).

Krankengeschichte einer 56-jährigen Frau mit einigen hysterischen Merkmalen, leidet seit 3 Jahren an heftigem und häufigem Stuhldrang, begleitet von Schmerzen im Rectum und bisweilen von flüssigem Stuhle; zeitweise tritt ebensolcher häufiger Harndrang mit quälenden Schmerzen in der Blasengegend auf. Diese Erscheinungen plagten die Pat. nur zu Hause, auswärts niemals. Ueber ihre Entstehung konnte keine Auskunft erlangt werden. Tabes und jegliche organische Krankheit war auszuschliessen. Die Eigentümlichkeiten des Falles liegen darin, dass das Element der Angst vor der Umgebung fehlt, und dass locale Schmerzen sich hinzugesellten, weshalb Verf. auch den genaueren Symptomencomplex als Krise bezeichnet. 6-malige Arsonvalisation als indirecte Suggestion führte völlige Heilung herbei. Eine vorher ausgeführte Operation (man vermutete, dass ein Uterusfibrom, welches die Pat. gar nicht belästigte, auf reflectorischem Wege die quälenden Erscheinungen verursache) hatte den Zustand nur verschlimmert.

S. Ljass: Ein Fall von Sklerodermie. (Nr. 12).

Krankengeschichte einer 51-jährigen Frau. Hautatrophie im Gesicht, an den Handgelenken, Phalangen, teilweise an den Unterarmen und an den Unterschenkeln. Hemiatrophie des Gesichtes, besonders rechts. 5 Jahre lang bestanden an den Fingern Erscheinungen einer deutlichen localen Atrophie (Raynaud). Schleimhautatrophie an den Lippen und der Zunge. Intensive dunkelbraune Färbung der Haut, besonders an Bauch und Rücken (Addison?). Pat. hat in der Kindheit Lues gehabt, später eitrige Genitalentzündung, Rheumatismus, hat durch ihren trunksüchtigen Mann viel Aufregungen gehabt. Längere Zeit Trigeminusneuralgie.

Michelson.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 17 St. Petersburg, den 24. April (7. Mai) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Aus der I. chirurgischen Abt. des I. Stadtkrankenhauses zu Riga. (Chefarzt: Dr. med. A. v. Bergmann).

Zwei Fälle von Tetanus im Anschluss an Verbrennungen.

Von

Dr. Friedrich Michelsson.

In seiner ersten Arbeit zur Tetanusfrage bezeichnet Suter Tetanuserkrankungen nach Brandwunden als grösste Seltenheit, obwohl die Verbrennung eine der häufigsten Verletzungen sei.

In der Tat ist es mir auch nicht gelungen, in der chirurgischen Literatur der letzten 10 Jahre, die ich daraufhin durchgesehen habe, noch einen weiteren Fall ausser dem Suterschen zu finden.

Es dürfte daher die Veröffentlichung zweier Tetanusinfectionen im Anschluss an Verbrennungen, die wir im Sommer 1909 hier an unserer Abteilung zu beobachten Gelegenheit hatten, von Interesse sein, umso mehr als Tetanuserkankungen bei uns überhaupt zu den Seltenheiten gehören.

Ueber den Verlauf der Erkrankungen geben die Krankengeschichten am besten einen Ueberblick, ich lasse sie daher zunächst folgen.

5880. Alwine M. 19 a. n. Dienstmagd. 13. VI—18. VIII. 1909. Combustio. Tetanus.

Pat. hat sich am 6. VI. bei einer Explosion einer Spiritusflasche Brandwunden im Gesicht, an den Armen und dem Thorax zugezogen. Ist bisher zu Hause behandelt worden.

Status. Mittelgrosses, kräftig gebautes, gut genährtes junges Mädchen. Temp. 38, 2. P. 90, befriedigender Qualität. Verbrennungen III. Grades des ganzen Gesichts, beider Ohren, des Inneren der Nase, der Beugeseite des rechten Oberarmes, der rechten Achselhöhle, der rechten Seite des Thorax, der rechten Mamma, der Volarflächen beider Hände und Vorderarme.

Die Haut ist überall nekrotisch, hat sich stellenweise bereits abgestossen, und es bestehen grosse, eiternde Wundflächen. Pyocyaneus.

Pat. wird über einen Tag gebadet und mit Salicylpasta verbunden. Die Reinigung und Heilung der Wunden schreitet gut vorwärts. Allgemeinbefinden und Appetit sehr gut. Temp. zwischen 37 und 37,5.

Am 25. VI klagt Pat. darüber, dass sie den Mund nicht öffnen könne, der Mund kann nur 1 cm. weit geöffnet werden. Beim Versuch, die Oeffnung mit dem Kiefersperrer zu forcieren, treten tetanische Zuckungen im Gesicht auf, und die Masseteren contrahieren sich bretthart. Tetanusantitoxin Hoechst 20,0 = 100 A. E. Chloralhydrat 3,0 2 mal tgl.

27. VI. Trismus unverändert. Nackensteifigkeit und Schmerzen im Nacken. In der Nacht sollen Krämpfe in den Armen und dem Kiefer aufgetreten sein. Pat. hat sich die Zunge gebissen.

Am Tage keine Krämpfe.

29. VI. Status unverändert. Keine Krämpfe mehr beobachtet worden. Kein Opisthotonus. Lumbalpunction. Liquor steht unter mässigem Druck, ist völlig klar. Es werden ca. 20 ccm. abgelassen.

30. VI. Pat. fühlt sich nach der Punction bedeutend wohler, Nackensteifigkeit geschwunden. Zuckungen sollen nicht mehr aufgetreten sein. Trismus unverändert.

2. VII. Trismus lässt nach. Das Gesicht hat noch den charakteristischen starren Ausdruck.

Diese Symptome schwinden jetzt auch langsam, am 6. VII. steht Pat. auf. Nach weiteren 14 Tagen kann der Mund normal weit geöffnet werden, die Beeinträchtigung der Mimik hält aber noch bis Mitte August an. Am 18. VIII geheilt entlassen.

6145. Iwan W. 24 a. n. Maschinist. 20. VI—10. VII 1909. †. Combustio. Tetanus.

Pat. ist vor ca. 1 Stunde bei einer Kesselexplosion verbrüht worden.

Status. Kräftig gebauter, befriedigend genährter Mann. Sensorium frei. Temp. 37,4, P. 110, befriedigender Qualität. Verbrennungen I. und II. Grades des Gesichts und Kopfes und der vorderen Halspartien. Verbrennungen III. Grades der Brust, des Rückens, der seitlichen Thoraxpartien, des Gesässes und der Hände und Vorderarme. Im Harn Spuren von Eiweiss.

Pat. wird täglich gebadet und mit Salicylpasta verbunden. Die Heilung schreitet gut vorwärts. Allgemeinbefinden, Appetit und Schlaf gut. Decubitus in der Glutäalgegend. Temp. zwischen 38 und 39. P. 100.

7. VII. Wunden rein, die Epithelisierung schreitet von den Rändern und einigen centralen Epithelinseln her rasch vorwärts. Seit gestern Abend klagt Pat. über Schluckbeschwerden, Nackensteifigkeit, kann den Mund nicht gut öffnen.

8. VII. Starker Trismus Opisthotonus. Risus sardonicus. Allgemeine Muskelstarre. Schweisse. In der Nacht mehrere Krampfanfälle. 6,0 Chloralhydrat per Klysma.

Unter an Häufigkeit und Schwere zunehmenden Krämpfen in der Nacht auf den 10. VII Exitus letalis.

Dass es sich hier in beiden Fällen wirklich um traumatischen Tetanus gehandelt hat, kann wohl keiner Frage unterliegen, obgleich in beiden Fällen die bakteriologische Bestätigung aussteht.

Ueber den Modus der Infection und ihren Zeitpunkt lassen sich keine Anhaltspunkte finden. Im ersten Fall ist eine Infection vor der Einlieferung ins Krankenhaus gewiss möglich, da die Patientin eine Woche lang zu Hause behandelt worden war. Auch der zweite Patient wurde mit einem Notverbande eingeliefert, so dass auch hier die Möglichkeit einer Infection ausserhalb des Krankenhauses nicht völlig von der Hand gewiesen werden kann. Wahrscheinlicher erscheint aber doch in beiden Fällen die Annahme, dass die Infection erst im Krankenhause erfolgte. Dass die Infection von einem Pat. auf den anderen übertragen worden ist, ist allerdings ausgeschlossen, da die beiden Kranken in völlig getrennten Gebäuden untergebracht waren und von verschiedenem ärztlichen und Pflegepersonal versorgt wurden. Ich will den Umstand, dass in diesem Sommer auf dem Terrain des Krankenhauses grössere Bauten ausgeführt wurden, nicht unerwähnt lassen, da dieses Moment für das Zustandekommen von Tetanusinfectionen in letzter Zeit wieder von Zacharias besonders betont worden ist, muss dabei aber doch darauf hinweisen, dass wir bei einer baulichen Erweiterung der Operationsbaracke vor 2 Jahren, wo wir teilweise nur durch Bretterverschläge vom Bauterrain getrennt operieren mussten, keinen einzigen Fall von Tetanus zu beobachten hatten, obgleich die Infectionsbedingungen damals viel günstiger waren. Es scheint mir daher doch recht fraglich, ob durch diesen Umstand die Infection in diesen beiden Fällen erklärt werden kann, allerdings sehe ich mich auch ausser Stande, eine andere, plausiblere Erklärung zu finden. Was den Charakter der Infection anbetrifft, so war er im ersten Fall ein sehr milder, während im zweiten Fall die Erscheinungen sich rasch zu den schwersten Formen steigerten, dem entsprechend ging der erste Fall auch in Heilung über, während der zweite der Infection erlag. Dass im ersten Fall auch eine Antitoxininjection gemacht worden war, kommt hierbei meiner Ansicht nach nicht in Betracht. Es ist hier natürlich nicht der Ort, sich weiter im Anschluss an diese beiden Fälle über die Therapie des Tetanus zu verbreiten; ich möchte mir aber doch einige Bemerkungen zur Antitoxinbehandlung des Tetanus erlauben.

Ueber den Wert der Injectionstherapie bei bereits ausgebrochenem Tetanus sind wohl die meisten Chirurgen in ihrem ablehnenden Urteil einig (E. v. Bergmann, Kocher, Körte, Krönlein, Lexer, Lotheissen, Luckett, Mandry, Riedel, Stoney, Trendelenburg, Vallas, v. Wreden, Zoege v. Manteuffel u. a.).

Die acut einsetzenden Fälle mit progredientem Charakter zeigten eine hohe Mortalität, die sich durch die Therapie nicht beeinflussen liess, während die chronischen Fälle auch bei rein symptomatischer Behandlung eine relativ günstige Prognose ergaben.

Wenn man v. Behring auch darin wird Recht geben müssen, dass es nicht angängig ist, alle Fälle mit chronischem Verlauf bei der Bewertung der Antitoxinbehandlung auszuschliessen, so muss doch andererseits, wenn man von einer Antitoxinwirkung sprechen will, gefordert werden, dass die Fälle, die zu ihren Gunsten angeführt werden, einen acuten Beginn zeigten, der nach der Injection in einen chronischen Verlauf überging. Dieses Postulat ergibt sich direct aus der von v. Behring selbst gegebenen Charakteristik der Wirkungsweise des Serums, das nach seinen Worten den progredienten Verlauf der Krankheit allmählich retardiert, ihn dann zum Stillstand bringt und ganz allmählich erst einen Rückgang der Krankheitssymptome hervorruft. Fahndet man aber in der Literatur nach Belegen dafür, dass unter der Wirkung des Serums „ein schwerer Fall in einen leichten Fall verwandelt wird, ein anfänglich acut verlaufender Fall chronisch wird", so ist die Ausbeute so gering, dass die dabei gewonnenen Zahlen zu keinerlei Schlussfolgerungen zu Gunsten der Serumtherapie berechtigen, um so mehr als in den casuistischen Beiträgen zu dieser Frage meist nur über günstig verlaufene Fälle berichtet wird, während trotz Serumbehandlung letal endende Fälle aus begreiflichen Gründen nur selten publiciert werden; so erwähnte z. B. Krönlein auf dem 35. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, dass es ihm nicht gelungen sei, einen seiner Assistenten dazu zu bewegen, die an der Züricher Klinik beobachteten Fälle von Tetanus zu publicieren, da sich nach Ansicht der betreffenden Aerzte in keinem Fall eine Wirkung des Serums feststellen liess. Das Bild, zu dem man auf Grund des Studiums der einschlägigen Literatur kommt, ist also ein viel günstigeres als tatsächlich die Verhältnisse liegen; daher können auch statistische Zusammenstellungen auf Grund literarischer Angaben, wie z. B. die von Kentzler, nur relativen Wert beanspruchen. Bei einer Gegenüberstellung der mit und ohne Serum behandelten Fälle, die Kentzler zum Schluss seiner Arbeit gibt, ergibt sich allerdings ein bedeutendes Plus an Heilungen zu Gunsten der mit Serum behandelten Fälle; da aber in dieser Zusammenstellung die einzelnen Fälle nicht näher beleuchtet sind, sondern Kentzler nur eine Gruppierung nach der Incubationszeit vorgenommen hat, so werden seine Ergebnisse wohl nicht die Erfahrungen fast aller anderen Autoren umstossen können. Es ist schon von Lambert darauf hingewiesen worden, dass die scheinbare Incubationszeit nicht als alleiniges Kriterium für die Schwere einer Tetanuserkrankung aufgestellt werden kann, da die Infection mit Tetanus mit der Verletzung nicht zeitlich zusammenzufallen braucht und andererseits bei bereits bestehender localer Infection erst später eine Generalisation derselben eintreten kann.

Es ist daher zweckmässiger, die Fälle nach ihrem Einsetzen und Verlauf in acute und chronische einzuteilen. Die acuten Fälle dieser Einteilung werden ja meistens, aber bei weitem nicht immer eine kurze Incubationszeit zeigen, in der Literatur finden sich eine ganze Reihe von Fällen, die nach scheinbar kurzer Incubationszeit einen sehr milden chronischen Verlauf zeigten, und umgekehrt. In seiner Arbeit gibt Lambert ebenfalls eine Zusammenstellung einer Anzahl mit Serum behandelter Fälle, wobei die von ihm berechnete Mortalität bei den acuten Fällen 71,77 %, bei den chronischen 15,94 % betrug. Diese Zahlen stimmen mit den Erfahrungen anderer Chirurgen überein und nähern sich sehr der von Kentzler für die nicht mit Serum behandelten Fälle berechneten Mortalität. Als vielleicht bester Beweis für die Unzulänglichkeit der Serumbehandlung muss aber der Umstand angesehen werden, dass immer neue Applicationsarten für das Antitoxin empfohlen werden, allerdings lässt der Erfolg auch hier noch auf sich warten. Wenn die Serumbehandlung des Tetanus bisher noch nicht verlassen worden ist, so findet das wohl seine Erklärung darin, dass sie vom theoretischen Standpunkt sehr plausibel erscheint und wir sonst kein zuverlässiges Mittel im Kampfe gegen diese Erkrankung haben. Mit Vorliebe wird von den Verfechtern der Tetanusantitoxinbehandlung auf die Erfolge hingewiesen, die die Serumbehandlung bei Diphtherie aufzuweisen hat. Hierbei wird aber ganz ausser Acht gelassen, dass die Verhältnisse bei beiden Krankheiten wesentlich anders liegen, nicht nur was die Angriffsstellen des Toxins anbetrifft. Es ist schon von Ehrlich festgestellt worden, dass das Diphtherieantitoxin eine starke chemische Wahlverwandtschaft zum Toxin

zeigt, während beim Tetanusantitoxin auch in vitro die Avidität dem Toxin gegenüber nur eine geringe ist. Dagegen wird das Tetanustoxin, nach den Untersuchungen von Wassermann und Takaki, Knorr, Milchner u. a. vom Nervensystem sehr fest gebunden, und zwar ist die chemische Affinität der Hirnsubstanz zum Tetanustoxin eine so grosse, dass 1 ccm. Hirnemulsion bis zu 10 tötliche Dosen neutralisieren kann. Schwächer erwies sich in dieser Beziehung die Wirkung des Rückenmarks, aber auch hier konnte 1 ccm. dieser Emulsion die dreifache tötliche Dosis unschädlich machen. Dass diese Bindung des Tetanustoxins durch die lipoiden Körper der Nervensubstanz (Landsteiner und Botteri) schon sehr bald nach der Infection erfolgt, geht aus den Versuchen Ransoms hervor, der Tauben tötliche Dosen Tetanustoxin injicierte. Als er nun die einzelnen Organe der Tiere auf ihren Giftgehalt prüfte, fand er überall beträchtliche Giftmengen, nur im Centralnervensystem liess es sich nicht mehr nachweisen. Dass es sich hierbei tatsächlich um eine chemische Bindung des Toxins handelt, erhellt daraus, dass das Centralnervensystem inficierter Tiere seine normale giftfixierende Kraft einbüsst. Diese experimentellen Untersuchungen zeigen also, dass das Toxin beim Ausbruch des Tetanus schon fast an das Centralnervensystem gebunden ist, und wenig Aussicht vorhanden ist, dass eine jetzt einsetzende Antitoxinbehandlung bei der geringen Avidität des Antitoxins diese Verbindungen wieder zu lösen imstande wäre, bevor irreparable Läsionen des Centralnervensystems eintreten. Vom theoretischen Standpunkt aus sind also die Erwartungen, die man an die Injectionstherapie des Tetanus knüpfen könnte, nur sehr gering; das gilt nicht nur von der subcutanen, sondern auch von den anderen Applicationsarten. Vor den intravenösen Antitoxininjectionen hat v. Behring selbst gewarnt, da nach seinen Untersuchungen manche Sera bei intravenöser Injection toxisch wirken. Die von Roux empfohlene intrakranielle Injection ist jetzt wohl ebenfalls ganz verlassen, da ihr therapeutischer Erfolg im besten Fall minimal ist, und in keinem Verhältnis zur Gefährlichkeit dieser Methode steht, da nicht selten schwere Läsionen dabei gesetzt worden sind.

Am meisten Verfechter findet noch neben der subcutanen die endoneurale und die lumbale Injection des Serums. Die endoneurale Injection gründet sich auf die von Meyer und Ransom vertretene Ansicht, dass das Tetanustoxin nur auf dem Wege der motorischen Nerven zum Centralnervensystem gelangt, und hat die Aufgabe durch ein centralwärts errichtetes Antitoxindepot dem aufsteigenden Gifte den Weg zu verlegen. Wie aber die Erfahrung lehrt, kommt man auch hierbei in der Regel zu spät, ganz abgesehen davon, dass die hier eben geschilderte Verbreitung des Toxins im Organismus keineswegs als bewiesen angesehen werden kann. (Fricker).

Was die subdurale Injection in den Wirbelcanal betrifft, die in einigen Fällen von Erfolg begleitet gewesen zu sein scheint (Hoffmann, Henls), so hat schon Mandry die Frage aufgeworfen, wieviel hierbei dem Antitoxin und wieviel der blossen Lumbalpunction zuzuschreiben sei.

Ich konnte in meinem ersten Fall bei einer zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Lumbalpunction ebenfalls eine auffallende bleibende Besserung der Symptome constatieren und Deutschländer berichtet über einen Fall von sehr schwerem Tetanus, der durch wiederholte Punction zur Heilung gebracht wurde. Natürlich können diese Beobachtungen nicht als Beweise in dieser Hinsicht gelten, sie ermuntern aber doch zu weiteren Versuchen in dieser Richtung. In meinem Fall könnte man ja die Besserung im Zustande mit einigem guten Willen vielleicht auch als Antitoxinwirkung deuten, da die Patientin einige Tage vorher eine Injection erhalten hatte; dem gegenüber muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Rückbildung der Symptome gleich nach der Lumbalpunction eintrat, während die Seruminjection von einer Verschlimmerung des Zustandes gefolgt war, so dass man diesen Fall mit demselben Recht und mit ebenso wenig Begründung auch zu Ungunsten der Serumtherapie deuten könnte, da man hierin einen Beleg für die Beobachtungen von Zoege v. Manteuffel und Urban, dass die Tetanussymptome dazwischen durch die Injectionen gesteigert werden, sehen könnte.

Schliesslich sei hier noch die bereits von Tizzoni und v. Behring empfohlene locale Application des Serums erwähnt, für die neuerdings Suter wieder eingetreten ist, allerdings in Combination mit subcutanen und subduralen Injectionen. Dass diese Applicationsart bei manifestem Tetanus von Erfolg sein könnte, erscheint wohl ausgeschlossen, da nach den Untersuchungen von Schimmelbusch, Hutschings u. a. selbst die Amputation gleich nach dem ersten Auftreten von Tetanussymptomen das Fortschreiten der Krankheit nicht beeinflussen kann. Bei der Tetanusprophylaxe lässt sich der Wert der localen Serumapplication aber wohl nicht von der Hand weisen, wenn zur Zeit auch noch grössere Versuchsreihen ausstehen. Bei der Kostspieligkeit dieser Behandlungsmethode wird sie aber kaum Fuss fassen können, umso mehr als in der Prophylaxe des Tetanus die subcutane Seruminjection durchaus befriedigt und der localen Behandlung mit trockenem Antitoxin sogar überlegen zu sein scheint. Von einigen Chirurgen, wie z. B. Delbet, Körte, Küttner, Reclus, Reynier, Zöege v. Manteuffel ist selbst der prophylactische Wert der Serumtherapie angezweifelt worden, da es in einigen Fällen trotz prophylactischer Seruminjection zum Ausbruch des Tetanus gekommen ist. Suter und Lotheissen haben aus der Literatur 23 Fälle zusammengestellt, mittlerweile sind noch 4 weitere derartige Fälle veröffentlicht worden (Terrier et Mercadé und Vennat et Michelare), so dass es insgesamt 27 Fälle sind, von denen 10 der Infection erlagen, während in den übrigen Fällen der Tetanus fast durchweg einen abortiven Charakter zeigte, so dass sie eher zu Gunsten der Antitoxininjection zu sprechen scheinen. Aber auch die letal verlaufenen Fälle können nicht als Beweis für die Wertlosigkeit der prophylactischen Injectionen dienen, da, ganz abgesehen davon, dass in mehreren von diesen Fällen sich Unzulänglichkeiten in der gewählten Dosis oder Technik nachweisen lassen, ihnen eine grosse Reihe von Erfolgen gegenüber steht. Beweisend in dieser Beziehung sind besonders die Erfahrungen bei Hausendemien von Tetanus (Kraus, Jerie u. a.), die mit der Anwendung von Präventivinjectionen schwanden, um wieder aufzuflackern, sobald die Injectionen unterlassen worden waren. Suter erwähnt auch, dass in Amerika der „Forth-of-Iuly- Tetanus", der eine Mortalität von 95 pCt. aufwies und dem allein im Jahre 1903 406 Menschenleben zum Opfer fielen, seit der systematischen prophylactischen Serumanwendung fast ganz geschwunden ist. Diese Zahlen sprechen eine so beredte Sprache, dass ihnen gegenüber die vereinzelten Fälle von Misserfolgen nicht ins Gewicht fallen können. Bei einer Discussion dieser Frage auf dem französischen Chirurgencongress (1902) und dem Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1906) sprachen sich fast alle Redner aufs wärmste für die prophylactische Seruminjection aus. (Bazy, Braun, Friedrich, Guinard, Hecker, Kocher, Lucas-Championnière, Mannoury, Pochhammer, Reboul, Riedel, Schwartz, Vallas, Villar).

Nur von Körte und Zoege v. Manteuffel wurde die Frage aufgeworfen, ob mit derartigen Injectionen nicht vielleicht auch Schaden angerichtet werden

könnte. Da sie beide Gegner der prophylactischen Injection sind [1]), so konnten sie keine diesbezüglichen Beobachtungen anführen. Diese Frage ist aber in der Literatur mehrfach berührt worden, es sind aber ausser gelegentlichen Temperatursteigerungen und Exanthemen keinerlei üble Folgen berichtet worden; ich möchte mir daher erlauben, hier 2 Beobachtungen aus unserer Abteilung, allerdings mit allem Vorbehalt anzuführen. Im ersten Fall entwickelte sich bei einem Pat. am nächsten Tage nach Injection von 20 A-E. Höchst ein nur wenige Stunden anhaltender Trismus und bei einer Frau, die prophylactisch 100 A-E. Höchst erhalten hatte, traten dysphagische Beschwerden auf, die mehrere Tage lang anhielten; sonst waren bei beiden Pat. keinerlei tetanische Symptome zur Beobachtung gekommen.

Die Entscheidung, wie man diese Erscheinungen deuten soll, ist natürlich sehr schwer, aber selbst wenn man sie nicht als abortive Tetanusfälle, sondern als Toxinschädigungen ansehen will, so stehen sie doch in keinem Verhältnis zur Gefahr, der man die Patienten möglicherweise bei Unterlassung der Injection aussetzt, als dass sie diese Unterlassung rechtfertigen könnten.

Wenn zur Zeit von der Serumtherapie des Tetanus kaum ein Erfolg zu erwarten ist, so muss doch die Tetanusprophylaxe als Domäne der Antitoxinbehandlung bezeichnet werden. Diese Erkenntnis muss es daher jedem Arzt zur Pflicht machen, bei einer jeden Verletzung, die den Verdacht auf eine Infection mit Tetanus aufkommen lässt, unverzüglich eine prophylactische Antitoxininjection von 20 ccm. vorzunehmen, da wir nur vor Ausbruch der Krankheit die Möglichkeit haben, durch das Antitoxin die Infection wirksam zu bekämpfen.

Ueber ein neues urologisches Instrumentarium vereinfachter Construction *).

Von

Dr. med. S. M. Gorodischtsch.

Specialarzt für Urologie — St. Petersburg.

In der gegenwärtigen Zeit, wo dank den Erfolgen der Cystoskopie sich die moderne Blasen- und Nierenchirurgie entwickeln konnte, und die Urologie, dieser noch jugendliche Zweig der Chirurgie eine hohe Blüte erreichte, sehen wir ein stets wachsendes Interesse der Aerzte, die Technik der urologischen Untersuchungen kennen zu lernen. Es ist klar, dass die Verbreitung der praktischen Kenntnisse in der Urologie eng zusammenhängt mit den technischen Vorbereitungen zur Ausführung dieser Untersuchungen, die ausser Gewohnheit und Uebung noch ein passendes Instrumentarium erfordern. Jeder von uns, der auf diesem Gebiete zu tun hat, besitzt unter seinen urologischen Instrumenten eine ganze Anzahl, die teilweise ja nützlich, andererseits aber ganz unnötig sind, oder doch ebenso leicht und mit weit grösserem Erfolge einfachen und dazu billigeren Instrumenten Platz machen könnten. Im Laufe der letzten Jahre verfolgte ich aufmerksam die Entwicklung der cystoskopischen Technik und interessierte mich ebenso lebhaft für die diesbezüglichen Neuheiten in der Urologie. Auf Grund meiner eigenen Erfahrungen, sowie des lebhaften mündlichen und schriftlichen Meinungaustausches mit den besten Constructeuren dieser Branche bin ich zur festen Ueberzeugung gelangt, dass meine oben erwähnten Ansichten vollständig zutreffend sind und wir in vielen Fällen einfachere, mehr zugängliche und billigere Instrumente anwenden können, ohne auch nur im Geringsten der Qualität derselben Abbruch zu tun. Ebenso bin ich der Ansicht, dass ein solches Inventar vereinfachter Construction auch denjenigen Herren Collegen nicht unwillkommen sein dürfte, die eigens zur Specialisierung und Vervollständigung ihrer Kenntnisse aus der Provinz in die wissenschaftliche Metropole kommen. Namentlich halte ich es auch für angebracht, gerade dort, wo ich in kurzem die Ehre haben werde, die nach meinen Angaben hergestellten Instrumente zu demonstrieren, diejenigen Herren Collegen mit ihrer Construction bekannt zu machen, die gleichzeitig Vorlesungen über Urologie hören. Ich gebe mich der angenehmen Hoffnung hin, dass meine Vorführungen für sie nicht ohne Interesse sein werden.

I. Ein neuer Mikro-Transformator für Endoskopie.

Bekanntlich bezeichnet man im allgemeinen mit „Transformatoren" Anschlussapparate für Wechselstrom und Drehstrom, die zur Umwandlung elektrischer Energie in Energie anderer Spannung dienen. Für die Endoskopie braucht man nun einen solchen Transformator, der imstande ist, die elektrische Spannung in den Grenzen von 2—12 Volt zu halten, bei einer entsprechenden Stromstärke, genügend zur Beleuchtung der endoskopischen Instrumente. Die Stromstärke der Glühlampen für endoskopische Instrumente beträgt ungefähr 0,2 bis 1, ja 1,5 Ampère, wobei diese bei entsprechender Spannung in den sogenannten „kalten" Lampen ein Minimum erreicht. Ausserdem muss man bei der Construction des Transformators nicht vergessen, die „Periodenzahl" des Stromes zu berücksichtigen. Darunter versteht man die Schwankungen des aus dem Hauptstrom hervorgegangenen Wechselstromes, bei bekannter Geschwindigkeit, abhängig von der Zahl der elektromagnetischen Pole des Generators (Polzahl) und der Umdrehungszahl des Letzteren.

Im allgemeinen nimmt man die Periodenzahl auf den Centralstationen 50 in der Secunde, d. h. 3000 in der Minute an, was einer Polveränderung von 6000 in einer Minute entspricht. Wie aus diesen Ausführungen hervorgeht, besteht die Hauptaufgabe eines Transformators für elektro-medicinische Zwecke und Endoskopie darin, die Spannung des Centralstroms zu vermindern. Dies wird am einfachsten erreicht, indem man Draht verschiedener Länge und Dicke auf eng nebeneinanderliegende Spulen wickelt, wodurch einerseits der Strom von hoher Spannung in einen solchen niederer umgewandelt werden kann, andererseits aber die Stärke des Stromes nicht verändert, ja sogar erhöht wird, d. h. der sogenannte „elektrische Effect" beinahe der gleiche bleibt.

Die Construction des Transformators. Der wesentliche Bestandteil des Transformators besteht nun eben in dieser Spule, die zur Verminderung der Spannung des elektrischen Stromes dient. Im Princip ist sie ebenso hergestellt wie beim gewöhnlichen Inductionsapparat. Auf einem dicken eisernen Zapfen, der aus vielen isolierten Blechstücken besteht, ist die primäre Wicklung angebracht, die im Zusammenhang mit dem Hauptstrom von hoher Spannung steht. Auf diese primäre Spule aus dünnem, vielfachumwickeltem Draht legt man eine zweite, die „secundäre", bestehend aus einer entsprechend kleineren Anzahl Wicklungen etwas dickeren Drahtes. Eben diese zweite Wicklung ruft diesen Strom niederer Spannung hervor, die abhängig ist von dem Verhältnis der Wicklungszahl der ersten Spule

[1]) Nach einer Arbeit von M. Busch zu urteilen, scheint Körte übrigens seinen Standpunkt geändert zu haben.

*) Vorgetragen in der Russischen Urologischen Gesellschaft am 18. November 1909.

zur zweiten, und diesen Strom verwendet man nun für Zwecke der Endoskopie.

Die Regulierung des aus der secundären isolierten Spule hervorgerufenen Stromes erfolgt wie bei den gewöhnlichen Transformatoren vermittelst eines Schieber-Rheostaten. Bei der Construction des von mir vorgelegten Mikro-Transformators, dessen Hauptaufgabe, wie schon erwähnt, im Speisen von Lampen kleiner Spannung besteht, sind von vornherein folgende grundlegende Gesichtspunkte massgebend gewesen:

1. Vor allem muss der Transformator zwei von einander unabhängige, gut isolierte Drahtumwicklungen besitzen. Die erste für den Anschluss an die Centralleitung (110 oder 220 Volt), die zweite mit niedriger Spannung, bis 12 Volt für die Speisung der endoskopischen Lampen. Dank dieser Construction ist jeder Erdanschluss für den Transformator ausgeschlossen, da der transformierte „nützliche" Strom keine metallischen Verbindungen besitzt mit der ihn speisenden Centralleitung von hoher Spannung.

2. Die primär Umwicklung A (Fig. 1) muss so berechnet sein, dass sie leicht einen Kurzschluss der secundären B vertragen kann, ohne sich bis zu einer höheren Temperatur zu erwärmen als es den Forderungen der Elektrotechnik für Transformatoren entspricht. (Das zulässige Maximum ist $t^0 = 80^0$ C.).

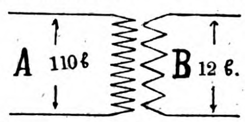


Fig. 1.

3. Die Spannung in der secundären Spule darf unter keinen Umständen das vorher festgelegte Mass überschreiten.

4. Es ist notwendig, dass der Preis des Transformators für Endoskopie allgemein zugänglich ist und leicht mit den im Auslande hergestellten Fabrikaten concurrieren kann.

Dieser von mir vorgeführte Mikro-Transformator (siehe Figur 2) wird nach meinen Angaben von der Firma „Veritas" in St. Petersburg angefertigt [1]) und entspricht vollkommen den oben erwähnten Anforderungen. Ich benutze schon seit ungefähr einem Jahre für die Urethroskopie und Cystoskopie diesen praktischen und handlichen Apparat und kann nur bestätigen, dass er ein helles, gleichmässiges und weisses Licht gibt. Er functioniert immer tadellos, ohne Geräusch und ist ausserdem noch sehr billig (12 Rubel).

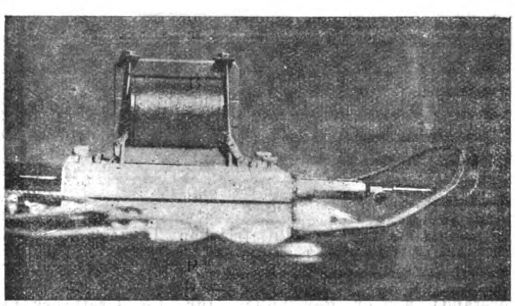


Fig: 2.

Zur Erprobung der Gebrauchsfähigkeit des beschriebenen Transformators für Beleuchtungszwecke von Glühlampen kleiner Spannung wurde er zuerst der Belastung einer Lampe von 3.5 Volt und $^1/_3$ normaler Kerzenstärke unterworfen. Es zeigte sich, dass nach Einschaltung der Lampe in die secundäre Wicklung während eines Zeitraumes von 10 Stunden die Temperatur der Wicklung dabei nur bis 47° C. stieg.

Die Benutzung des Mikro-Transformators ist eine sehr einfache. Er wird zuerst vermittelst 4 Schrauben die durch entsprechende Oeffnungen seiner Porzellanplatte gehen, an die Wand befestigt und dann durch einen Steckcontact an den Stöpsel der Centralleitung des Wechselstromes angeschlossen [1]). Ebenso leicht kann man aber auch den Apparat horizontal auf einen Tisch stellen.

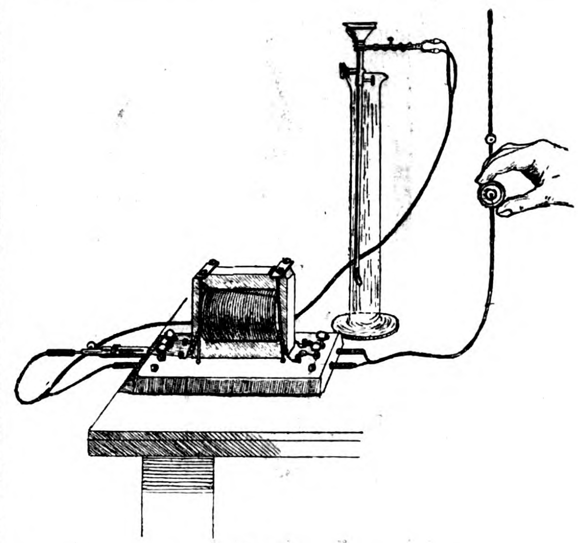


Fig. 3.

Der Anschluss an das Cystoskop oder ein anderes Beleuchtungsinstrument wird dann so hergestellt, dass man die entsprechenden Contacte in die Oeffnungen der Porzellanplatte am anderen Ende des Apparates stellt, der dort vermittelst Klemmen festgehalten wird. (Siehe Fig. 3). I. Es ist unbedingt notwendig, einen ausziehbaren „Vorschaltewiderstand" einzuschalten, wie er gewöhnlich für die Endoskopie benutzt wird, um einerseits den Strom zu regulieren, andererseits zu verhindern, dass die Lampen durchbrennen.

II. Ein Tisch für cystoskopische Untersuchungen.

Der Tisch hat eine Länge von 120 cm., eine Breite von 55 cm. und eine Höhe von 110 cm. Er besteht aus einem kleinen Sitz mit etwas längerer Lehne (35×85 cm). Auf seiner hinteren Seite befinden sich 2 angeschraubte metallische Zahnsegmente. Die Rückenlehne stützt sich nun auf den im Tischrahmen befestigten Querbalken und kann alle möglichen geneigten Lagen bis zur Senkrechten einnehmen (Fig. 4 u. 5).

Vor dem Sitz, im Tischrahmen, befindet sich ein herausschiebbarer Steg, der eine sehr praktische Stütze für die Ellbogen während der cystoskopischen Untersuchung darstellt. Zu Demonstrationszwecken, Photographieren etc. kann auch das Cystoskop in seiner Stellung festgehalten werden. Dies erreicht man durch Einschrauben eines metallischen Stativs von der

[1]) St. Petersburg, Gretscheskij Prospekt Nr. 17.

[1]) Mikro-Transformatoren werden in 2 Typen hergestellt. Für den Anschluss an die Hauptleitung des Wechselstromes mit einer Spannung von 110 Volt und für den Anschluss an die Centralleitung mit einer Spannung von 220 Volt.

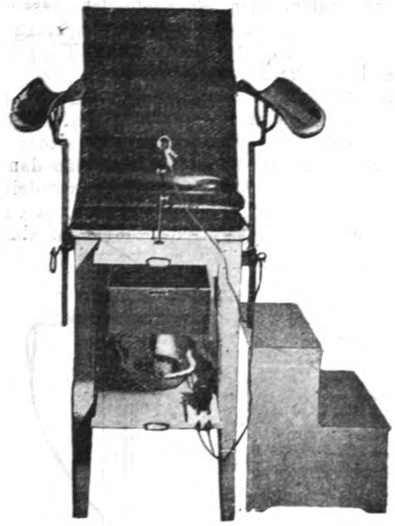


Fig. 4.

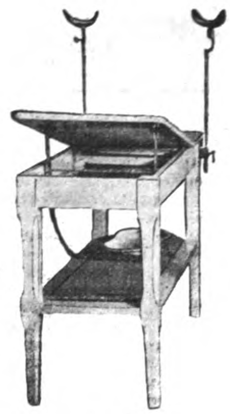


Fig. 5.

Form eines Zapfens mit einem Bügel in der Mitte des Steges, wobei es in beliebiger Höhe angeordnet werden kann (Fig. 6).

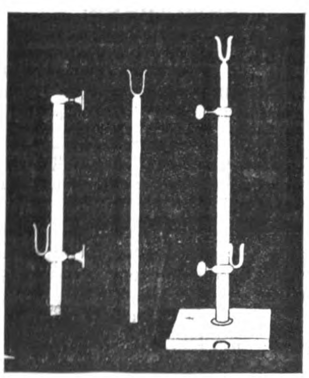


Fig. 6.

Unter dem Sitze liegt eine Schiene, mit deren Hilfe leicht ein verzinkter oder vernickelter Kasten für den Abfluss des Spülwassers herein und herausgeschoben werden kann. Ungefähr in der Mitte der Tischhöhe befindet sich noch ein verschiebbares unteres Brett für die Aufstellung von verschiedenem Material (Accumulatoren für Licht, Kaustik, Eimer etc.). An die vorderen Füsse des Tisches sind beiderseits besondere, vernickelte Beinhalter angeschraubt, die auch in beliebiger Stellung feztgehalten werden können. Statt der festen Beinhalter können auch abnehmbare verwendet werden, die dann an den Tischbeinen vorn durch Schraubstöcke gehalten werden [1]) (Fig. 7).

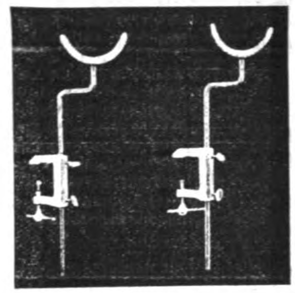


Fig. 7.

Der Tisch selbst, aus gefirnistem Holze, ist auf seinen beiden Teilen (Sitz und Lehne) mit einer Filzmatratze bedeckt und auf beiden Seiten mit wasserdichter Wachsleinwand überzogen.

III. Eine Taschenbatterie für Endoskopie.

Zum Schluss möchte ich mir noch gestatten, die Beschreibung einer kleinen Trockenbatterie beizufügen, die eine unwesentliche Veränderung der Batterie des Dr. A. N. Hagmann darstellt. Wie wohl allgemein bekannt, stellt diese eine Vereinigung von 4 Trockenbatterien dar, mit denen gewöhnlich die Taschenlampen geladen werden. Bei der Hintereinanderschaltung derselben (kurzer Contact—Anode der einen Batterie mit dem langen Contacte—Kathode der anderen) erhält man eine zusammengesetzte Batterie mit einer Spannung von ungefähr 15 Volt. Um nun den Umtausch der verbrauchten Batterien in frische zu vereinfachen, liess ich nach meinen Angaben einen kleinen Holzkasten (Fig. 8) anfertigen. [2])

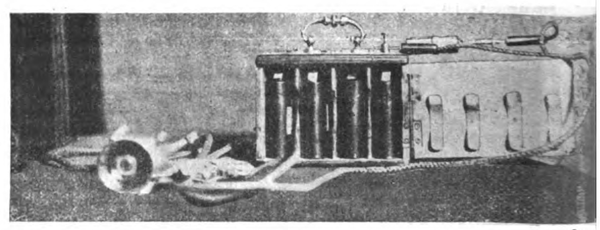


Fig. 8.

Dorthin legt man leicht die frischen Batterien, wobei ihre Vereinigung selbsttätig erfolgt. Zur Regulierung der Stromspannung dient ein Mikro-Rheostat (Vorschaltewiderstand), wie er gewöhnlich für die Urethroskopie benuzt wird. Dies reduciert den Preis der Batterie

[1]) Nach den angedeuteten Grössenangaben und Zeichnungen kann ein solcher Tisch für ungefähr 20—25 Rbl. bei einem Meister angefertigt werden. Die Vorrichtung für die abnehmbaren Beinhalter ist bei der Firma Martens, St.-Petersburg, Gorochowaja 9 für 14 Rbl. erhältlich.

[2]) Kinkmann, St.-Petersburg, Gorochowaja 17.

(4 Rbl.) beinahe um die Hälfte im Vergleich mit derjenigen von **Hagmann**[1]). Eine Taschenbatterie kostet nur 30 Kop., und der Preis für die ganze Batterie beträgt 1 Rbl. 20 Kop., was ungefähr für 2—3 cystoskopische Untersuchungen genügt. Obgleich man nun nach **Hagmann** mit einer solchen Batterie nicht weniger als 6 mal cystoskopieren kann, was dann ungefähr 25 Kop. für die Untersuchung ausmacht, so wird dies bei länger andauernden Untersuchungen, wie z. B. bei dem Ureterenkatheterismus von einer frisch geladenen Batterie nicht erreicht. Höchstens können nach meinen Erfahrungen 2 Untersuchungen ausgeführt werden. Trotzdem ist die eben beschriebene Batterie sehr leicht, handlich und besonders bequem auf der Reise, wo man ja leicht Ersatzelemente erhält, und nicht weniger nützlich bei Besuchen von Kranken im Hause.[2])

Referate.

A. Sacher: Wasserstoffsuperoxyd bei Ohrenkrankheiten. Einige Bemerkungen über die schädlichen Eigenschaften desselben, besonders bei unzweckmässiger Anwendung. Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei, Nr. 3, 1910.

Im Laufe der letzten Jahre beobachtete S. recht häufig verschiedene, zuweilen sehr heftige Entzündungen des Ohres beim Gebrauch des officinellen (3 pCt.) Wasserstoffsuperoxyds in Form von Ohrentropfen bei acuter und chronischer Ohreiterung teils auf Verordnung von Aerzten, teils aus eigener Initiative der Patienten. Fünf derartige Fälle werden ausführlich beschrieben. In allen handelte es sich um Entzündung und Schwellung der inneren Oberfläche der Ohrmuschel mit Bläschenbildung auf derselben, kleinere oder grössere Abscesse um den Eingang des Gehörganges, entzündliche Verschwellung desselben mit Excoriationen und länglichen Einrissen seiner Weichteile, vermehrte Secretion teils eitriger, teils blutig-seröser Flüssigkeit, Ansammlung von bröckligen Eitermassen und Epidermisabschuppungen in der Tiefe des Gehörganges, starke Reizung des Trommelfells und Mittelohrs, in einem Falle sogar Mastoiditis.

Als Ursache all' dieser Entzündungserscheinungen des Ohres betrachtet S. 1) den Säuregehalt (Schwefel-, Salz-, Phosphorsäure) des officinellen H_2O_2 und 2) die unzweckmässige Anwendung desselben in Form von Ohrentropfen ohne vorangehende oder darauffolgende Reinigung des Ohres auf trockenem Wege oder durch Ausspritzen. Die sich im Ohre ansammelnden Eitermassen und verschiedener Detritus rufen schon an und für sich eine starke Reizung des Gehörganges hervor, die durch die Säuren des H_2O_2, besonders wenn das Ohr nach Anwendung desselben nicht gereinigt wird, noch erhöht wird und zur Entzündung, Verschwellung und Secretstauung führt. In seiner eigenen Praxis sind S. solche üble Zufälle nicht vorgekommen. Zur Verhütung derselben scheinen ihm folgende Regeln bei Anwendung des H_2O_2 zweckmässig zu sein:

1) In acuten Fällen soll das H_2O_2 vor dem Abklingen der heftigen Entzündungserscheinungen nicht angewendet werden; ebenso darf es nicht angewandt werden bei Reizung, Entzündung und Ekzem des Gehörganges oder der Ohrmuschel, besonders bei kleineren Kindern mit zarter Haut.

2) Bei reichlichen, dünnflüssigen Eitermassen soll das Ohr vor der Anwendung des H_2O_2 gereinigt werden auf trockenem Wege oder durch Ausspritzen. Dicker, bröckliger Eiter und Detritus kann zuerst durch H_2O_2 verflüssigt werden und darauf durch Ausspritzen entfernt werden. In keinem Falle darf aber das H_2O_2 in den stark verunreinigten Gehörgang gegossen werden.

Wenn das H_2O_2 längere Zeit ohne ärztliche Controlle, besonders von unintelligenten Patienten, gebraucht wird, so sind mehr oder weniger starke Entzündungen des Ohres eine fast unausbleibliche Folge. Einen grossen Vorzug verdient in allen Hinsichten das säurefreie Perhydrol-Merk, das ausserdem ohne ärztliche Verordnung aus den Apotheken nicht verabfolgt wird.

(Autoreferat).

P. Roethlisberger: Notiz über eine klinische Methode der quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Blutserum. Münchener med. Wochenschr, 1910. Nr. 7.

Die Methode beruht auf der Tatsache, dass Harnsäure sehr schnell eine Lösung von frischem Silbercarbonat in der Kälte reduciert. Es wird daher eine geringe Menge Blutserum (aus der Fingerkuppe gewonnen) auf das Silbercarbonatpapier (im Dunkeln) aufgetropft und fixiert, wobei, je nach dem Gehalte des Blutes an Harnsäure, ein in Farbe und Intensität sich ändernder Fleck entsteht. Die Farbe dieses Flecks spielt vom Blassrötlichen ins Braunschwarze. Die Unterschiede sind für die schwächeren Concentrationen deutlicher, über einer Concentration von 0,44 pro mille werden die Differenzen kaum sichtbar. Unterschiede von 0,01 pro mille sind bei einem Gehalt von Harnsäure bis 0,06 zu erkennen. Die Reaction ist auf 100 gr. Serum bezogen auf ein Milligramm genau. Wollte man die Probe für Harn verwenden, so würde ungefähr eine 10-fache Verdünnung notwendig sein. Verfasser hat im Menschenblut, mit Ausnahme eines 5-jährigen, fleischlos ernährten Kindes, stets Harnsäure nachweisen können, bei Gesunden 0,01—0,04 pro mille, bei chronischen Nephritikern und Gichtikern 0,08—0,12.

W. Keppler: Zur Behandlung der malignen Gesichtsfurunkel. Münch. med. Woch. 1910. Nr. 7 und 8.

In letzter Zeit wurde in der Berliner chirurgischen Universitätsklinik die conservative Behandlung der Gesichtsfurunkel mit Stauungshyperämie fast ausschliesslich mit Hilfe eines einfachen Baumwollgummibandes von 2—3 cm. Breite durchgeführt. Das Band wird unter gelindem Druck möglichst tief unten am Hals angelegt und bleibt 20—22 Stunden liegen. Erst wenn die entzündlichen Erscheinungen zurückgegangen sind und die Secretion abnimmt, wird die Binde auf kürzere Zeit täglich angelegt (10—12 Stunden). Eins der ersten Symptome nach Anlegen der Binde ist Abnahme des Schmerzes. Es tritt ein starkes Oedem des Kopfes auf, die entzündliche Schwellung nimmt oft auf das Doppelte zu, doch kehrt sie bald schneller, bald langsamer zur früheren Ausdehnung zurück. Der bretthart infiltrierte Furunkel erweicht schnell, so dass nach 2—3 Tagen eine starke Eitersecretion auftritt, die bald mehr serös wird und rasch abnimmt. Nekrotische Pfröpfe werden erst nach vollkommener Lockerung entfernt, Eiterpusteln werden mit der Pinzette ihrer Kuppe beraubt. Der Furunkel wird mit einfachem Salbenverband bedeckt.

Prof. E. von Dungern: Wie kann der Arzt die **Wassermann**sche Reaction ohne Vorkenntnisse leicht vornehmen? Münchener med. Woch. 1910. Nr. 10.

Die Vornahme der Reaction gestaltet sich folgendermassen. Man füllt 2 Reagenzgläser mit je 2 Ccm. physiologischer Kochsalzlösung. In das eine Röhrchen kommt ein Tropfen alcoholischen Organextracts (aus Meerschweinchenherz dargestellt, von **Merck** zu beziehen). Man bringt dann in jedes Röhrchen ein mit einer bestimmten Menge Meerschweinchenserum getränktes Complementpapier (**Merck**). Dem Patienten wird nun aus der Fingerkuppe etwas Blut entnommen und in einem Uhrschälchen mit einem Streichholz defibriniert. Von diesem Blut wird dann 0,1 Ccm. in die Flüssigkeit gebracht. Nachdem man gut geschüttelt hat, lässt man die Mischung 1 Stunde stehen. Nach dieser Zeit wird in jedes Reagenzglas eine bestimmte Menge Immunserum hinzugefügt. Wenn es sich nun um ein syphilitisches Serum handelt, so tritt schon nach wenigen Minuten in dem Röhrchen mit Organextract eine starke Agglutination ein, während die Blutkörperchen im anderen Röhrchen suspendiert bleiben. Nach kurzer Zeit erfolgt in der Controlle Lösung.

Prof. K. Alt: Das neueste **Ehrlich-Hata**präparat gegen Syphilis. Münchener med. Woch. 1910. Nr. 11.

In der Heilanstalt Uehtspringe wurden bisher 23 Kranke, meist Paralytiker, die zum grossen Teil früher schon mit Arsenophenylglyzin erfolglos vorbehandelt waren, mit einer einmaligen Dosis von 0,3 dieser Substanz (Derivat des Arsenobenzols), gelöst in 20 Ccm. Wasser, dem etwas Natronlauge beigefügt ist, injiciert. Injiciert wurden je 10 Ccm. tief in die rechte und linke Glutaealmuskulatur. Von 18 Kranken mit positiver **Wassermann**scher Reaction verloren dieselbe gänzlich 2, zeigten starke Abnahme 2, zeigten erkennbare Abnahme 3. Die Ausscheidung des Arsens ist eine langsame, noch nach

---

[1]) Der Preis für die Batterie von **Hagmann** mit Rheostat beträgt 8 Rbl. (Moskau, Th. Schwabe).

[2]) Alle hier geschilderten Apparate, sowie andere Instrumente für die Cystoskopie werden genauer angeführt in meinem in nächster Zeit erscheinenden Buch «Der Ureterenkatheterismus. Die moderne Technik und ihre therapeutische Anwendung». Verlag von K. L. Ricker. — St. Petersburg. 1910.

10 Tagen war es im Harn nachweisbar. Im Blut war beträchtliche Leukocytose nachweisbar. Darauf wurden im Magdeburger Krankenhaus von Dr. Schreiber 27 Fälle von frischer Lues mittelst einmaliger Injection von 0,3 des Präparats behandelt und günstige Erfolge erzielt. Die Initialgeschwüre zeigten schon nach wenigen Tagen starken Rückgang, die Sclerosierung verlor sich; die maculopapulösen Hautausschläge blassten rasch ab. Ulcera an den Labien verheilten nach wenigen Tagen ganz glatt. Ein grosses tertiäres Geschwür am Schenkel vernarbte nach 3 Wochen. Am schnellsten, in wenigen Tagen, gingen die specifischen Anginen zurück. Unangenehm ist die Schmerzhaftigkeit der Injection und leichte Temperaturerhöhung. Das Allgemeinbefinden hob sich zusehends.

Weyert.

Bücherbesprechungen.

Stoeckel: Cystoskopie und Urethroskopie. Verlag von A. Hirschwald. Berlin. 1910. Preis 16 Mark. 288 Seiten.

Das vorliegende Werk stellt die zweite, völlig umgearbeitete Auflage der «Cystoskopie des Gynäkologen» dar. Verf., der in der Einleitung den Wunsch ausspricht, für die Cystoskopie Freunde unter den Gynäkologen zu werben, hat bei Herausgabe seines Lehrbuches vorwiegend das Interesse des Frauenarztes im Auge. Auf die nahen Beziehungen der Gynäkologie zur Urologie und Cystoskopie kommt Verf. im ersten Capitel zu sprechen und erläutert diese an einer Reihe von Beispielen. S. stellt die Forderung, dass die Urologie nicht als ein für eine bestimmte Specialität reserviertes Territorium angesehen werden soll, sondern dass die Frauenärzte alle Blasen- und Nierenfälle ihrer Praxis selbst behandeln sollen. Der Gynäkolog darf nicht auf das modernste und vollkommenste diagnostische Instrument, auf das Cystokop, verzichten. S. bespricht das cystokopische Armamentarium des Gynäkologen, die verschiedenen Cystoskoparten, die Technik der Blasenbeleuchtung und des Ureterenkatheterismus. Alsdann folgt die Schilderung der verschiedenen pathologischen Zustände der Blase: die Cystitis in ihrer verschiedensten Form (gonorrh., tuberculosa, acuta, chron., gangraenosa etc.) die Blasentumoren, die Blasensteine und die Fisteln. In gleicher Weise wird ein Streiflicht auf verschiedene pathologische Zustände in den Nieren geworfen (Nierenblutungen, Pyelitis, Hydronephrose). Ein anderer Abschnitt handelt von der Beteiligung der Blase bei Nachbarerkrankungen, hierher gehört das Carcinoma uteri et vaginae, das Uterusmyom in seinen verschiedenen Beziehungen zur Blase, endlich die Perforation benachbarter Krankheitsherde in die Blase, wie parametrale Exsudate, Durchbruch von eitrigen Adnextumoren, Dermoidcysten etc. Welche Rolle die Verlagerung der Genitalorgane spielt, wird auch besprochen. Zum Schluss gibt S. einige therapeutische Hinweise: Therapie des Blasenkatarrhs, Extraction von Fremdkörpern, intravesicale Operation von Blasentumoren etc. Die Ausstattung des Lehrbuches ist eine vorzügliche, eine grosse Anzahl von ausgezeichneten Abbildungen illustrieren die Technik der Handhabung des Cystoskops und geben das eingestellte Blasenbild wieder; besonderer Erwähnung bedürfen die im Anhang angefügten vorzüglichen Tafeln, 25 an der Zahl. Daher sei jedem Gynäkologen, der sich für die Cystokopie interessiert, das Lehrbuch von Stoeckel aufs Wärmste empfohlen.

Lingen.

B. N. Cholzow: Powreshdenija i sabolewanija predstateljnoi shelezy. (Verletzungen und Erkrankungen der Prostata). Russische Chirurgie IXL. 154 Abbildungen im Text. St. Petersburg 1909.

Verfasser, der über ein grosses einschlägiges Material verfügt, gibt uns hier eine sehr ausführliche, mit grossem Fleiss verfasste, die Literatur im vollsten Masse berücksichtigende Monographie über die Veränderungen der Prostata.

Es werden einzeln besprochen die acute und die chronische Prostatitis, die Neurosen der Prostata, die Tuberculose, Lues, Steine und die Hypertrophie der Prostata. Besonders ausführlich werden die verschiedenartigsten Operationsverfahren an der Prostata besprochen und kritisch beleuchtet. Die Bottinische Operation kann dank dem verbesserten Instrumentarium in geeigneten Fällen mit grosser Leichtigkeit ausgeführt werden, doch bleibt sie immer eine Methode, bei welcher im Dunkeln operiert wird; deshalb dürfen die Indicationen für diese Operation nicht zu weit gestellt werden.

Was die Operation bei der Prostatahypertrophie anbelangt, so ist Verf. ein grosser Anhänger der suprasymphysären Prostatectomie nach Freyer, die wenn auch gefährlicher ist als die perinealen Methoden, so doch eine ganze Reihe von Vorzügen aufweist; nach ihr werden nämlich sehr selten Fisteln und Incontinenz beobachtet und sind die functionellen Resultate meistens sehr gute.

Ein hohes Alter kann nicht als Contraindication für eine radicale Prostatectomie angesehen werden.

Die Monographie ist durch eine grosse Anzahl von meistens sehr gut gelungenen Abbildungen illustriert und mit einem sehr ausführlichen, 23 Seiten umfassenden Literaturanzeiger versehen.

Weber.

Prof. G. Sacconaghi. (Pavia). Anleitung zur Diagnostik der Abdominaltumoren unter Zugrundelegung von Palpation. Uebersetzt aus dem Italienischen. Berlin. S. Karger. 418 Seiten. Preis 12 M.

Verfasser hält von allen Untersuchungsmethoden des Unterleibes die Palpation für die am schwierigsten zu erlernende, aber auch für die wertvollste. Um aber gute Resultate zu bekommen, muss die Palpation eine sehr geduldige und recht umständliche sein.

Von der Palpation sagt der Verf. sehr treffend: es geht dem Palpierenden genau so, wie demjenigen, der sich im Dunkeln orientieren muss; anfangs unterscheidet man garnichts und erst nach einiger Zeit ist das Auge imstande, die Dunkelheit zu durchdringen und anzufangen, die Umrisse der Gegenstände wahrzunehmen.

Viel kommt es daher auch auf die Uebung an, da durch dieselbe der Tastsinn ganz bedeutend verfeinert werden kann.

Verfasser, der scheinbar ein grosser Meister in der palpatorischen Untersuchung der Abdominalorgane ist, gibt in seinem sehr interessant geschriebenen Buch ganz genaue Vorschriften für die palpatorische Untersuchung der verschiedenen Organe der Bauchhöhle. Bei starker Entwickelung des Fettpolsters hat ihm sehr gute Dienste geleistet die sogenannte hydrostatische Untersuchung, d. h. die Palpation im Vollbade.

Besonders interessant und anregend ist das Kapitel über die Diagnose der Abdominaltumoren im allgemeinen verfasst.

Wenn ich als Beispiel die Beweglichkeit der Tumoren anführe, so unterscheidet er eine respiratorische Beweglichkeit, eine manuelle Beweglichkeit, eine Beweglichkeit im Zusammenhang mit dem Lagewechsel des Patienten, eine peristaltische Beweglichkeit und eine Beweglichkeit im Zusammenhang mit der spontanen oder künstlich erzeugten Aufblähung des Magens bezw. des Coecum-Colon. Diese verschiedenen Arten der Beweglichkeit werden sehr ausführlich besprochen, wobei der Verf. sehr wertvolle Winke für die Differentialdiagnose der verschiedenen Abdominaltumoren gibt.

Im speciellen Teil werden in diagnostischer Beziehung einzeln besprochen die Tumoren der Leber und Gallenblase, der Milz, des Magens, des Darmes, des Pankreas, der Niere, des Harnleiters, der Nebenniere, der Aorta abdominalis, des Netzes, des Mesenteriums, des Retroperitoneums, des Peritoneums, der Beckenorgane, der Abdominalwand und schliesslich der dystopischen Organe.

Jedenfalls kann dieses Buch allen Aerzten, die sich für die feinere Diagnostik der Abdominaltumoren interessieren, aufs wärmste empfohlen werden.

Weber.

Th. Kocher und E. Tavel. Vorlesungen über chirurgische Infectionskrankheiten. Die Streptomycosen. 251 S. 80 Abbildungen in Text. Jena. Gustav Fischer. 1909.

Dieses Buch soll den Bedürfnissen des praktischen Arztes entsprechen; deshalb ist der theoretische Teil knapper gehalten, obgleich hier alle modernen Errungenschaften der Bakteriologie in kurzer und klarer Darstellung angeführt werden.

Im klinischen Teil wird besprochen die Streptococceninfection 1) der Haut, 2) der Schleimhäute, 3) regionäre Infection des Lymphgefässystems in den serösen Höhlen, 4) die Blutgefäss- und Blutinfection und schliesslich 5) die metastatischen Infectionen. Von allen diesen Krankheitsbildern wird uns eine musterhafte Schilderung, wie wir es bei diesen beiden Autoren nicht anders gewöhnt sind, gegeben; kurz angeführte Krankengeschichten tragen viel dazu bei, um die einzelnen Krankheitsformen zu veranschaulichen.

Was die Behandlung der Streptomycosis anbelangt, so muss neben einer allgemeinen Behandlung noch eine specifische Therapie angewandt werden mittelst des Streptococcenserum. Die Verf. teilen die Ansicht von Wright, dass die specifische Wirkung des Antistreptococcenserums auf die in ihm angehäuften Opsonine zurückzuführen ist, welche die Bakterien zur Phagocytose vorbereiten. Deshalb muss bei allen Streptomycosen die Vermehrung der specifischen Opsonine und die Erregung der Phagocytose begünstigt werden. Das Erstere wird erreicht durch Einspritzen eines specifischen Serums, das Zweite durch innerliche Darreichung von Natr. salicyl. und durch subcutane Injection von Jodipin oder Collargol.

Zum Schluss werden kurz die Erfahrungen über die Behandlung der bösartigen Geschwülste mit Streptococcenculturen besprochen. Verf. sind der Ansicht, dass in verzweifelten Fällen die Streptococcenbakteriotherapie versucht werden soll, da dadurch hie und da die Schmerzen gelindert und unter Umständen ein Rückgang der Geschwulst beobachtet wird.

Weber.

Auszug aus den Protocollen des Mitauer ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 14. Januar 1910.

Dr. Hoheisel. Die Cholera in Mitau im Jahre 1909.

Seitens der Stadtverwaltung Mitaus waren zum Kampf mit der Cholera folgende Massnahmen getroffen worden: 1) Der Sanitätsarzt wurde nach Petersburg abcommandiert zur Teilnahme an den im Kais. Institut für Experimentelle Medicin abgehaltenen Cursen für Epidemiologie und Bakteriologie der Cholera. 2) Die Stadt hatte einen ausgezeichnet ausgestatteten Wagen zum Transport für Cholerakranke anfertigen lassen. 3) Ein Hospital wurde eröffnet. An der Peripherie war in günstiger Lage ein 2 etagiges Haus gemietet worden. Es bestand aus 15 Zimmern mit Küche, Waschhaus, Badezimmer, Empfangsraum, Wagenremise, Sections- und Totenkammer. Eingerichtet war es für 12 Betten, doch konnte im Notfall die doppelte Anzahl untergebracht werden. Das Personal bestand aus: Arzt, 1 Schwester vom Roten Kreuz, 1 Feldscher, Dame für Oeconomie, 2 Dienstboten für Küche und Wäsche. Die Räume waren heizbar, das Hospital hatte telephonischen Anschluss. Die innere Ausstattung einfach und zweckentsprechend. 4) Ermahnungen des Publicums zur Vorsicht durch Maueranschläge und Verteilung von Broschüren. 5) Von den unentgeltlichen Schutzimpfungen wurde kein Gebrauch gemacht. 6) Die sanitäre Aufsicht in der Stadt wurde bedeutend verschärft. 7) Apotheken und Drogenhandlungen waren angewiesen, sich reichlich mit Desinfectionsmaterial zu versehen. 8) Polizeibezirke und Schutzmänner waren mit Desinfectionsmitteln versorgt, um bei plötzlichen Erkrankungen auf der Strasse eingreifen zu können. Am 1. Juli a. wurde der erste Patient aus dem Hospital des Collegiums allg. Fürsorge übergeführt, ein Arbeiter, zur Ziegelei «Kauger», fünf Werst von Mitau an der Eckau belegen, gehörend. Kurz vorher waren Petersburger Arbeiter auf dieser Ziegelei eingetroffen, die auch erkrankten und von denen einige starben. Also Petersburg die Infectionsquelle. Am 2. Juli wird eine Frau mit einem 2-jährigen Knaben aus dem «Wimbi»-Krug, 10 Werst oberhalb an der Aa, eingeliefert. 3 Tage darauf der Mann dieser Frau; nach 4 weiteren Tagen ein Freund des letzteren, beide Holzflösser. Nach 14-tägiger Pause erkrankt an der Doblenschen Chaussee Nr. 9 ein Mann, der als Tischler auf einer Ziegelei an der Aa, wo unterdessen auch Cholerafälle gewesen waren, gearbeitet hatte. Die sanitären Verhältnisse dieses Hauses sind denkbar ungünstige, Mietskaserne mit ca. 80 Personen in engsten, schmutzigen, vollgekramten Räumen. Da in der Folge noch andere Personen erkanken, so wird das Haus polizeilich abgesperrt und die Sperre 12 Tage aufrecht erhalten. Die Stadt übernimmt unterdessen die volle Verpflegung aller Einwohner. Am 25. Juli erkrankt ein Knabe, der tags zuvor in die Aa gefallen und dabei reichlich Wasser geschluckt hatte, im «Schneckenkruge», jenseits der Aa-Flossbrücke. Am 31. Juli wird aus der Grossen-Strasse Nr. 26 eine Frau übergeführt, der erste Fall im Centrum der Stadt. Sie hatte in der Aa, gegenüber dem Ausfluss der Eckau gebadet und mit demselben Aa-Wasser ein Klystier bekommen. Am 8. August endlich wird eine ganze Familie: Mann, Frau, Kind und Mutter der Frau aus der Doblenschen Chaussee Nr. 13 ins Hospital übergeführt. Die Grossmutter stirbt in der Nacht, während bei Mutter und Kind die Erkrankung schon längere Zeit in leichtem Grade bestanden hatte, ohne zur richtigen Diagnose zu führen. Dies waren die letzten Krankheitsfälle. Es kamen im ganzen 22 Personen ins Hospital, vier davon zur Beobachtung, die gesund blieben. Die Mitauer Epidemie ist eine exquisit auf Contactinfection beruhende. Von den 18 Kranken sind 11 männlichen, 7 weiblichen Geschlechts. Alle gehören der Arbeiterbevölkerung an, bis auf eine Kaufmannsfrau und 2 Kinder: 2 Holzflösser, 1 Ziegelarbeiter, 1 Tischler, 2 Fuhrleute, 1 Hüterjunge, 1 Fabrikarbeiter, 1 Gärtner, 6 Tagelöhnerfrauen. Dem Alter nach sind sie bis zu 63 Jahren vertreten und zwar: 1—10 = 2; 10—20 = 2; 20—30 = 3; 30—40 = 4; 40—50 = 4; 50—60 = 1; 60—70 = 2. Dem Ort der Erkrankung nach: im Centrum 1 Person, an der Peripherie des Stadtgebiets 11 Personen und aus dem Kreise 6 Personen. Die Diagnose wird gestellt in der Mehrzahl der Fälle auf Grund bakteriologischer Untersuchungen, 2) auf Grund einer Section und 3) in Bewertung des klinischen Verlaufs. Von den 18 Erkrankten sterben 10 = 55 pCt., genesen 8 = 45 pCt. Einen sehr ähnlichen und äusserst schweren Verlauf, mit ausgesprochen urämischem Stadium zeigen die 3 Fälle aus dem «Wimbi»-Krug. Bei dem dazugehörigen Kinde verlief die Erkrankung leicht. Einen rapiden Verlauf nimmt die Erkrankung des Hüterjungen, der in 8 Stunden tot ist. Der Uebergang in das Typhoid lässt sich nur 3 Mal beobachten. Nephritis lässt sich wohl immer durch Eiweissgehalt des Urins nachweisen. In einem Fall bestand wohl schon früher ein vitium cordis. In 2 Fällen ausgesprochene, ausgedehnte Erythemen. In den übrigen Fällen der Verlauf meist typisch. Die Therapie bestand zunächst in einem heissen Bad, mindestens 30°. Häufig im Bade schon Excitantien: Tinct. Valer. aeth. und Kampher. Dann Calomel 0,3 bis zu gründlicher Wirkung. Die Cantanischen Eingiessungen werden nach kurzer Zeit wieder ausgestossen. Von Opium und Morphium hat Referent den Eindruck, als ob sie schädigend den Verlauf beeinflussen: die entstehende Paralyse des Darms scheint die Entwicklung und Wirkung der Giftsubstanzen, seien es nun Toxine oder Endotoxine, zu fördern. Gegen den Durst kommen in Anwendung: Eispillen, Tee mit Rotwein, Limonaden. Gegen Leibschmerzen und Krämpfe: heisse Flaschen, Magenwärmer, Compressen, Einreibungen und Morphium. In der Reconvalescenz: Chinatropfen, Wismut, Nux, Naphthalin etc. Die Diät beschränkt sich anfangs auf Thee und Schleimsuppen, später Milch, Brei mit sehr langsamen Uebergängen zur gewohnten Kost. Auf jeden Kranken kommen 10,5 Verpflegungstage im Durchschnitt: von 6 Stunden bis zu 29 Tagen. Vor dem Austritt müssen 2-malige bakteriologische Untersuchungen ein negatives Resultat ergeben. Intravenöse Infusionen wurden angewandt, führten aber, entgegen den Erfahrungen, die namentlich in Petersburger Kliniken gemacht worden sind, zu keinen guten Resultaten, weil sie nicht in entsprechend grossen Dosen und häufiger Wiederholung angewandt wurden. In der letzten Petersburger Epidemie 1908/9 sind auch mehrfache Versuche mit Heilserum gemacht worden. Zur Verwendung gelangte das antitoxische Serum von Prof. Kraus-Wien und das antiendotoxische des Mag. Schurupow-Kronstadt, endlich noch ein französisches von Prof. Salimbeni aus dem Pasteurschen Institut in Paris. Die Erfolge des Schurupowschen Serums, wie sie am Obuchow-Hospital von Stühlern gefunden wurden, sprechen entschieden für diese Methode der Behandlung, während mit den beiden anderen viel geringere Erfolge zu verzeichnen waren. Auch der Medicinalrat in Petersburg ist zum Schluss gekommen, dass diese Versuche durchaus zu unterstützen sind und fortgesetzt werden müssen. Bei der Mitauer Epidemie kommt Serum nicht in Anwendung. Es wäre aber durchaus wünschenswert, dass bei eventueller Wiederholung der Epidemie, auch hier Versuche angestellt werden würden. Zum Schluss gedenkt der Vortragende mit Dankbarkeit der Hilfe, die er an seinem Personal gehabt, das stets willig, arbeitsfreudig und aufopfernd seinen Verpflichtungen nachkam und sich nicht durch die schweren psychischen Eindrücke beeinflussen liess.

Dr. Mende: Ein Fall von Fremdkörper in der Orbita. Es handelt sich um einen 9,5 cm. langen, kleinfingerdicken Ast, der durch das obere Lid in die Orbita und durch die Fissura orb. sup. c. 5 cm. tief in den Schädelraum eingedrungen war. Der Pat. hatte sich in berauschtem Zustande verletzt und wusste nichts von einem Fremdkörper. Derselbe konnte erst durch die Sondierung in einer Tiefe von 2—3 cm. nachgewiesen werden. Es bestand Ptosis, Exophthalmus nach vorne und etwas nach unten, sowie vollkommene Lähmung aller Augenmuskeln. Die Pupille war mittelweit, starr. Im gesunden Auge konnte die consensuelle Reaction ausgelöst werden. Die Function war bis auf Lichtempfindung gesunken, die Projection derselben aber allseits richtig. Der Bulbus war intact, die brechenden Medien klar. Der Fundus zeigte das Bild der venösen Stauung: breite Vene und schmale Arterien, ohne dass eine Stauungspapille sichtbar war. Es bestand vollkommene Anästhesie im Gebiete des ersten Astes des Trigeminus, herabgesetzt auch in dem der beiden anderen Aeste.

Von Allgemeinerscheinungen war ca. 30 Stunden nach der Verletzung Fieber (38,2), Kopfschmerz, Schwindel und ein etwas verlangsamter Puls nachweisbar. 36 Stunden nach der Verletzung konnte der fest eingekeilte Fremdkörper in Chlorotormnarkose extrahiert werden. 40 Stunden nach der Extraction trat der Exitus infolge einer eitrigen Meningitis ein.

(Autoreferat).

Sitzung vom 4. Februar 1910.

Dr. Raphael demonstriert ein $3^1/_2$-jähriges jüdisches Kind von bleicher Gesichtsfarbe und sehr reduciertem Ernährungszustande. Das Kind zeigt ausgesprochen rhachitischen Typus; an dem grossen Schädel fallen besonders die fingerdicken, geschwollenen Supraorbitalvenen auf, die bogenförmig die grosse Fontanelle umspannen und in Knochenfurchen liegen. Ausserdem hat das Kind den rhachitischen Rosenkranz, Plattfüsse und eine Andeutung von spina bifida.

Dr. v. Grot demonstriert eine diphtherische Membran, gewonnen gelegentlich der Tracheotomie einer Frau. Die Membran ist cylinderförmig und stellt deutlich den Ausguss der Trachea dar.

Sitzung vom 4. März 1910.

Dr. Mende: Demonstration eines Falles von directer subconjuncivaler Scleralruptur.

24-jähriger Fleischergeselle war in bewusstem Zustande gegen eine Mauerecke gefallen. Am Tage darauf folgender Befund:

O. s. normal.

O. dex. mässige Sugillationen des unteren Lides. Hautabschürfungen an der Stirn. Conj. palpebr. wenig injiciert. Conj. scler. in der unteren Hälfte durch einen subconjunctivalen Bluterguss bis zum Limbus abgehoben. Im horizontalen Meridian eine ca. kleinerbsengrosse blutige Abhebung dicht am Limbus. Cornea zartstreifig getrübt. Vorderkammer mit Blut gefüllt, das sich teilweise bereits auf den Boden gesenkt hat und im oberen Pupillargebiet die getrübte Linse durchscheinen lässt. Rotes Licht beim Ophthalmoskopieren nicht zu erhalten. Gn— 3. Geringe spontane und Druckempfindlichkeit. Lichtschein erhalten, nur oben aussen unsicher. Unter conservativer Behandlung: Pilocarpin, Dionin, Druckverband, später Natr. jod. innerlich — besserte sich der Zustand langsam, so dass 5 Wochen nach der Verletzung der Pat. folgenden Befund zeigt: Haut und Conj. palp. oc. d. normal. Lidspalte ein wenig schmäler wie links. Die Conj. palp. ist unten bräunlich pigmentiert und zeigt einen dunkleren, leicht vorgewölbten Strich, der im verticalen Meridian ca. 3 mm. unterhalb des Limbus beginnend, nach oben innen in unregelmässigen $^1/_4$ Bogen die Hornhaut umkreist, im horizontalen Meridian nach innen abbiegt und ca. 2 mm. in dieser Richtung verläuft. Die blasige Abhebung ist verschwunden. Die Hornhaut klar. Die Iris ist atrophisch, schmal, innen fehlt ein Stück, so dass die Ciliarfortsätze dahinter sichtbar sind. Das Blut in der Vorderkammer ist resorbiert. Die Linse getrübt und nach oben aussen luxiert, so dass im unteren inneren Papillargebiet eine aphakische Stelle besteht. Aus dieser ist rotes Licht, aber keine Details beim Ophthalmoskopieren zu erhalten. Die Tension ist jetzt normal. Der Visus hat sich bis auf Finger in 4' gebessert, Stargläser verbessern denselben nur unwesentlich. Im Gesichtsfeld besteht oben aussen ein grösserer Defect.

Dr. Becker: Demonstration eines Blutpräparates von perniciöser Anämie.

Pat., 10 a. n., fiebert seit längerer Zeit und sieht sehr anämisch und elend aus. Nach Angabe der behandelnden Aerzte ergibt die objective Untersuchung einen ziemlich negativen Befund: Herz und Lungen intact, keine Leberanschwellung, kein Milztumor, Nieren frei. Die Blutuntersuchung ergibt: Hämoglobingehalt 36 pCt. Anzahl der Erythrocyten 2240000, Leukocyten 18560 im cmm., Färbung des Präparates mit Eosin-Methylenblau. Die histologische Analyse zeigt unter den Erythrocyten: Poikilocyten, Mikrocyten, Makrocyten, Megaloblasten teils mit Mitose, zahlreiche Normoblasten mit teils karyolytischen Figuren, teils den Austritt des Kernes zeigend. Erythrocyten mit basophilen Granulationen und polychromatophile Erythrocyten. Unter den Leukocyten finden sich: polynukleäre Neutrophile 54,6 pCt., mononukleäre Neutrophile (Myelocyten) 9,3 pCt., polynukleäre Eosinophile 3,4 pCt., keine mononukleäre Eosinophile, Mastzellen 4,6 pCt., kleine Lymphocyten 20,9 pCt. und grosse Lymphocyten 6,3 pCt., Blutplättchen sehr reichlich. Charakteristisch für die Diagnose der perniciösen Anämie sind: 1) die deutlich ausgesprochene Poikilocytose, sowie die auffällige Differenz in der Grösse der einzelnen Blutscheiben (Makrocyten und Mikrocyten). 2) die Polychromatophilie (blass violett gefärbte Erythrocyten) und die basophil granulierten Erythrocyten, beides degenerative Producte der Einwirkung deletärer Stoffe auf die Blutbildung resp. Blutkörperchen. 3) Endlich die grossen kernhaltigen Erythrocyten (Megaloblasten). Nach Ehrlich und Nägeli sollen diese typisch für perniciöse Anämie sein, nach Grawitz aber nur für eine schwere Form einer jeden Anämie massgebend. Bezüglich der Prognose weist das Präparat einige günstige, als regenerative Formen aufzufassende Blutzellen auf. Das sind die kernhaltigen roten Zellen (Normoblasten), deren Form, wie im Präparat sichtbar ist, sich teils aufzulösen beginnt, teils in Granulationen zerfallen ist, teils im Begriff ist, aus dem Blutkörperchen auszutreten. Also Bildung von normalen Blutkörperchen, wie man sie auch zur Zeit der embryonalen und foetalen Blutbildung im circulierenden Blute antrifft. Für eine günstige Prognose spricht ferner die Vermehrung der Leukocyten, der gewöhnlich bald auch eine Vermehrung der Erythrocyten folgt: die sogenannte Blutkrise.

In den Fäces des Patienten sind Eier von Trichocephalus dispar und Tänia saginata gefunden worden.

9. Congress Russischer Chirurgen in Moskau vom 19.—23. December 1909.

(Fortsetzung).

Sitzung vom 19. December.

6) A. Jeremitsch (Petersburg): Ueber intravenöse Hedonalnarkose. Die Inhalationsmethode der Narkose mit den üblichen Mitteln wie Chloroform und Aether, bleibt, trotz Verbesserungen der Verabreichungstechnik, doch unvollkommen wegen der physischen und chemischen Eigenschaften dieser Mittel. Die Mängel der Inhalationsmethode sind: 1) Lungencomplicationen; 2) Nieren und Herz werden im postoperativen Verlauf noch geschädigt; 3) Störungen in der Herztätigkeit und in der Atmung werden bei Beginn der Narkose beobachtet, hervorgerufen durch Reflexe vom n. trigeminus; 4) die Maske stört beim Operieren am Gesicht, Hals, Kopf und im Munde; 5) die Mittel können nicht dosiert werden; 6) unangenehme subjective Empfindungen bei Beginn der Narkose und nach derselben. Die rectale Aethernarkose hat auch viele der genannten Mängel. Die von Burkhardt in Würzburg proponierte intravenöse Eingiessung von Chloroform in einer Kochsalzlösung hatte unter 4 Fällen in 2 Fällen eine Hämoglobinurie zur Folge. Diese Methode erfordert ausserdem Einführung grosser Flüssigkeitsmengen (2 Lit. bei einer Operation von 1 Std. 10 Min.), und das Chloroform wird teilweise durch die Lungen ausgeschieden, ohne den grossen Kreislauf passiert zu haben, daher wird keine richtige Dosierung erzielt. Diese Methode hat auch Burkhardt nicht befriedigt; daher ging er zur Aetherinfusion über (5 pCt. Lösung von 28°), auch hier kam Hämoglobinurie vor. Jetzt empfiehlt Burkhardt eine 5 pCt. Aetherlösung + Chloroformlösung und noch Scopolamin-Morphium, kurz man hat es dann schon mit einer complicierten Wirkung von verschiedenen Giften zu tun.

Prof. S. Fedorow sprach sich gegen die intravenöse Einführung von Chloroform aus. Prof. N. Krawkow schlug vor, Hedonal zu versuchen; dieses in seinem Laboratorium erforschte Mittel ist von ihm schon im J. 1903 für die Hedonal-Chloroform-Narkose empfohlen worden. Hedonal *) gehört zu den Urethanen. Seine einschläfernde Wirkung ist stärker als die des Chloralhydrats. Hedonal verbrennt im Organismus zu Kohlensäure, Wasser und Harnstoff, ohne dabei die Nieren zu reizen. Vortragender hat im Laboratorium Prof. N. Krawkows Versuche an Kaninchen und Hunden gemacht, um die Technik der intravenösen Hedonalnarkose auszuarbeiten. Die Versuche ergaben ein günstiges Resultat. Um eine langdauernde (3–4 Std.) Narkose zu erhalten, bekommt der Hund 1 St. vor der intravenösen Eingiessung 0,1—0,2 Hedonal auf 1 Kilo Gewicht in den Magen mit Gummi-arabic. + 100—150 ccm. Wasser. Von dieser Dose braucht der Schlaf noch nicht einzutreten. Eine 0,75 pCt. Hedonallösung in einer 0,75 pCt. Kochsalzlösung wird nun mittelst einer Canüle in die v. femoralis eingeführt — 50 bis 100 ccm. bis zum Eintritt der vollständigen Narkose, die weiterhin durch Infusionen von 5—20 ccm. unterhalten wird. Die Hunde befanden sich bis zu 4 Stunden nach einer Dose von 0,2—0,3 Hedonal auf 1 Kilo des Gewichts, die toxische Dose ist dagegen erst 0,7 auf 1 Kilo. Bei einer Chloroformnarkose, wenn sie tief ist, befindet sich im Blute c. 0,04 pCt. Chloroform, und bei Fällen, welche nach tiefer Narkose tötlich verliefen, — c. 0,04—0,06 pCt., bei Chloroform ist also die narkotische Dose sehr nahe der toxischen. Die Urinuntersuchung nach Hedonalnarkosen zeigte keine Störungen der Nieren. Am 7./XII. wurde die intravenöse Hedonalnarkose bei einem alten Manne mit Carcinomgeschwür am Unterschenkel in der Klinik von Prof. S. Fedorow angewandt. $1^1/_2$ Std. vor der Operation bekam Pat. 3,0 Hedonal. Die Ven. mediana wurde freigelegt und in sie 275 ccm. einer 0,75 pCt. Hedonallösung + 0,75 pCt Kochsalzlösung bis zu 38° erwärmt, eingeführt, die Narkose trat ein. Nach 3 Min. Infusion von

*) $CO\left\langle\begin{matrix} NH_2 \\ OCHCH_3C_3H_7 \end{matrix}\right.$

weiteren 75 ccm. und nach 7 Min. — noch 25 ccm. Herztätigkeit und Atmung ungestört.

Die Narkose trat nach 4 Min. ein, ohne jegliche Excitation, dann ging sie in einen 6-stündigen ruhigen Schlaf über. Kein Kopfschmerz, keine Ueblichkeit oder Erbrechen, keine Veränderungen im Urin. Die Hedonalnarkose wurde noch bei 5 Operationen angewandt: Jejunostomie, Herniotomie, Strumectomie, Ganglion Gasseri-Exstirpation und Nephrectomie. Bei der Strumectomie bei einer hysterischen, ungeduldigen Patientin erwies sich die entblösste Vene als zu klein, die Flüssigkeit ging langsam hinein, von der Freilegung einer anderen Vene wurde abgesehen und eine leichte Chloroformnarkose (20,0—in $1^1/_2$ St.) wurde eingeleitet. In den anderen Fällen verlief die reine Hedonalnarkose glatt.

In den letzten Fällen wurde die vorläufige Hedonaldose (3,0—4,0) nicht per os, sondern per rectum verabfolgt.

Intravenös wurde von 250 ccm. Lösung (bei der Nephrectomie) bis zu 650 ccm. (bei der Exstirpation des Ganglion Gasseri) eingeführt. Die eingeführte Hedonaldose war 4,8—7,8. Während der Operation und im postoperativen Verlauf keine Störungen. Bei dieser Narkose also mit Hedonal per rectum und intravenös werden mangelhafte Seiten der Inhalationsmethoden beseitigt, ebenso wie die unangenehmen Complicationen, welche auf die chemische Beschaffenheit des Chloroforms und Aethers zurückzuführen sind. Es wird ein Mittel eingeführt, weniger giftig als Chloroform, aus der Gruppe der sogen. Schlafmittel. Bei Anwendung dieser Narkose muss geachtet werden, dass in die Vene keine Luft eindringt; statt der Canüle gebraucht man besser eine Nadel, die man in die Vene ein- und ausstechen kann, um je nach Bedarf die Infusion zu wiederholen. Die 0,75 pCt. Hedonallösung wird in der bis zu 75° erwärmten 0,75 pCt. Kochsalzlösung bereitet, dann wird sie filtriert und sterilisiert. (Veröffentlicht im Centralblatt f. Chirurgie 1910, Nr. 9).

Prof. S. Fedorow betonte das neue Princip, die Narkose mit Schlafmitteln. Hedonal ist auch ein Gift, doch besitzt es grosse Vorteile gegenüber Chloroform und Aether. Bei der Hedonalnarkose ist der Abstand zwischen der toxischen und narkotischen Dose sehr gross, bei der Chloroformnarkose dagegen folgt nach der narkotischen Dose sofort die toxische. Das Material des Vortragenden ist noch nicht gross, doch sind die Erfahrungen in der Klinik befriedigend.

S. Mirotworzew (Petersburg) berichtet im Anschluss an den Vortrag über 10 Versuche an Hunden, bei denen die allgemeine Anästhesie durch intravenöse Injection von 1 pCt. Cocainlösung erzielt wurde. Die Narkose trat ein, doch war der Zustand der Tiere dabei beinah ein asphyktischer, daher verwirft er Vorschläge von intravenöser Einführung von Cocain und auch Chloroform und begrüsst das Princip der Einführung von Schlafmitteln und speciell des Hedonals.

D. Kusnetzkij (Petersburg). Alles Neue in der Anästhesiefrage ist ein Fortschritt, doch zugleich auch ein gefährlicher Schritt, daher muss das Neue kritisch geprüft werden. K. hat 2 Mal unter Hedonalnarkose operiert und hat einen sehr günstigen Eindruck davongetragen. Zur Zeit lässt sich über die Frage der Bedeutung der Methode noch nicht entscheiden.

F. Pikin (Petersburg). Anschliessend an den Vortrag über intravenöse Hedonalnarkose berichtet P. über Erfahrungen mit intravenöser Aethernarkose, ausgeführt in der chirurgischen Abteilung des Obuchowhospitals für Frauen. Die Narkose wurde nach Burkhardt ausgeführt. Die Beobachtungen wurden mit dem 16. Falle abgeschlossen, da dieser letzte mit dem Tode auf dem Operationstisch endete. 15 verschiedene Operationen sind dagegen mit gutem Erfolg und ohne Störungen mit dieser Narkose ausgeführt.

Die Narkose tritt ca. nach 5 Min. ein. Es wird eine Aetherlösung von 5:100 in Kochsalz gebraucht. Durchschnittsquantum für Beginn der Narkose 435 ccm. der Aetherlösung. Zur Unterhaltung der Narkose muss von Zeit zu Zeit von 50—100 ccm. Lösung in die Vene noch eingeführt werden. Durchschnittsquantum der Aetherlösung für 1 St. Narkose 1500 cc., also 75 ccm. reinen Aether. Keine ausgesprochene Excitation, ruhiger Schlaf, postoperativer Verlauf glatt. Keine Complicationen seitens der Atmungsorgane. Urin frei von Eiweiss und Hämoglobin. Der Todesfall betraf eine 62 Jahre alte Frau in sehr schlechtem Ernährungszustande mit starker Arteriosclerose, Herztöne dumpf; der Pat. sollte eine plastische Operation wegen verbreitetem Wangencarcinom gemacht werden. Nach 4 Min. seit Beginn der intravenösen Aetherlösung Injection, es waren 300 ccm. Lösung eingeführt, fiel der Puls plötzlich bis 40 in der Min., die Atmung stand. Mit der Eingiessung wurde sofort aufgehört, doch schwand auch der Puls und trotz directer Herzmassage konnte keine Herzcontraction mehr erzielt werden. Man hatte es hier mit einer Patientin zu tun, die überhaupt nicht hätte narkotisiert werden dürfen, dieser Exitus darf der Methode nicht zur Last gelegt werden, das war ein Fall von Syncope, was nach einigen Tropfen eines Narkoticum eintreten kann. Der Fall zeigt aber auch, dass die intravenöse Aethernarkose nicht den Gefahren der allgemeinen Inhalationsnarkose vorbeugt. Die Methode hat sowohl ihre Vorteile, wie auch Nachteile. (Diese Mitteilung wird im Centralblatt für Chirurgie erscheinen).

Der Vorsitzende, S. Spassokukozkij (Saratow), resumiert das Gesagte, weist auf die grosse Bedeutung der neuen Methode hin. Für endgültige Schlüsse sei das Material aber noch zu gering, weitere Ausarbeitung der Methode ist erforderlich.

7) A. Kurotschkin (Moskau). Ueber Rectalnarkose. Aether zwecks Narkose in Dämpfen ins Rectum einzuführen ist schon von N. J. Pirogow im Jahre 1847 vorgeschlagen worden, von ihm wurde die Methode auch experimentell begründet und klinisch erprobt. Die Methode erhielt jedoch keine Verbreitung, nur in letzter Zeit fängt man an, sie häufiger anzuwenden. Vortrag. hat sie nach der Technik von Pirogow in 23 Fällen mit gutem Resultat angewandt, in keinem Falle Complicationen seitens des Darmes. Der Darm muss gut entleert sein, flüssiger Aether darf nicht ins Rectum kommen. Schlüsse: 1) Mit der rectalen Aethernarkose erhält man einen langen tiefen Schlaf, ausreichend für die grössten Operationen. 2) Vorsichtig angewandt, gibt die Methode keine Darmcomplicationen. 3) Die rectale Narkose hat grosse Vorteile bei Operationen am Gesicht und am Halse.

Priv.-Doc. A. Arapow (Saratow) befürwortet auch die rectale Aethernarkose, sie muss allerdings nur bei bestimmten Indicationen angewandt werden, diese Indicationen sind die Operationen am Gesicht, im Munde und am Halse.

Prof. Spisharnyj (Moskau) weist auf den Wert des mitgeteilten Materials hin, welches aber noch weiterer Ausarbeitung bedarf.

Priv.-Doc. W. Minz (Moskau) hat noch nicht die Rectalnarkose angewandt und macht einige theoretische Bedenken geltend; bei der Inhalationsmethode mit Aether strömt letzterer direct in die Lungen, ein Teil wird wieder durch Ausatmen ausgeschieden, der andere verteilt sich im Organismus, in erster Linie leiden also die Lungen, was durch fettige Entartung des Lungenepithels gekennzeichnet wird. Wenn der Aether durch das Rectum eingeführt wird, so ist der erste Filter die Leber. Der Gedanke über die Entartung der Leber veranlasste die Mitarbeiter von M. Scholkow und Hinzberg, sich mit dieser Frage experimentell zu beschäftigen. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, doch sind schon Ergebnisse vorhanden, die für die Möglichkeit einer Leberentartung sprechen. Die Frage der rectalen Aethernarkose muss daher zuerst experimentell begründet und erprobt werden.

Priv.-Doc. R. Wreden (Petersburg). Die Anwendung der rectalen Narkose hat enorme Vorzüge bei Operationen an den Luftwegen und in der Mundhöhle. Es ist nicht nur notwendig, das Rectum zu entleeren, sondern die Schleimhaut muss auch noch vor Reizung durch Aether geschützt werden. Zu diesem Zweck führt W. im Laufe von 2 Tagen nach einem Entleerungsklystier ins Rectum ein $1^1/_2$ Glas physiologischer Na-Cl-Lösung mit 1 Teelöffel Stärke and 1 Teelöffel mag. bismuti auf ein Glas der Lösung. W. hat keine Complicationen bei dieser Art von Narkosen gesehen.

8) Prof. W. Oppel (Petersburg). Zur Frage der arteriellen Anästhesie. Aus Tierexperimenten konnte der Schluss gezogen werden, dass Cocain, durch eine Arterie in den Organismus eingeführt, weniger stark wirkt, als Einführung derselben Dose Cocains in die entsprechende Vene. Diese Frage wurde experimentell in der Klinik des Vortragenden von S. Girgolaff und stud. Nasarow bearbeitet. In der Klinik wurde die arterielle Anästhesie 3 mal angewandt, durch eine Nadel wurde in die Arterie eine 0,5 pCt. Novocainlösung eingeführt. Die Arterie wurde dabei nicht unterbunden, die Anästhesie gelang vollkommen, keine Complicationen wurden beobachtet. Die Indicationen zu dieser Methode sind noch nicht ausgearbeitet, es ist nur bewiesen, dass sie überhaupt ausführbar ist. (Veröffentlicht in der Wratschebnaja Gaseta 1910).

9) G. Steblin-Kamenski (Moskau). Zur Frage der Venenanästhesie nach Bier. Das klinische Material betrifft 38 Fälle von Venenanästhesie in der Klinik von Prof. I. Spisharnyj. Auf Grund dieses Materials kommt Vortrag. zu folgenden Schlüssen: 1) Die Venenanästhesie ist eine unersetzliche Methode der Betäubung bei Operationen an den Extremitäten. 2) Je vollkommener die Technik, um so öfter gelingt die Anästhesie. 3) Wenn sie eingetreten ist, so hält sie lange Zeit vor. 4) Die Extremität muss vollständig blutleer gemacht werden, das Anästheticum muss langsam, ohne Gewalt eingeführt werden, in den Arm 25—50 Ccm., in das Bein 45—60 Ccm. der 0.5 pCt. Novocainlösung. 5) Complicationen und Vergiftungen werden nicht beobachtet. 6) Bei allen grossen Operationen an den Extremitäten ist die Venenanästhesie indiciert. 7) Contraindiciert ist sie bei acuten Entzündungen und bei acuten und diabetischen Erkrankungen der Gefässe. 8) Negative Seiten sind: die Ausführung nimmt viel Zeit in Anspruch, das Bewusstsein des Pat. bleibt erhalten. 9) Die Anatomie der Venen der Extremitäten muss studiert werden,

10) Durch pathologische Veränderung der Venen können einige Misserfolge der Anästhesie erklärt werden. 11) Zur Anästhesie eignen sich nicht nur die hauptoberflächlichen Venenstämme, sondern auch die Nebenäste. 12) Die Venenanästhesie muss registriert werden.

Die Discussion zu 8. und 9. fand zusammen statt.

Priv.-Doc. A. Woinitsch-Sjanoshenski (Petersburg) wies auf den Wert der arteriellen Anästhesie hin. Die Indicationen müssen vorsichtig gestellt werden. In einem Falle bei Thrombose der Hautvenen konnte die arterielle Anästhesie bei einer Oberschenkelamputation angewandt werden.

Prof. Spisharnyj. Die Venenanästhesie ist ein wertvolles und ungefährliches Verfahren. Die Arterienanästhesie ist interessant, doch kann sie gefährlich sein.

Prof. W. Oppel hat die Arterienanästhesie auch nicht viel angewandt, weil ja die Venenanästhesie leicht ausführbar und ungefährlich ist, doch wollte Vortrag. entgegen Bier beweisen, dass die Arterienanästhesie principiell möglich ist.

10) F. Protopopow (Moskau). Weitere Untersuchungen zur Frage der postoperativen Lungenentzündungen. Als Hauptursache der Lungenentzündungen wird gewöhnlich die Abkühlung des Körpers angenommen. Vom Vortrag. wurden folgende Tierexperimente gemacht: Kaninchen wurden laparotomiert, die Därme herausgepackt und in kühle (16° C.), nasse Tücher gewickelt, die Temperatur im Rectum fiel dabei bis 32° C. Nach 1—7 Tagen wurden die Tiere seciert und das Lungengewebe untersucht. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Abkühlung den Organismus schwächt; ein Zusammenhang zwischen der Abkühlung und einer Pneumonie konnte nicht festgestellt werden.

Prof. W. Oppel hat seinerzeit auch Tierversuche zur Klärung dieser Frage angestellt, aus denen hervorging, dass Abkühlung zur Infection prädisponiert.

11) Priv.-Doc. N. Petrow und S. Girgolaw (Petersburg) Ueber Nichtempfänglichkeit für experimentelles Carcinom. Die Versuche (c. 300) sind an Petersburger weissen Mäusen angestellt mit einem Tumor (Adenocarcinom), der vom Verstorb. Dr. N. Kannegiesser aus Berlin gebracht war. Der Tumor zeigt ein infiltrierendes Wachsen. Auf dem Gebiete der natürlichen Immunität weisen die Vortrag. auf eine Besonderheit der Tumorenimmunität hin, im Gegensatz zur bakteriellen Immunität: die Unempfänglichkeit geht streng nach den Arten. Die Tumoren wachsen nicht, nicht nur bei der Art nach weit entfernten Tieren, sondern auch nicht bei nahe verwandten Arten. Von den Theorien über Immunität gegen Tumoren, nehmen die Vortrag. die Teorie der Gewebsreizung und der entzündlichen Reaction an. Die Reaction ist specifisch bei Immunisation durch die Tumoren selbst oder durch histogen verwandte Gewebe; sie kann auch nicht specifisch sein bei Immunisation durch Mittel, die die Leukocytose heben. (Makro- und mikroskop. Präparate von Mäusekrebs werden gezeigt).

Priv.-Doc. A. Braunstein (Moskau). Ueberimpfungen an Moskauer Mäusen sind dem Vortrag. auch gelungen. Ehrlichs atreptische Theorie ist nicht widerlegt.

12) E. Hesse (Petersburg). Ueber die Antifermentbehandlung acuteitriger Processe. (Veröffentlicht im Russkij Wratsch 1910 № 5 und 6 und in Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie 1910).

Referent E. Hesse.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 20. April versammelten sich um 8 Uhr abends die Mitglieder des Pirogowschen Aerztecongresses im Actussaal des Weiblichen Medicinischen Instituts zu einer collegialen Zusammenkunft. Es waren über 1000 Personen anwesend. Landschaftsärzte und Aerztinnen waren stark vertreten.

— Die feierliche Eröffnung des XI. Pirogowschen Aerztecongresses fand am 21. April im grossen Saale der Adelsversammlung statt. Am Abend desselben Tages wurde die Ausstellung eröffnet, die sich in Zelten im Hofe des Weiblichen Medicinischen Instituts befindet.

— Am 21. April wurde der Russische Congress zur Bekämpfung der Prostitution im grossen Saale des Landwirtschaftlichen Museums eröffnet. Nachdem die Vorsitzende des Congresses, I. H. die Princessin Helene von Sachsen-Altenburg den Congress für eröffnet erklärt hatte, wurde zum Vorsitzenden Geheimrat Prof. Dr. W. v. Anrep erwählt, zu Vicevorsitzenden—Frau A. Filossofowa, Prof. O. v. Petersen, die Aerztin A. Schabanowa, W. Kljatschkina, General Lesnewitsch und A. Jelistratow, zum Secretär — M. Pokrowskij.

— Hochschulnachrichten.

Der Chef der Militärmedicinischen Akademie in St. Petersburg, Prof. Dr. A. Danilewskij, ist zum Ehrenmitglied der Akademie erwählt.

An der Militärmedicinischen Akademie ist der Privatdocent für Hygiene Dr. W. Lewaschow zum Professor der Hygiene ernannt. — Auf den durch Prof. S. Botkins Tod vacanten Lehrstuhl der akademischen inneren Klinik ist Prof. Dr. N. Tschistowitsch versetzt und der Lehrstuhl für Infectionskrankheiten für vacant erklärt.

Prof. S. Fedorow ist zum Mitglied des Militär-medicinischen gelehrten Comitees ernannt worden.

Der o. Professor der Universität in Warschau, Dr. med. Uschinskij hat sein Amt niedergelegt.

Der a. o. Professor an der deutschen Universität in Prag, Dr. W. Wiechowski ist zum a. o. Professor der Pharmakologie an der Universität in Wien ernannt.

Prof. Leber, Director der Augenklinik an der Universität zu Heidelberg, hat sein Amt niedergelegt.

— Cholera. Britisch Indien. In Kalkutta starben vom 6. bis zum 19. März 140 Personen. — Philippinen. In Manila erkrankten vom 30. Januar bis zum 1. März 9 Personen und starben 9, in den Provinzen erkrankten 140, starben 119.

— Pest. Britisch Indien. Vom 6. bis zum 12. März erkrankten 24530 Personen und starben 20928. — Aegypten. Vom 26. März bis zum 1. April erkrankten 18 und starben 11 Personen, — Mauritius. Vom 4. Februar bis zum 3. März erkrankten auf der Insel 38 Personen und starben 23.

— Poliomyelitis. In der Woche vom 27. März bis zum 2. April wurden in Niederösterreich 1 Erkrankung und in Steiermark 4 Erkrankungen constatiert. — In der Woche vom 3. bis zum 9. April wurde in Niederösterreich 1 Erkrankung constatiert.

— Der Flecktyphus herrscht in Russland epidemisch in den Gouvernements Woronesh, Minsk und im Schwarzmeergouvernement.

— Zur Eröffnung des Pirogowschen Congresses, speciell für die Tuberculose-Abteilung desselben, ist von Dr. S. Unterberger seine auf dem Washingtoner internationalen Tuberculose-Congress mit der goldenen Medaille prämierte illustrierte Tafel über Haus-Sanatorien im Kampfe mit der Schwindsucht in zweiter Auflage erschienen und zwar in mehr gefälliger Form und mit umgearbeitetem und abgekürztem Texte (Preis 30 Cop.).

Zugleich ist von demselben Autor eine kleine, gleichfalls populär gehaltene Arbeit über Errichtung von Haus-Sanatorien im privaten Leben, mit Angabe von Plänen und Kostenpreisen, erschienen. Die Pläne stammen aus dem St. Petersburger Architektur- und Bau-Comptoir von F. Mieritz und Gerassimow. Preis der Broschüre 10 Cop.

Nekrolog: Gestorben sind: 1) in Jekaterinoslaw am 8. März am Flecktyphus der stud. med. J. Kastratowitsch, der sich dorthin zur Bekämpfung der Epidemie begeben hatte; 2) am 28. März durch Morphiumvergiftung Dr. B. Kirejew im Dorfe Selitjba (Kreis Chwalynsk, Gouv. Ssaratow); 3) am 1. April plötzlich in Tschernigow G. Tessen, geb. 1851, approbiert 1876; 4) in Wladiwostok der Oberarzt des 11. Sibirischen Schützenregiments, Dr. N. Topalskij, geb. 1867, approbiert 1895; 5) in Berlin Dr. H. Wolf-Pletzer, geb. 1863, approbiert 1862; 8) am 9. April Dr. J. Smirnizkij, geb. 1878, approbiert 1903; 9) in Warschau am 22. April Dr. A Elsenberg, geb. 1852, approbiert 1876; 10) in Skarshisk Dr. B. Zjunkewitsch, geb. 1844, approbiert 1869. 11) in Leipzig Prof. D. Windscheid im Alter von 48 Jahren, bekannt durch seine Arbeiten über die traumatische Neurose; 12) Prof. Dr. H. Lenhartz. Chefarzt des Krankenhauses Eppendorf-Hamburg im Alter von 56 Jahren; 13) Dr. E. L. V. Oedmansson, Professor der Syphilidologie an der Med. Facultät in Stockholm; 14) Dr. O. C. Wolf, Prof. der Hygiene an der Northwestern-University Medical School in Chicago.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 18 St. Petersburg, den 1. (14.) Mai 1910. XXXV. JAHRGANG.

Congenitaler Hydrocephalus.

Von

Privat-Docent W. P. Shukowsky.

Von den banalen Hydrocephalusformen, in denen Flüssigkeitsmenge und Schädelgrösse parallel anwachsen, soll hier abgesehen werden. Ich möchte vielmehr die Aufmerksamkeit der Leser auf diejenigen Formen lenken, die ohne einen solchen Parallelismus verlaufen, — mit anderen Worten, wo eins der wesentlichsten Hydrocephalussymptome fehlt. Darunter sind aber keineswegs initiale und latente Fälle zu verstehen, sondern jene Formen, in denen, ungeachtet bedeutender Ansammlung hydropischer Flüssigkeit, der Schädel seine normalen Dimensionen beibehält, also der unter solchen Umständen zu erwartenden Drucksteigerung gleichsam nicht nachgeben will.

Aus der Literatur ist bekannt, dass derartige Fälle zu den grössten Ausnahmen gehören. So sind z. B. Fälle von Mikrohydrocephalie beobachtet worden, wo bei Hydrocephalus vorzeitige Verknöcherung der Fontanellen und Nähte eingetreten war. Ich selbst habe derartige Fälle mehrfach beobachtet; als Beispiele mögen zwei Fälle dienen, die ich in extenso wiedergebe.

In beiden Fällen bestand hochgradige Mikrocephalie,[1]) und erfolgte der Exitus bald nach der Geburt. Bei der Autopsie: gyri cerebri an beiden Leichen in ihrer Entwicklung zurückgeblieben; corpus callosum und fornix cerebri nicht vorhanden; der dritte Hirnventrikel ist mit den Seitenventrikeln verschmolzen; die Hinterhörner der Seitenventrikel sind ausserordentlich erweitert; die hinteren Partien der Hemisphären des Grosshirns mit der dura vermittelst der arachnoidea verwachsen, — an ihren Wänden ist keine Hirnsubstanz nachweisbar; dura verdickt, thalami optici und corpora quadrigemina sehr gut entwickelt, aquäductus Sylvii erweitert; die grossen Hemisphären sind mit einander verschmolzen und bilden vorn eine Art halbrunden Canals; gyri sind nicht vorhanden. Die Ventrikel communicieren mit dem Subarachnoidalraum. Pia und arachnoidea sind an der Oberfläche der erweiterten Hinterhörner der Seitenventrikel verdickt. (Arachnoidea mitsamt der pia hinten mit der hinteren Schädelwand verwachsen).

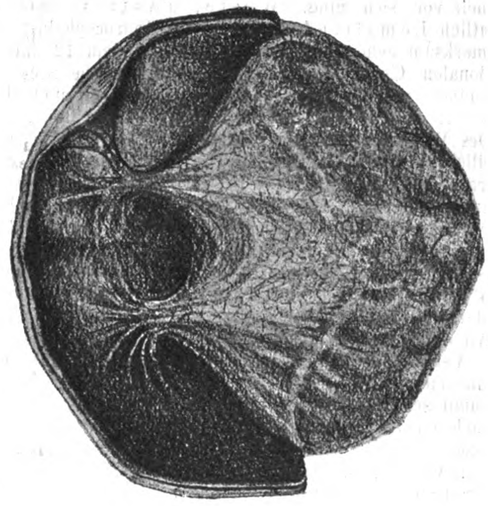


Fig. 1.
Mikro - hydrocephalia. (Natürliche Grösse). Gehirn eines Mikrocephalen mit congenitalem Hydrops der Ventrikel und stark gedehnten, mit der Dura verwachsenen Hinterhörnern. (Links — ein Teil des Schädels, rechts — die grossen Hemisphären, die eine Art halbrunden Canals bilden.

Von derartigen sozusagen teratologischen Facta abgesehen, kennen wir, Kinderärzte, keine Verhältnisse, unter denen ein congenitaler Hydrocephalus colossale Dimensionen annimmt, während der Schädel beim Neugeborenen sowohl die normale Form als auch die normalen Dimensionen beibehält. Das Dunkel, das noch immer die Pathologie des Embryo umhüllt, und die ungenügende klinische Verwertung des kindlichen Materials der Ge-

[1]) In dem einen Falle betrug der Kopfumfang 29 cm., in dem anderen 22 cm.

bäranstalten — das sind wohl die Quellen, aus denen die Defecte unseres Wissens in dieser Frage entspringen. In einem auf dem 13. internationalen Aerztecongress in Paris (pädiatrische Section) gehaltenen Vortrag habe ich über einen seltenen Fall von colossalem Hydrocephalus bei einem Neugeborenen berichtet, der durch eine congenitale Geschwulst der glandula pinealis hervorgerufen war; letztere hatte den Eingang in den aquäductus Sylvii verschlossen. Dabei zeigte der Schädel normale Dimensionen, obgleich die Ventrikel dermassen erweitert waren, dass die Hemisphären des Grosshirns, corpora callosa und fornices bis auf eine dünne (1 mm), mit der pia verschmolzene Schicht völlig geschwunden waren. Exitus am 6. Tage in völlig bewusstlosem Zustande und bei subfebrilen Temperaturen. Die Flüssigkeitsmenge betrug gegen 300 cm.; die cystenartige Geschwulst lag vor den corpora quadrigemina und verdeckte gänzlich den aditus ad aquäduct. Sylvii; vom plexus choroideus medius war bloss ein geringer Rest nachweisbar, der plexus choroid. dext. konnte überhaupt nicht aufgefunden werden.

In diesem Falle hatten sowohl mechanische, als atrophische Processe mitgespielt. Trotz der Seltenheit dieser Beobachtung bin ich doch der Meinung, dass sie einer Kategorie analoger Fälle von Hydrocephalus bei älteren Kindern zugereiht werden kann, in denen die Flüssigkeitsansammlung in den Ventrikeln aus mechanischen Gründen, d. h. wegen Verstopfung der hinteren Ventrikel durch die verdickte Ependymschicht, mehr oder weniger schnell vor sich ging. Weste, d'Astros und namentlich Lemaitre haben auf diese Hydrocephalusform aufmerksam gemacht; Letzterer trat auf dem 12. internationalen Congress in Moskau (pädriatrische Section) mit einer neuen Hydrocephalustheorie hervor und plädierte für die Möglichkeit chirurgischer Behandlung.

Des Weiteren sind mir wiederholt Fälle vorgekommen (freilich habe ich dieselben nur in der russischen Fachliteratur beschrieben), wo bei Neugeborenen nach einem Trauma sub partu sich relativ schnell Hydrocephalus entwickelte, der mit Bewusstlosigkeit und subnormalen Temperaturen einherging. Dabei ergab jedoch die Autopsie nicht jene bekannte Form, die durch Wundinfection des Schädels und der Markhüllen entsteht, sondern Bluterguss ins Gehirn und Verstopfung des aquäductus Sylvii durch Blutgerinnsel, die eine freie Communication der Ventrikelflüssigkeit mit dem Subarachnoidalraum behinderten.

Somit scheinen im allgemeinen die durch mechanische Ursachen erzeugten Hydrocephalusfälle bei Kindern keine besonders grosse Seltenheit zu sein, doch darf nicht vergessen werden, dass in den letzterwähnten Beobachtungen der Schädel durch Druck von innen heraus vergrössert und das Cardinalsymptom des gewöhnlichen Hydrocephalus — Schädelvergrösserung — vorhanden war; beides fehlte sowohl in dem obenbeschriebenen, durch eine Geschwulst der glandula pinealis erzeugten Fall, als auch in einem zweiten, dessen ausführliche Wiedergabe ich nachfolgen lassse, wobei mich der Gedanke leitet, dass in beiden Fällen nicht allein die trotz vorgeschrittenem Hydrocephalus normale Schädelgrösse, sondern auch manche Nebenumstände Beachtung verdienen.

Hier die Krankengeschichte eines neuen seltenen, von mir beobachteten Falles.

Anamnese. Die Eltern des Kindes sind russische Bauern in nicht vorgerücktem Alter, beide vollkommen gesund; Vater Tischler, nicht Potator, keine Syphilis. Mutter hauswirtschaftlich tätig. In Petersburg leben beide erst seit einem Jahr, nachdem sie vorher auf dem Lande gewohnt haben. Von vier Kindern, das letzte mit eingerechnet, sind zwei am Leben: das erste Kind starb auf dem Lande im Säuglingsalter an einem Darmkatarrh; das zweite und dritte sind am Leben (10 und 11 Jahre alt); erst nach 10 Jahren trat wieder die vierte und letzte Schwangerschaft ein und im 6.—7. Monat dieser Schwangerschaft erkrankte sie an asiatischer Cholera und war anlässich dieser Erkrankung über 5 Wochen in einem der Petersburger Spitäler in Behandlung. In dieser Zeit spürte sie besonders deutlich die Bewegungen der Frucht, die übrigens noch vor ihrer Aufnahme ins Spital begonnen hatten, wie das aus ihren Angaben ersichtlich ist («ein leises Regen hatte ich schon vor dem Spital verspürt» . . .).

Vor dieser Erkrankung hatten weder sie, noch ihr Mann irgend welche Krankheiten durchgemacht, lebten immer zusammen. Der lange Aufenthalt im Spital, wo sie mit allerlei Infusionen und Injectionen, Bädern und Frictionen behandelt wurde und wo, wie sie deutlich im Gedächtnis behalten, in Anschluss an die Krankheit «grosse und langwierige» Decubitalwunden entstanden waren, hatte eine grosse allgemeine Schwäche hinterlassen, deren Folgen noch heute merkbar sind.

Symptome. Ausgetragenes Mädchen von mittlerem Ernährungszustand und normalem Gewicht, wurde trotz normalen Geburtsactes in tiefer Asphyxie geboren, und zwar den 11. März 1909, 6 Uhr morgens (Schädellage); durch Belebungsversuche (Schwenken und Eintauchen in kaltes und heisses Wasser) gelang es, in einigen Minuten die Atmung in Gang zu bringen.

Dimensionen bei der Geburt:	Gewicht	3300	g.
	Wuchs	50	cm.
	Kopfumfang	35,5	»
	Brustumfang	32	»

Die ersten drei Tage bot das Kind nichts Bemerkenswertes; es war ruhig und schlief gut; erst am 4. Tage fiel es auf, dass das Kind noch immer nicht saugte und nicht schrie, wie andere Kinder, sondern unaufhörlich schlief. Bei der Untersuchung konnte ich Folgendes constatieren: ungewöhnliche Apathie, Somnolenz, kein Geschrei und völliger Appetitmangel: vom Saugen war keine Rede, das Mädchen schluckte mit grosser Mühe die mit Teelöffel in den Mund gebrachte Milch.

Kopf von regelmässig rundlicher Form und fast normaler Grösse, ohne merkliche Vorsprünge. Das Gesicht zeigt gleichfalls normale Dimensionen, wobei aber eine sehr charakteristische Erscheinung ins Auge springt: häufige Drehung der Augäpfel nach unten und innen (fast ständige Convergenz). sowie sehr merkliche beiderseitige Ptosis; Pupillen von verschiedener Grösse. Um dieselbe Zeit liess sich palpatorisch bedeutende Spannung und geringe Erweiterung der Fontanellen und Nähte wahrnehmen, die linkerseits, namentlich an der kleinen Fontanelle hinten und den suturae lambdoideae seitlich deutlicher ausgeprägt war. Puls verlangsamt — bis 90 in der Minute, Temperatur subnormal — gegen 34,0°. Kein Erbrechen. Dieser Gesamtzustand des kranken Kindes wurde mit jedem Tage schlimmer, das Gewicht sank progressiv, am 10. Tage wog das Kind bereits 2800 g. (also um 600 g. weniger als bei der Geburt), was hauptsächlich in dem chronischen Hunger seine Erklärung fand (das Kind konnte nur schlucken und auch das nur ungenügend). Obstipation und Harnverhaltung, Abmagerung und Erkaltung des Körpers, Apathie und schlaffe Bewegungen, Somnolenz, bedeutend verlangsamte Ablösung der Nabelschnur, Appetitlosigkeit und allgemeine Verlangsamung der psychischen und physischen Processe — das waren die eigentümlichen Erscheinungen, unter denen das Kind seit dem ersten Tage existierte.

Am 10. Tage verliess das Kind die Kinderabteilung der Gebäranstalt, doch verlor ich es nicht aus dem Auge, da ich die Beobachtung bei der häuslichen Behandlung fortsetzen konnte.

Es erwies sich, dass die Nabelschnur erst am 23. Tage abfiel und die geschilderten Erscheinungen ständig progressierten. Der Kopfumfang wurde aber, nachdem er in den ersten Lebenstagen etwas zugenommen hatte, später wieder kleiner (am 10. Lebenstage 36,5 cm., am 23. Lebenstage 35 cm.). Gegen Ende des ersten Monats waren Fontanellen und Nähte wieder etwas weniger hervorstehend und gespannt; der Schädel zeigte die gleiche rundliche Form und hatte sich dem Anscheine nach nicht vergrössert, eher etwas verkleinert. Das Kind war so abgezehrt, dass es fast nur noch aus Haut und Knochen bestand. In den unteren und oberen Extremitäten und dem Nacken liess sich Rigidität der äusserst abgezehrten Muskeln wahrnehmen; die Reflexe sind abgeschwächt, die Empfindlichkeit herabgesetzt. Das Kind schläft fast ohne zu erwachen. Nur durch die geringen Quantitäten Milch, die das Kind hin und wieder schluckte, fristete es seine schwache Existenz, die aber noch längere Zeit fortgedauert hätte, wenn nicht von anderer Seite eine neue Gefahr aufgetaucht wäre: aus der nicht verheilten Nabelwunde traten noch immer mit Eiter gemischte Blutstropfen hervor, die Wundränder begannen zu schwellen, und die Temperatur stieg, bis schliesslich am 30. Lebenstage der Tod an Septicaemie durch Nabelinfection erfolgte.

Autopsie. Der Schädel bietet dem Aussehen nach nichts Abnormes; er ist rundlich geformt. Die Schädelnähte sind etwas erweitert, namentlich linkerseits; Fontanellen etwas

vergrössert. Die Knochen des Schädeldachs sind ziemlich hart, lassen sich aber mit der Scheere gut schneiden. Beim Einschneiden in den Schädel rechts begann sofort eine durchsichtige, citronengelbe Flüssigkeit sich zu entleeren, und beim Weiterschneiden wurde ein eigentümliches Knittern vernehmbar, wie wenn der Knochen über einem Hohlraum geschnitten würde. Und in der Tat erwies sich die Schädelhöhle, nachdem 350 ccm. dieser Flüssigkeit entfernt waren, fast leer, da nur geringe Reste des Gehirns erhalten waren, die plattgedrückt und in die linke Schädelhälfte verdrängt, teils in der Mitte, teils in den Schädelgruben der linken Hälfte der Schädelbasis lagen. (Siehe Fig. 2). Das ganze Gehirn wog nur 50 g.

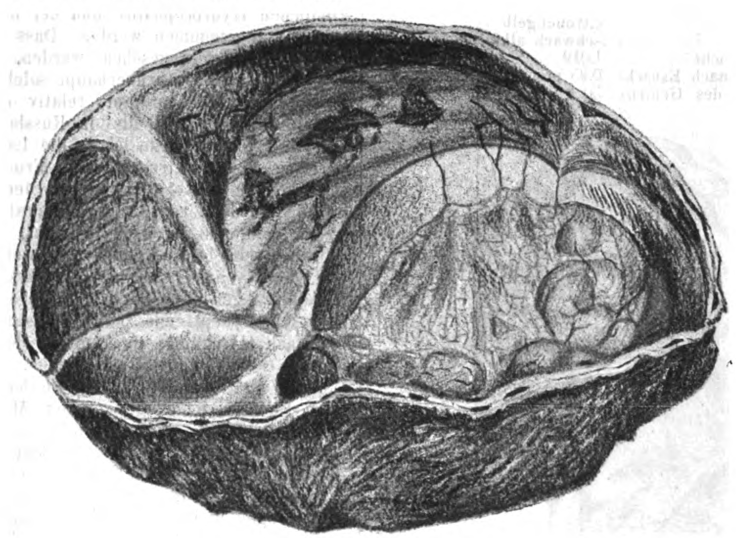


Fig. 2.

Schädel rechts geöffnet. (½ der natürlichen Grösse). Hydrocephalus congenitus. An der Innenfläche der Dura befinden sich überall Inseln zarter Pseudomembranen mit Hämorrhagien von ziemlich geringer Ausdehnung. Die Arachnoidea ist von der Pia getrennt und an vielen Stellen durch feine, fadenförmige Stränge mit der Dura verwachsen (Pachymeningitis haemorrhagica interna).

Die Knochen des Schädeldachs sind sehr stark injiciert. Die Schädelbasis ist an der Innenseite leicht nach links abgedacht. Die rechte mittlere Schädelgrube ist flacher und etwas kleiner als die linke. Die rechte hintere Grube ist merklich kleiner als die linke. Der proc. falciformis major et minor sind stark nach links verschoben, der sinus falciformis superior aber normal gelagert, nur sehr schmal, wie comprimiert (Fig. 2). sin. falcif. maj. sehr schmal, durchschimmernd und zeigt Hämorrhagien in Form von Pünktchen, Streifen und grösseren Flecken verschiedener Dimension. Tentorium cerebelli verdickt, die dura mater der rechten Hälfte dicker, der linken dünner als in der Norm. (An der Innenfläche der Dura befinden sich überall Inseln zarter Pseudomembranen mit Hämorrhagien von ziemlich geringer Ausdehnung). Die Nervenstämme der rechten Seite sind bedeutend dünner als die der linken.

Die arachnoidea (der linken Hemisphäre) ist von der pia getrennt und an vielen Stellen durch feine fadenförmige Stränge mit der dura verwachsen; das gleiche ist auch an der dura des Kleinhirns sichtbar (s. Fig. 2).

Die arachnoidea hing nach dem Abfliessen des Liquor aus der Schädelhöhle sackförmig herab und stand teilweise mit den proc. falciformes und der dura in Verbindung (sie war fast an der ganzen Hirnoberfläche durch Flüssigkeit emporgehoben), und das ganze Gehirn in toto präsentierte eine abgeflachte Masse, deren unterer vorderer Teil fest an die dura mater des linken Stirnknochens angeheftet war. Unter den atrophierten Gehirnresten war weder ein corpus callosum, noch eine fornix cerebri auffindbar. Die Hirnwindungen sind gut entwickelt, aber abgeplattet. Die pia mater ist in allen Hirnteilen ziemlich dünn und injiciert. Die plexus choroidei sind verdünnt und an ihren Enden kleine erdartige Stückchen fühlbar. Der linke Seitenventrikel ist stark erweitert, der rechte comprimiert und abgeplattet. (S. Fig. 3). Der mittlere Ventrikel ist gleichfalls erweitert und oben wegen Fehlens von corpus callosum und fornix offen. Im Hinterhorn des linken Ventrikels ist oben die Hirnsubstanz vernichtet und nur pia mitsamt arachnoidea sind erhalten und bedecken als dünnes, durchsichtiges Häutchen das Hinterhorn des Ventrikels. Das Gleiche lässt sich im rechten Seitenventrikel feststellen, in dessen oberer Wand die Marksubstanz gleichfalls zugrunde gegangen ist und nur arachnoidea und pia

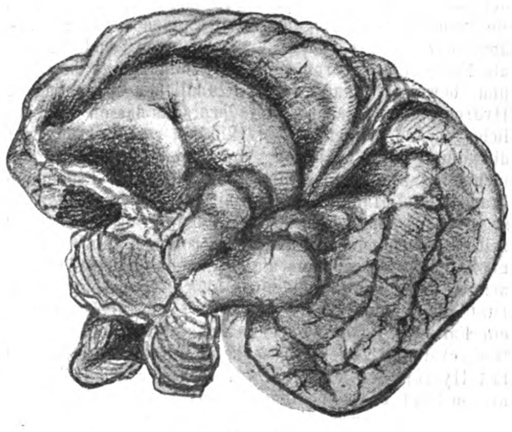


Fig. 3.

Gehirnreste (Gewicht = 50 grm.) comprimiert namentlich rechterseits und von oben. Man sieht deutlich den eröffneten linken Seitenventrikel und die übrigen atrophierten Partien.

erhalten sind, die auch hier als zarte, durchsichtige Membran den Ventrikel bedecken. Die thalami optici sind rechts etwas grösser als links, ebenso die corpora quadrigemina, die abgeflacht erscheinen. Glandula pinealis sehr klein, stellt zwei kleine Körnchen dar, ihre Stiele sind noch erhalten, aber sehr dünn. Aquäductus Sylvii nach rechts verschoben und gekrümmt und bis Schwund des Lumens plattgedrückt. Der vierte Ventrikel ist stark erweitert; in seiner hinteren Partie ist beiderseits die Marksubstanz geschwunden und durch die ziemlich derbe arachnoidea mitsamt der pia ersetzt. Cere-

bellum in toto wesentlich verkleinert, dabei ist seine rechte Hemisphäre deutlich kleiner als die linke, und er ist von oben nach unten in seiner ganzen Ausdehnung stark abgeplattet. Medulla oblongata und Pons sind abgeflacht.

Analyse des Liquor cerebri:

Quantität	350 ccm.
Farbe	citronengelb
Reaction	schwach alkalisch
Spec. Gewicht	1,012
Eiweiss (nach Esbach)	0,25 pro mille
(Gewicht des Gehirns	50 g.)

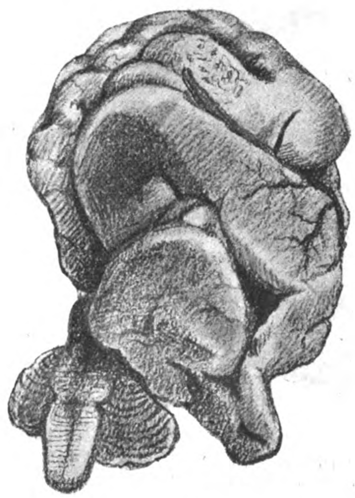


Fig. 4.

Dasselbe Gehirn von unten betrachtet.

Wir haben gesehen, dass die Plexus choroidei verändert waren. Das Mikroskop hat ausserdem gezeigt, dass sie von bindegewebigen Verdickungen und Sclerosen durchsetzt waren. Diese Veränderungen sind natürlich als Folge ihrer chronischen Entzündung zu betrachten und beweisen somit den entzündlichen Ursprung des Hydrocephalus internus. Andererseits lassen sich deutliche Veränderungen der Markhüllen constatieren, wobei die dura überall Spuren von hämorrhagischer Pachymeningitis zeigt, und zwar in Gestalt zarter Pseudomembranen mit Hämorrhagien, mithin Erscheinungen von sog. Hydrocephalus externus. Es darf also hier gleichzeitiges Vorhandensein eines inneren und äusseren congenitalen Hydrocephalus angenommen werden. Ein derartiges Zusammentreffen muss gleichfalls als grosse Rarität angesehen werden: aus der Literatur ist mir nur ein Fall von Bourneville bekannt, wo bei der Section cystenartiger Hydrocephalus externus gleichzeitig mit Hydrops der Ventrikel angetroffen wurde („l'autopsie fit constater en même temps, qu'un épanchement ventriculaire, existence d'une hydrocephalie externe nettement enkystée").

Unter solchen Umständen muss besonders eine äusserst seltene Beobachtung betont werden, und zwar die Möglichkeit congenitaler innerer hämorrhagischer Pachymeningitis bei Kindern, wo sie bekanntlich auch im extrauterinen Leben im ganzen nur selten angetroffen wird. Wenn nach Astros „der Hydrocephalus externus niemals congenital" auftritt („l'hydrocephalie externe, il est vrai, n'est jamais congenitale"), so kann ich meinerseits dieser kategorischen Aeusserung gegenüber behaupten, dass ich schon einmal bei einem am 11. Tage gestorbenen Kinde sowohl bei Lebzeiten als auch postmortal einen zweifellos analogen Fall in Gestalt einer Cyste über der rechten Grosshirnhemisphäre beobachtet habe.

Als Ursache der Pachymeningitis werden bekanntlich vorzugsweise acute Infectionskrankheiten angeführt (Masern, Pocken und dergl.), um so mehr darf in meinem Falle ein enger Zusammenhang zwischen dem kindlichen Hydrocephalus und der mütterlichen Cholera asiatica angenommen werden. Dass derartige Fälle als äusserst selten angesehen werden, mag daran liegen, dass wir, Kinderärzte überhaupt solchem Material wenig Beachtung schenken und relativ selten zur Section schreiten. Erst durch die in Russland jahrelang herrschende Cholera wurde ich in die Lage gesetzt, die Einwirkung dieses Virus auf die Frucht zu beobachten. Hier können Blutverdickung (bei der Frucht) oder Vergiftung der letzteren durch Choleratoxine im Spiele gewesen sein, ist es doch bekannt, dass die Choleravibrionen ein Toxin producieren, welches in allen Partien des Gehirns und Rückenmarks sehr wesentliche Veränderungen erzeugt. Bei der Section im Laufe unserer Choleraepidemie zugrunde gegangener Kinder sind mehrfach Hyperämie und Oedem der Pia und des gesamten Gehirns constatiert worden.

Mein Fall beweist, dass Choleraintoxication schon beim Embryo Entzündungen der Markhüllen herbeiführen kann. Es handelt sich hier um einen seltenen und eigenartigen Fall von congenitalem Hydrocephalus bei einem Kinde, das einen Monat gelebt hat.

Aus den von einem bekannten Künstler hergestellten Abbildungen und der Krankengeschichte ist ersichtlich, dass namentlich die oberen und hinteren Gehirnteile atrophiert sind bis auf die arachnoidea, die hier mit der pia eng verbunden ist. Corpus callosum und fornix cerebri waren vermutlich mit den abgehobenen Hüllen in Zusammenhang geblieben und, an ihrer Innenfläche haftend, durch Atrophie zerstört (S. Fig. 2 u. 3).

Trotz der starken Deformation des Grosshirns sind, wie ersichtlich, seine Gyri gut entwickelt, wenn auch abgeplattet. Die gut ausgebildeten Windungen lassen schliessen, dass der Ausbruch des hydrocephalitischen Processes wahrscheinlich auf den 6. oder 7. Monat des intrauterinen Lebens fiel. Dieses ist auch gerade die Zeit, wo die Mutter schwer an Cholera daniederlag; die Erkrankung des Kindes kann somit mit der Krankheit der Mutter in Zusammenhang gebracht und der ganze Process in folgender Weise dargestellt werden. Zweifellos ist das Kind durch die mütterliche Erkrankung in seiner Entwickelung beeinflusst worden, doch ist der Mechanismus dieser Einwirkung schwer verständlich; nur eins scheint festzustehen: dass beim Kinde im 6.—7. Monate des Fötallebens eine Hydrocephalitis entstanden war, die wahrscheinlich mit fettiger Degeneration des Gehirns und nachfolgender Atrophie einiger Partien desselben (Corpus callosum, hintere Abschnitte der Hemisphären) einherging. Durch die angesammelte Flüssigkeit wurden arachnoidea und pia emporgehoben dann aber local durchbrochen, die ausströmende Flüssigkeit sammelte sich allmählich in der Schädelhöhle an und verursachte alle oben beschriebenen Deformationen. Vielleicht hatte sich auch eine Pachymeningitis gebildet die für die localen Verwachsungen zwischen arachnoidea und dura verantwortlich gemacht werden kann. Besonderes Interesse erweckt in dem geschilderten Falle der Umstand, dass ein directer Zusammenhang zwischen mütterlicher und fötaler Erkrankung—also eine congenitale, durch Cholera der Mutter erzeugte Hydrocephalitis des Kindes nachgewiesen werden kann.

Ueber panoptische Blutfärbung.

Von

Dr. med. H. Pander, Riga.

Seit dem November 1908 wende ich für Blutpräparate eine Färbung an, die in einer Combination der May-Grünwald- mit der Giemsafärbung besteht. Im selben Jahr hat auch Pappenheim[1]) eine Combination dieser Färbungen angegeben, die etwas anders ausgeführt wird, und, soweit aus dem Referat in den Folia hämatologica[2]) zu ersehen, für Deckglaspräparate bestimmt ist. Für Bluttrockenpräparate benutze ich ausschliesslich Objectträger, und dementsprechend ist die hier zu behandelnde Färbemethode für Objectträgerpräparate zugepasst. Die Färbung hat sich mir als einfache, bequeme und sichere bewährt, so dass ich nicht anstehe, sie nunmehr den Collegen zu empfehlen, und zwar um so mehr, als in den hierauf bezüglichen Lehrbüchern der letzten Jahre[3]) keine Angaben über diese combinierte Färbung zu finden sind.

Ausser den beiden Farbstoffen (eosinsaures Methylenblau und Giemsalösung), die von Grübler durch die Apotheken bezogen werden können, und absolutem Methylalcohol ist kaum etwas nötig, was nicht zu den gewöhnlichen Utensilien eines jeden Arztes gehörte. Fliesspapier, Aq. dest., einige Tropfgläschen und dergl.). Es ist freilich empfehlenswerter, das eosinsaure Methylenblau sich selbst herzustellen: eine wässrige (Aq. dest.) Lösung von Eosin Höchst 1:1000 und von Methylenblau medicinale Höchst 1·1000 werden zu gleichen Teilen gemischt; diese Mischung lässt man 1 Woche oder länger stehen, schüttelt sie wiederholt durch, filtriert, wäscht den Niederschlag gründlich mit Aq. dest. aus und lässt ihn dann trocknen.

Die ausschliessliche Verwendung von Objectträgern hat in praxi mehrfache Vorzüge: 1) ist nur diese eine Gattung von Gläsern vorrätig zu halten, 2) sind Objectträger weniger zerbrechlich als Deckgläschen, 3) sind sie wiederholt benutzbar, indem man nach Erledigung eines Präparates dasselbe in Wasser abweicht und abwäscht. Die Objectträger müssen geschliffene Kanten haben. Mit der schräg aufgesetzten schmalen Kante eines Objectträgers wird der dran hängende kleine Blutstropfen über den anderen Objectträger ausgestrichen resp. ausgezogen. Das Blut erleidet hierbei nicht den geringsten Druck, was selbst bei geschicktester Ausführung der Deckglaspräparate nicht absolut zu vermeiden ist. Das lufttrockene Präparat wird hierauf mit May-Grünwaldlösung gefärbt, indem man es ohne vorherige Fixierung auf 10 Secunden in die Farblösung (gesättigte Lösung von eosinsaurem Methylenblau in absolutem Methylalcohol: ca. 5,0 auf 300,0) taucht, dann kurzes Abspülen in Aq. dest., dem ein paar Tropfen May-Grünwaldlösung zugesetzt sind und Trocknen zwischen Fliesspapier. Diese Präparate sind, dann in May-Grünwaldfärbung sofort zur Untersuchung fertig: 1 Tropfen Cedernöl kommt direct aufs Präparat und wird nachher mit einem weichen Läppchen abgewischt, welche Procedur ein Präparat mehrere Mal verträgt. Häufig genügt diese Färbung zur gewünschten Orientierung.

Will man aber besser resp. panoptisch gefärbte Präparate haben, dann überfärbt man einfach mit Giemsalösung: 4 Tropfen auf 1 ccm. Aq. dest.; das Präparat wird mit dieser Lösung reichlich bedeckt, nach 15 bis 20 Minutun kurz abgespült in gewöhnlichem Wasser (zweimaliges Eintauchen) und zwischen Fliesspapier getrocknet. Das Angenehme und praktisch Wichtige hierbei ist, dass die erste Färbung mit eosinsaurem Methylenblau minimale Zeit beansprucht und dass die zweite Färbung nach beliebig langer Zeit vorgenommen werden kann, nach Stunden, bis mehreren Monaten.

Ich habe nach ³/₄ Jahren noch wohlgelungene Färbungen erhalten; man muss dann nur die Färbeflüssigkeit etwas länger (30—45 Minuten) wirken lassen. Eine weitere Annehmlichkeit dieser Färbung ist die, dass sie sich vorzüglich zur Betrachtung bei künstlicher Beleuchtung eignet. Klarheit der Bilder und Vielseitigkeit in färberischer Hinsicht zeichnen diese Präparate aus und erleichtern dem Auge wesentlich die Mikroskopierarbeit.

Wie der Name „panoptisch" besagt, kommt bei dieser Färbung alles zur Darstellung, was am Blutpräparat überhaupt bisher zugänglich war.

Sämtliche Granulationen sind gut und deutlich gefärbt. Die neutrophile präsentiert sich feinkörnig, violettrosa, die eosinophile — grobkörnig, braun, gewöhnlich auf bläulichem Grunde, die basophile der Mastzellen—dunkelviolett, bis schwarz auf rötlichem Grunde, die azurophile-rot; die basophile Punctierung der Erytrocyten blau, bis blauschwarz. Basophilie, Polychromatophilie, Hämoglobingehalt der Erytrocyten kommen gut zur Ansicht; Kern- und Protoplasmastructur, sowie Kernkörperchen sind deutlich.

Bei der praktischen Ausführung dieser Methode halte ich es für besonders wertvoll, 1) dass die erste Färbung, die nicht allzulange aufgeschoben werden soll, so schnell (in Bruchteilen einer Minute) auszuführen ist und dass sie zeitlich nach Belieben von der zweiten Färbung mit Giemsalösung getrennt werden kann; 2) ist die Sicherheit eines guten Färberesultates hervorzuheben, indem selbst solche Giemsalösungen, die bei alleiniger Giemsafärbung als nicht befriedigend sich erweisen, hierbei noch durchaus gute Färbungen liefern.

[1]) Med. Klinik 1908. № 32.

[2]) Fol. hämat. 1908. p. 421.

[3]) Sahli, Lehrb. d. klin. Untersuchungsmethoden 1909. Müllern, Grundriss der klin. Blutuntersuchung 1909. Schridde u. Nägeli, hämatolog. Technik 1910.

Referate.

Kernbaum: Wasserzersetzung durch ultraviolette Strahlen. Schweiz. Wochenschr. für Chem. und Pharm. Heft 10, S. 154. 1910.

Für das Sterilisieren von Wasser wurde ein Verfahren vorgeschlagen, das in der Einwirkung ultravioletten Lichtes besteht. Die Beobachtung, dass im Wasser, das der Wirkung von Radium β-Strahlen ausgesetzt wird, Wasserstoffsuperoxyd sich bildet, veranlasste den Autor, zu untersuchen, ob nicht ultraviolette Strahlen eine ähnliche Zersetzung des Wassers veranlassen, was ihre sterilisierende Wirkung erklären würde. Er belichtete ausgekochtes, destilliertes Wasser in einem Quarzgefässe mit den Strahlen einer Quecksilberlampe und nahm schon nach 10 Stunden eine deutliche Gasentwickelung wahr, die erst zunahm, dann schwächer wurde und in den letzten 35 Stunden des 200 Stunden währenden Versuches unmerklich war. Es hatten sich etwa 260 mm³ Gas entwickelt, das als Wasserstoff erkannt wurde; gleichzeitig aber konnte durch die verschiedenen Reactionen die Anwesenheit von Wasserstoffsuperoxyd im Wasser einwandfrei nachgewiesen werden. Diese Versuche beweisen direct, dass die ultravioletten Strahlen das Wasser in ähnlicher Weise zerlegen, wie die β-Strahlen des Radiums, nach der Gleichung $2\,H_2O = H_2O_2 + H_2$.

Ed. Lezenius.

Dr. Schuster-Bad Nauheim: Zur Dauerwirkung CO_2-haltiger Soolbäder bei Kreislaufstörungen. Medicinische Klinik. 1910. Nr. 15.

Die Temperatur und chemophysikalische Beschaffenheit CO_2 haltiger Soolbäder (29—32° C.) rufen zunächst eine mehr oder weniger starke impulsive Anregung des Herzens hervor, nach welcher alsbald eine Entlastung eintritt mit nachfolgender Verlangsamung der Herzaction und Erhöhung des Schlagvolums. Es handelt sich hier nicht blos um eine directe, periphere, sondern auch um eine reflectorische, centripetale Gefässwirkung mit centralem, cardialem Reizeffect. Die innigen vitalen Beziehungen zwischen Herz und Gefässsystem, die zur gegenseitigen Anpassung und Regulierung führen, können durch zweckmässige Anregung bestehende Kreislaufstörungen beseitigen resp. bessern, wie die jahrelangen Beobachtungen an zahlreichen Fällen lehren. Eigenartig sind die im Laufe der Cur auftretenden Reactionserscheinungen. Die Ausgleichungen spielen sich eben nicht immer einfach und glatt ab. Erst wenn die Reizwirkungen gänzlich abgeklungen sind, stellt sich eine gewisse Harmonie und ruhige Anpassung ein, ein Zustand, den man als «Nachwirkung» bezeichnet.

Durch unzweckmässige Anwendung CO_2-haltiger Soolbäder können auch Misserfolge eintreten. Genaue ärztliche Controlle ist deshalb nötig. Leider haben wir bis jetzt noch keine zuverlässige Methode, um genau festzustellen, welche Patienten für eine derartige Cur sicher geeignet sind. Die Erfahrung, der praktische Blick und das Feingefühl des Arztes entscheiden vorerst noch. Es kommen auffallende Erfolge vor, selbst bei sehr schweren Fällen, es muss jedoch noch eine genügende, anregungsfähige Reservekraft des Herzens vorhanden sein, um unter Mitwirkung des mit dem Herzen vital verbundenen Gefässsystems gute und dauernde Erfolge erzielen zu können. Schwere Erschöpfungszustände des Myocards, bei denen man keine genügende Reservekraft mehr vermutet, bilden eine Contraindication.

Bei Arteriosclerose sind CO_2-haltige Soolbäder entschieden angezeigt. Man muss hier nur sein Augenmerk mehr auf die schonende Wirkung der Bäder richten, indem man die Temperatur mehr dem Indifferenzpunkte nähert und durch mildere Bäderformen die Reizwirkungen nicht zu stark werden lässt (Bad Nauheim zeichnet sich vor Allem durch Vielseitigkeit und leichte Dosierbarkeit seiner Bäderformen aus). — Aortenaneurysmen und Arteriosclerose der Coronararterien mit schweren Anfällen von Angina pectoris und cardialem Asthma bilden eine Contraindication.

Bei den Herzneurosen macht sich neben der Herz- und Gefässbeeinflussung auch eine, das Gesamtnervensystem umstimmende, beruhigende und kräftigende Wirkung der CO_2-haltigen Soolbäder besonders geltend. Bei schweren nervösen Erregungs- und Erschöpfungszuständen sind die Bäder contraindiciert.

Prof. C. Bayer-Prag: Adenoides Gewebe und Krebs. Prager Medicinische Wochenschrift. 1910. Nr. 1.

Der Verfasser versuchte, das Wachstum bösartiger Geschwülste durch Auflegen lebenswarmer, vom Rinde gewonnener Milzsubstanz zu beeinflussen. Die Erfolge waren an 5 Fällen nicht sehr beweisend. Auch innerliche Darreichung von Milzsubstanz wurde in einem Fall versucht. Eine locale Beeinflussung im Sinne einer Schädigung des Tumorgewebes wird vom Autor als möglich zugegeben.

Fischer-Prag: Zur Frage der Desinfection der Hände und des Operationsfeldes. Prager Medicinische Wochenschrift. 1910. Nr. 12.

Verfasser, dessen Arbeit aus der Bayerschen Abteilung des Prager Krankenhauses barmherziger Brüder stammt, bekennt sich als Anhänger einer in vernünftigen Grenzen durchgeführten Antisepsis, welche ihm vorteilhafter als eine nur teilweise durchgeführte Asepsis erscheint. So werden u. a. die Nähte mit Sublimat desinfeciert oder mit Jodoform eingepudert.

Hock: Moderne Lithotripsie. Prager Medicinische Wochenschrift. 1910. Nr. 15.

Bei der Wahl der Operationsmethode zur Entfernung von Blasensteinen ist nach der Ansicht des Verfassers der Litholapaxie der Vorzug zu geben. Dieses schonende Verfahren wird umso häufiger genügen, je früher die Krankheit erkannt wird. Vielen Kranken kann hierdurch die mit höherer Mortalität verbundene Sectio alta erspart werden. Ganz zu umgehen wird sie freilich nicht sein, und in solchen Fällen ist ihre Combination mit der Prostatectomie das beste Verfahren. Die Erfahrungen des Verf. gründen sich auf 100 eigene Fälle.

Hesse.

Boltenstern: Die Principien der Ekzembehandlung nach Prof. W. Scholtz. Deutsche Aerzte-Zeitung. 1910. Heft 2.

Die Ekzembehandlung hat in jedem Fall zweierlei zu berücksichtigen: die Aetiologie und die pathologische Anatomie. Meist wirken verschiedene Ursachen, äussere und innere, beim Entstehen eines Ekzems mit. Aeussere sind physikalische und chemische Schädlichkeiten, Licht, rauhe Luft, chemische Agentien (bei Aerzten, Wäscherinnen etc.). Aus einer arteficiellen Dermatitis, die bei Aufhören der Schädlichkeit schnell verschwindet, wird bei häufigen Wiederholungen der schädigenden Einwirkung ein Ekzem. Beim Waschen beruht die Schädlichkeit darauf, dass der Haut durch das Seifenwasser Fett entzogen wird, das Epithel seines Schutzes beraubt wird, so dass die Oberhautzellen an der Luft vertrocknen und die Haut rauh und spröde wird; in anderen Fällen ist die äussere Ursache Druck und Reibung (der Kleider), Kratzen bei Jucken etc. Die inneren Ursachen sind meist indirect wirkende disponierende Momente: Autointoxicationen vom Magendarm aus, Diabetes, Nephritis; ferner nervöse Einflüsse auf dem Wege der Gefässinnervation, worauf das Auftreten von Ekzemen an symmetrischen Regionen des Körpers beruht. Auch secundäre ätiologische Ursachen sind von Bedeutung, das Kratzen besonders, die Secundärinfection nässender Ekzemherde mit Strepto- und Staphylococcen etc. Neben den ätiologischen Momenten sind die pathologisch-anatomischen Veränderungen von Bedeutung, in erster Linie der Grad der Entzündung der Haut. Je acuter und intensiver die entzündlichen Vorgänge, um so milder und vorsichtiger muss die Behandlung sein, vor allem Fernhalten jeglichen Reizes. Die innere Behandlung richtet sich nach der Aetiologie und den inneren Ursachen. die Localbehandlung wird bestimmt durch die pathologischen Veränderungen der Haut. Ob Trockenbehandlung, Salbenbehandlung oder feuchte Umschläge, entscheidet vor allem die Stärke und Art der Exsudation. Bei starker, acut einsetzender Rötung und Schwellung kommt eine antiphlogistische Behandlung mit kühlenden Umschlägen (Borwasser, Liqu. Alum. acet. 1 pCt., Aq. Plumbi.) oder Puderbehandlung in Betracht. Bei papulösen Ekzemen oder Vesicopapeln sind Pasten, Zinköl oder Trockenpinselungen angebracht, auf die Pasten wird dick aufgepudert. An behaarten Stellen sind Pasten nicht angebracht. Den Pasten können Medicamente, wie Schwefel, Resorcin, Salicyl, Chrysarobin in schwachen Dosen zugesetzt werden, dann Ichthyol und Teer. Bei nässenden Ekzemen können statt der Umschläge auch Salben angewandt werden in festen Verbänden, am besten mit Vaselin, Lanolin oder beide gemischt mit Zusatz von Wasser (Kühlsalben); von Medicamenten als Zusatz zu den Salben in dem ersten Stadium benutzt man Borsäure, Kal. hyp., Acid. salicyl., Zink-Wismut etc. Durch Ruhigstellung und gute Lagerung sollen die Circulationsverhältnisse ausserdem geregelt werden. Im squamösen Stadium des Ekzems ist Trockenbehandlung mit Pasten und Zusatz von reducierenden Medicamenten, besonders Teer am besten. Um die Schuppung und Rauhigkeit der Oberhaut zu beseitigen, empfehlen sich die oben genannten Medicamente mit fetten Salben. Bei krustösen Ekzemen müssen die Krusten sorgfältig vor der Salbenanwendung durch Oele etc. abgeweicht werden. Bei hyperkeratitischen und rhagadiformen Ekzemen müssen die harten Hornschichten durch Seifenbäder, Salicylseifenpflaster, Gummihandschuhe und ähnl. erweicht werden, dann ist Teerbehandlung am Platze. Bei lichenoiden Ekzemen und chronischen, stark inveterierten Ekzemen leisten die Röntgenstrahlen oft gute Dienste.

W. Schiele.

Bücherbesprechungen.

Dr. G. Liebe. Vorlesungen über Tuberculose. Die mechanische und psychische Behandlung der Tuberculösen, besonders in Heilstätten. München, 1909. S. F. Lehmanns Verlag. VIII. 267 Seiten. Preis 5 M.

Das Werk stammt aus der Feder eines bekannten Tuberculoseforschers, der in der Fachliteratur eine hervorragende Stellung einnimmt. Liebe ist ein Anhänger der weitsichtigen biologischen Forscher, wie Hueppe, Martius, Goltstein, Nauof, Franke u. a., und sein Werk weicht sehr ab von so vielen der Neuzeit, die fast nur von «Ueberbakteriologen» und «Tuberculinfreunden» geschrieben. Die Grundlage jeder Behandlung der Tuberculösen bleibt doch immer die Brehmer-Dettweilersche in Heilanstalten; arzneiliche Behandlung kann nur als symptomatisch gelten.

Die Beschäftigung Lungenkranker ist eine äusserst wichtige Frage und muss noch immer sich Bahn brechen. Es gibt Stimmen, die da sagen, «seine Kranken will er heilen, aber nicht beschäftigen». Die wirklich systematische Beschäftigung ist aber sehr wertvoll, sie ist ein Heilmittel für Körper und Seele, das man sich in keiner Krankenanstalt entwinden lassen darf. Alles, was auf den Körper wirkt, jede Actio ruft eine Reactio hervor, und diese löst, ihrerseits wieder als Actio wirkend, neue Reihen von Reactionen aus. Bei der Behandlung der Lungenkranken handelt es sich also darum, den vielleicht über- und falsch gereizten Körper erst einmal zur Ruhe zu bringen (Liegecur, psychische Beruhigung, gute Ernährung, Abschaffung von toxisch wirkenden kranken Teilen) und dann in wirklich individueller Abstufung, ihn wieder an das Ertragen von Reizen zu gewöhnen. Es müssen Reize zugeführt werden, es muss geprobt werden, wie der Körper antwortet, sie müssen, wenn nötig, abgestuft, geändert, vermehrt, wieder verringert werden. Die entsprechende Zufuhr von Reizen (d. h. Beschäftigungen) stellt also eine Grundforderung des Belebten dar, ebenso wie die Zufuhr von Nahrung und die Erhaltung einer bestimmten Wärme.

Die Tuberkelbacillen rufen im Organismus nur da Schwindsucht hervor, wo sie eben als Anlage vorhanden ist. Somit soll unsere Hauptkraft nicht auf Bacillenfang verwendet werden, sondern auf Stärkung des Organismus. Als Aerzte haben wir ja kranke Menschen zu behandeln, deshalb sind für die Behandlung Kranker in Heilstätten ganz andere Gesichtspunkte als die bakteriologischen massgebend. Die Bakteriologen sind Meister der Wissenschaft, des Laboratoriums, die Aerzte müssen Praktiker, Lebenskünstler sein. Der lebende Mensch ist keine Retorte und auch kein Meerschweinchen. Der Mensch hat die Aufgabe, sich der Natur, den Verhältnissen, in denen er leben muss, dem Klima mit Wind und Wetter, seinem Berufe, seinem Lohne und Verdienste anzupassen.

Die Beseitigung des Auswurfes soll nach Liebe geschehen, wie es die Leute im späteren Leben durchführen können, am einfachsten also in den Abort giessen. Dazu müssen die Kranken auch in Sanatorien erzogen werden. Grosse Sputum-Kochöfen in Sanatorien können im Privatleben nicht Nachahmung finden. Die Beseitigung des im Fläschchen aufgefangenen Auswurfes kann im Hause nie durch Verbrennen in einem einfachen Ofen geschehen, das gibt eine furchtbare Schiererei. Nur vom Gesichtspunkte der Reinlichkeit, dieser Lieblingsschwester der göttlichen Hygieia und der Aesthetik, hat eine energische Sputumbeseitigung Sinn.

Mögen recht viel Aerzte und Menschenfreunde das Buch von Liebe eingehend und aufmerksam durchlesen. Das Werk, geschaffen und durchdrungen von reichster Erfahrung, mit einer gewaltigen Literaturkenntnis verfasst, kann als Zusammenfassung unserer bisherigen Kenntnisse und als Fundament für den weiteren Ausbau der mechanischen und psychischen Tuberculosebehandlung gelten.

S. Unterberger.

Prof. Otto Weiss. Phonocardiogramme. Jena. 1909. Fischer. 37 Seiten. (Sammlung anatom. und physiol. Vorträge und Aufsätze, herausgegeben von Gaupp und Nagel. Heft 7).

W. Janowski. Die functionelle Herzdiagnostik. Berlin 1910. Hirschwald. 159 Seiten.

G. A. Gibson. Die nervösen Erkrankungen des Herzens. 2-te Auflage. Autorisierte Uebersetzung von M. Heller, herausgegeben von D. Volhard. Wiesbaden 1910. Bergmann. 99 Seiten.

Die 3 vorliegenden Schriften bringen, jede in ihrer Art, so viel Interessantes und Neues aus dem Gebiet der Herzphysiologie und Pathologie, dass eine gemeinsame Besprechung berechtigt erscheint.

Zunächst die rein physiologische Arbeit von Weiss. Er bespricht die älteren Methoden, die der Registrierung der Herztöne dienen. Des Mikrophones bedienten sich Hürthle, Einthoven, Holowinsky. Marbe registriert die Schwingungen der schallaufnehmenden Membran durch eine russende Flamme. Frank und Gerhartz registrieren die Bewegungen der Membran unmittelbar photographisch. Ebenso verfährt Weiss, dessen Methode die feinsten und schönsten Registrierungen der Herztöne zu geben scheint. Als schallaufnehmende Membran verwendet er eine Lamelle von Seifenlösung, an der ein winziges versilbertes Glasfädchen befestigt ist. Die Bewegungen des Glashebelchens werden photographisch fixiert. Das Ergebnis sind höchst charakteristische Curven, die eine genaueste zeitliche Bestimmung der Herztöne gestatten. Selbst die Herztöne des Foetus im Mutterleibe lassen sich registrieren (Fig. 28). Alle Herzgeräusche werden auf der Curve wiedergeben und gestatten die genaue Unterscheidung der Klappenfehler. So sind z. B. das systolische Geräusch bei Aortenstenose und Mitralinsufficienz durchaus nicht identisch miteinander und wohl zu unterscheiden. Spaltung der Herztöne und functionelle Geräusche werden gut wiedergegeben.

Unter Benutzung eines Selenzellentelephons ermöglicht Weiss die Wiedererzeugung der Herztöne und Geräusche aus den Herzschallcurven. Derartige Reproductionen ermöglichen ohne Weiteres die Erkennung des betr. Herzfehlers und gestatten z. B. beim klinischen Unterricht die Vorführung von Rhythmus und Klang pathologischer Herzgeräusche. Es ist einleuchtend, dass die Phonocardiographie eine wertvolle Vertiefung unserer Kenntnis der Herzphysiologie verspricht.

W. Janowski (Warschau) hat in seiner Monographie über functionelle Herzdiagnostik eine mühsame, aber sehr denkenswerte Arbeit geleistet. Als bekannter Forscher auf dem Gebiet der Herzpathologie ist er in der glücklichen Lage, fast bei allen einschlägigen Fragen seine eigne grosse Erfahrung zur Sichtung des oft widerspruchsvollen Literaturmateriales zu Hilfe nehmen zu können. 731 Arbeiten umfasst sein Literaturverzeichnis. Im Capitel über die Pulsuntersuchung gibt er übersichtliche Schilderungen der verschiedenen Herzrhythmusstörungen, nebst eingehender Würdigung der Bedeutung des Venenpulses. Als Specialist auf dem Gebiet der «Oesophagoatriographie» beschreibt er auch diese genau, ohne ihr vorläufig eine grosse praktische Bedeutung zuzuschreiben, wohl mit Recht. Die Blutdruckmessung in allen ihren Variationen findet Erörterung, wobei Verf. zu dem bemerkenswerten und m. E. durchaus richtigen Ergebnis gelangt, dass die modernen Pulsdruck- und Schlagvolumenbestimmungen uns leider noch gar keine genügende Auskunft über die Leistungsfähigkeit eines Herzens geben. Die Bestimmung der Herzgrenzen mit Röntgenstrahlen ist wertvoll, gibt aber zuweilen nicht ganz geringe Ungenauigkeiten. Die objective Aufzeichnung der Herztöne wird besprochen, wobei auf die oben referierte Arbeit von Weiss hinzuweisen ist. Die Elektrocardiographie wird erörtert, die chemische Blutuntersuchung erwähnt und schliesslich auf die Notwendigkeit einer genauen Anamnese bei Beurteilung der Herzfunction hingewiesen.

Die Janowskische Arbeit wird zur kurzen Orientierung auf dem Gebiet der «Herzfunction» jedem Collegen willkommen sein. Wer sich eingehender mit der betr. Frage beschäftigen will, der wird vielleicht nicht stets von der Darstellung befriedigt sein, was durch den engen Rahmen des Buches notwendig bedingt ist. Gerade zu einem genaueren Studium wird aber der «Janowski» unentbehrlich werden, da er in mustergiltiger Weise das Material sichtet und am Schluss jedes Capitels ein Verzeichnis der einschläg. Arbeiten liefert.

Grundverschieden von der objectiven, vorsichtig wägenden Darstellung Janowskis sind die Ausführungen Gibsons über «die nervösen Erkrankungen des Herzens». Es sind dieses 6 Vorträge, deren erster Teil die sensorischen, die letzten 3 dagegen die Bewegungsstörungen des Herzens behandeln. Auch Gibson ist ein durch seine Arbeiten über Herzrhythmus weitbekannter Herzforscher. Seine Vorträge, fesselnd geschrieben, überall den erfahrenen Praktiker verratend, haben neben den Vorzügen auch den Nachteil so mancher englischer Arbeiten, die sich durch eine ungewöhnliche Subjectivität auszeichnen. Gibson ist Enthusiast, wägt nicht allzulange verschiedene Ansichten gegeneinander ab, reisst seine Zuhörer vermutlich leicht mit sich fort, und man wird hie und da seinen Ansichten nicht unbedingt beistimmen. Namentlich die 3 letzten Vorträge: Schlagfolge, Rhythmus und Kraft, die das Gebiet der Arhythmie behandeln, geben, mit Janowski verglichen, kein sehr übersichtliches Bild der betr. Zustände. Dafür sind eine Menge interessanter Beobachtungen vorhanden. Ein beneidenswert optimistischer Therapeut, ist Gibson um Erklärung der Arzneiwirkung nicht allzuverlegen. Dass z. B. «der Nutzen der Jodide in der Fortschaffung krankhafter Producte bestehe, daran kann nicht gezweifelt werden». Für die «toxische Angina pectoris bei Gicht» sieht er im Colchicum ein «fast unfehlbares Gegenmittel». Als Beruhigungsmittel im Anfall von Angina pect. zieht er Aether und Chloroform dem Morphium vor.

Interessant sind die im 1. und 2. Vortrag enthaltenen und durch schematische Zeichnungen erläuterten Angaben über die Sensibilitätsstörungen bei Herzleiden, spec. bei der Angina pectoris. Es erscheint nur auffallend, dass es dem Verf. gelungen ist, bei derartig quälenden Zuständen, wie die Angina pectoris es ist, complicierte Sensibilitätsprüfungen mit der nötigen Genauigkeit vorzunehmen. Schematische Tafeln erläutern auch den complicierten Verlauf der Herznerven und 2 Headsche Abbildungen deren Beziehung zur Körperoberfläche.

Die Vorträge geben mehr, als die Ueberschrift verspricht,

denn es handelt sich durchaus nicht nur um das, was wir rein «nervöse Erkrankungen des Herzens» nennen, — vielen der von Gibson geschilderten Zustände liegen anatomische Veränderungen des Circulationssystems zugrunde.

Jedenfalls ist man dem Uebersetzer und Herausgeber für ihre Mühe zu Dank verpflichtet, denn dem Verf. ist seine Aufgabe „eine anregende Besprechung" zu liefern, in hohem Grade gelungen.

Fasst man den Eindruck, den die vorliegenden Schriften hinterlassen, zusammen, so ergibt es sich, dass eben in der ganzen medicinischen Welt eifrig an der Lösung der Kreislaufsprobleme gearbeitet wird und dass die exacten neuen Methoden interessante Einblicke in das Wesen der Herzaction gestatten. Aber eine zuverlässige Diagnostik der Herzfunction besitzen wir leider trotzdem nicht, und die Prognose der Herzleiden wird, wie Gibson sagt, «wohl noch lange zu den Schmerzenskindern der praktischen Medicin gehören».

O. Moritz.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1507. Sitzung. 17. März 1910.

Anwesend 49 Mitglieder. 3 Gäste.

Vorsitzender Dr. von Engelhardt Schriftführer Dr. Brutzer.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Eliasberg eine Patientin, die mit einem selten beobachteten Hautsyphilid auf der Sitzung am 16. December 1909 vorgestellt wurde. Patientin ist seitdem 2½ Monate im Stadtkrankenhaus behandelt worden. Das ausgebreitete papulöse Syphilid ist mit sehr dunkler Pigmentierung der betroffenen Hautpartien ausgeheilt. In dieser starken Pigmentierung sieht Redner einen Beleg dafür, dass es sich um tertiäre Lues handele, sonst würde die Pigmentierung nicht so lange anhalten. Anamnestisch hat sich noch feststellen lassen, dass der Mann Luetiker ist, das älteste Kind ist 8 Jahre alt und gesund. Seit 7 Jahren hat die Patientin Aborte gehabt oder nicht lebensfähige Kinder geboren.

P. 1. Dr. Hirschberg stellt ein einjähriges Kind vor mit einem Naevus neuroticus, der fast die ganze Körperoberfläche einnimmt. Namentlich auffallend sind die borkig belegten Excrescenzen an den Händen, doch sind die Borken zum Teil durch eine irrtümlich vorgenommene, antiluetische Behandlung entstanden. Es zeigt sich, dass die Excrescenzen ungefähr der Ausbreitung der Nerven folgen, z. B. dem N. ulnaris und anderen. Auf dem Rumpf folgen die Naevi den Intercostalnerven. Das ist hier ganz eclatant zu sehen und zwar beiderseits; während sonst meist einseitig diese Anordnung beobachtet wird. Das segmentale Auftreten der Naevi hat man früher entwicklungs-geschichtlich deuten wollen, daher stammt die Bezeichnung «metameraler Naevus.» Merkwürdig ist im vorliegenden Fall, dass die Naevi zu jucken scheinen, wenigstens lässt sich das aus Kratzdefecten schliessen. Redner hat schon früher bei Erwachsenen derartige Naevi beschrieben. (Atlas von Blaschko).

P. 2. Dr. Schultz über acute Ataxie. (Eigenbericht).

Dr. G. Schultz referiert der Versammlung über 2 Fälle von acuter Ataxie, die er im Laufe der letzten Monate in der Nervenabteilung des Stadtkrankenhauses (dirig. Arzt Dr. Ed. Schwarz) zu beobachten Gelegenheit hatte.

Im ersten Fall handelte es sich um eine 22-jährige ledige Fabrikarbeiterin A. B. Sie gab bei ihrem Eintritt an, mit Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen erkrankt zu sein, klagte über Schmerzen in den Gliedern und Durchfälle. In der therap. Abteilung wurde ein völlig normaler äusserer Befund constatiert. An den inneren Organen war gleichfalls nichts Abnormes zu entdecken bis auf geringfügige katarrhalische Erscheinungen über der r. Lunge. Der Harnbefund war ein völlig normaler. Von Seiten des Nervensystems wurden ein leichter Tremor und ein Nystagmus in horizontaler und verticaler Richtung beobachtet. Patientin hatte häufig nächtliches Erbrechen galliger Massen, der Stuhl war angehalten und erfolgte nur nach Abführmitteln und Einläufen. Ein Mal musste wegen Harnverhaltung die Blase mittelst Katheters entleert werden.

Nach ca. 1½-wöchentlichem Aufenthalt in der therap. Abt. wurde Pat. der Nervenabteilung überwiesen, wo folgender Befund am Nervensystem constatiert werden konnte: beim Gehen und Stehen tritt ein lebhaftes Zittern am ganzen Körper, besonders an den unteren Extremitäten auf, das in der Ruhe völlig schwindet. Es war dieses eine hochgradige Ataxie, die als Zittern imponierte. Die Kniee und Achillessehnenreflexe stark gesteigert. Patellar- und Fussclonus vorhanden. Babinsky nicht vorhanden. Rachenreflex vorhanden. Kein Romberg. Pupillen beiderseits gleich. Puppillarreaction sowohl für Licht, als auch für Convergenz normal. Augenhintergrund normal. Gesichtsfeld für alle Farben normal. Bei Bewegungen beider Bulbi treten sehr ausgiebige und heftige plötzliche Zuckungen der Bulbi auf und gerade dann, wenn die Bulbi die Mitte passieren. Diese auffallenden Bewegungen gemahnten durchaus nicht an die mehr regelmässig auftretenden, hauptsächlich bei Endstellung der Bulbi zu beobachtenden Zuckungen beim Nystagmus, sondern trugen durchaus den Charakter atactischer Störungen. Die Sensibilität war, bis auf eine hochgradige Hyperästhesie der Bauchdecken, völlig normal. Der Bauchdeckenreflex konnte der Hyperästhesie wegen nicht geprüft werden. Störungen der Motilität lagen nicht vor. Bei Einhaltung von Bettruhe und einer indifferenten Therapie gingen alle Erscheinungen nach 7-wöchentlichem Krankenhaus-Aufenthalt zurück, und Pat. konnte als völlig genesen entlassen werden. Ref. ist der Meinung, dass sich in diesem Fall das Bild der acuten Ataxie auf Grund einer disseminierten Encephalitis im Anschluss an eine allgemeine infectiöse Erkrankung ausgebildet hat, mit der Localisation im Pons und der med. oblong. Eine Hysterie oder eine eventuell acut einsetzende multiple Sclerose konnte nach dem Verlauf der Krankheit ausgeschlossen werden.

Der 2. Fall betraf eine 47-jährige, ledige Wäscherin E. Z., die 4 Tage vor Eintritt in das Krankenhaus mit Schwäche und Vertaubungsgefühl im l. Arm und l. Bein plötzlich erkrankt war.

Der äussere Befund, wie auch der an den inneren Organen, war, bis auf ein leises systol. Geräusch im 2. r. JCR, ein völlig normaler. Der Harn ohne Besonderheiten. Von Seiten des Nervensystems konnte folgender Befund constatiert werden: Pupillen bds. gleich. Die Pupillenreaction für Licht und Convergenz normal. Die Kniee- und Achillessehnenreflexe beiderseits gleich, normal, kein Romberg. Babinsky links deutlich, rechts nicht vorhanden. Die Sensibilität normal. Die Motilität, bis auf eine ganz geringfügige Parese des linken Beines, normal. Es besteht eine hochgradige Ataxie des linken Beines, die so stark ist, dass Pat. nicht imstande ist, einen Stuhl mit dem linken Bein zu besteigen. Pat. wurde ungebessert nach 3½ Wochen entlassen. In diesem Fall handelte es sich um eine relativ geringfügige cerebrale Blutung, die zu einer hochgradigen Ataxie des einen Beins geführt hatte. Zum Schluss gibt Ref. einen kurzen Ueberblick über die verschiedenen Formen, unter denen die acute Ataxie auftreten kann.

Dr. Ed. Schwarz (Eigenbericht) referiert über seine Ausführungen über acute Ataxie, die er schon mehrfach publiciert hat (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1908, Bd. 34; Monatsschrift für Unfallsheilkunde 1909 Nr. 1, St. Petersburger med. Wochenschr. 1908, Nr. 46). Die acute Ataxie sei ein Symptom, das bei den verschiedensten Krankheitsbildern vorkomme. Solange man noch nicht wusste, bei welchen Zuständen diese Gehstörung beobachtet werde, sei der symptomatische Gesichtspunkt, von dem aus die Erscheinung betrachtet werde, «im Interesse der grösseren Klarheit» gewiss der richtige. (Lüttje). Die Bezeichnung «acute Ataxie» stamme von Leyden; im Leyden-Goldscheiderschen Lehrbuch seien nur 2 Formen erwähnt, die bei multipler Neuritis und bei multiplen Herden im Hirnstamm vorkommenden. Redner hat diesen Formen 2 weitere Formen beigefügt; er sah sie acut nach einem schweren Kopftrauma auftreten und sei sie in dem betreffenden Fall wohl auf multiple Zertrümmerungsherde im Hirn und Kleinhirn zurückzuführen gewesen; er habe diese Form als acute traumatische Ataxie bezeichnet; ein anderer Fall zeigte keine motorischen Schwäche-Symptome, keine Sensibilitätsstörungen, was ihn von der polyneuritischen Ataxie grell unterscheidet; die wohl durch excessiven Alcoholmissbrauch erzeugte, sehr hochgradige Ataxie meinte Vortragender auf eine directe Störung des von Duchenne präsumierten Coordinationsvermögens zurückführen zu müssen und proponierte, die Form durch acute centrale Ataxie zu bezeichnen, im Gegensatz zu den cerebralen Formen; die cerebralen Formen treten in verschiedenen Bildern auf. Ref. hat eine hemiplegische Form beschrieben, ganz ähnlich dem 2., vom Collegen Schultz referierten Falle. Nonne habe Fälle acuter Ataxie nach Insolation gesehen; Bechterew nach Alcohol solche cerebraler Natur gesehen und einen Fall von Schnitzer referiert, der nach Fischvergiftung aufgetreten war.

Lüthje unterscheidet: 1) cerebrale 2) cerebrospinale und 3) periphere Formen der acuten Ataxie. An alle diese Formen schliesse sich die acute Ataxie, wie sie in seltenen Fällen bei der Heine-Medinschen Krankheit beobachtet worden sei, bei der die peripheren Nerven intact gefunden worden seien; sie

werde wohl auf cerebrale, resp. cerebrospinale Localisationen des Leidens zurückzuführen sein. Der eine Fall vom Collegen Schultz sei wohl ziemlich sicher als eine acute Ataxie nach Infectionskrankheiten anzusprechen, in welchem die Ataxie durch multiple Herde im Pons und der med. obl. losgelöst worden sei.

Dr. Stieda berichtet über einen Fall acuter Ataxie, den er auf dem Kriegsschauplatz in der Mandschurei beobachtete. Er erscheint als eine acut entstandene traumatische Ataxie. Der Patient, über 40 Jahre alt, war von einem Wall gefallen und war mehrere Stunden bewusstlos. Dann bot er das Bild multipler Slcerose. Es bestand ein Intentionstremor, der an Ataxie erinnerte. Stieda konnte Blutungen in der Retina constatieren. Der Patient wurde ihm bald durch Evacuation entzogen.

Dr. Stender äussert, da es eine atactische Form der Polyneuritis gebe, so könne der seiner Zeit von Dr. Schwarz vorgestellte Fall eine Polyneuritis auf alcoholischer Basis sein.

Dr. Ed. Schwarz erwidert darauf, er hätte in der «Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde» in Anlass obigen Falles betont, dass alle Untersuchungen keine Symptome von Polyneuritis finden liessen. Eine Muskelexcision aus dem Gastrocnemius liess die Querstreifung der Muskeln sehen. Parese bestand nicht, Patient war im Gegenteil überaus kräftig, was bei Polyneuritis nicht angängig ist.

Redner führt noch einen andern Fall an, bei dem die bestehende Parese und Sensibilitätsstörung auf Polyneuritis schliessen liessen, dabei bestand sehr hochgradige Ataxie, die hierzu nicht stimmte, so dass sie wohl auch central bedingt war.

P. 3. Dr. Ed. Schwarz hält einen Vortrag über «Manisch depressives Irresein — Lues cerebri». Vortragender hat im Jahr 1908 auf dem Livländischen Aerztetage in Riga über einen Kranken berichtet, dessen geistige Gestörtheit ihn mit dem Criminalgesetz in Conflict brachte. In der Discussion dieses Falles erklärte Dr. Schönfeldt den Fall als manisch depressives Irresein. Derselbe Patient gibt Gelegenheit, jetzt noch einmal auf das Thema zurückzukommen. Quinckes genialer Gedanke hat uns in der Lumbalpunction ein Mittel von grosser diagnostischer Bedeutung finden lassen. Nonne in Hamburg und viele andere Autoren haben 4 Reactionen zusammengesetzt, die, wie schon auf der vorigen Sitzung vom Vortragenden gesagt, unerlässlich sind für die Beurteilung ähnlicher Fälle. In einem Referat über die luetischen geistigen Störungen hat Plaut betont, dass es zu den allerschwierigsten Fragen gehört, ob ein Krankheitsbild von manisch depressivem Irresein mit Lues in Verbindung zu bringen sei oder nicht. Einschlägige Fälle, die auf Lues zurückgeführt werden müssen, haben Nonne, Westfal und Ziehen beschrieben. Ferner haben Pilcz und Wagner in Wien schon vor einiger Zeit darauf aufmerksam gemacht, dass Herderkrankungen im Gehirn Zustände schaffen, die manisch depressives Irresein bedingen.

Die Krankheitsgeschichte des im Eingang genannten Patienten ist, kurz referiert, folgende: Im Jahre 1901 kam Patient ins Krankenhaus. Er litt an heftigen Kopfschmerzen, so dass er auf schlechten Wegen der Erschütterung wegen nicht fahren konnte, hatte sich auch manchen Excess zu schulden kommen lassen. Nach einer Schmiercur war er geheilt. 1907 erkrankte er wieder nach Anstrengungen. Er nahm Geld auf, machte unnütze Ankäufe und zwecklose Reisen; dabei bestanden aber unzweifelhafte somatische Erscheinungen im Rachen und in der Nase, bei der Aufnahme ein Syphilid am Ellbogen. Nach einer neuen Schmiercur wurde er wieder gesund. Redner gibt zu, dass man aus diesem Zustandsbild allein die directe Diagnose nicht machen könne; das Kniephänomen war gut und ebenso die Pupillenreaction. Im vorigen Jahr hat Redner den Patienten 2 mal beobachtet. Den ersten Curen waren viele Monate Krankheit vorausgegangen. In der Zwischenzeit hatte Patient zur Zufriedenheit seiner Mitarbeiter Stellen bekleidet. Jetzt, in Riga lebend, konnte der erste Beginn der erneuten Erkrankung beobachtet werden; er fing an, häufig auszugehen, blieb zur Nacht im Hotel etc. Im April 1909 wurde er wieder ins Krankenhaus aufgenommen und wurde nach der Cur normal. Diesmal aber wurde der Zustand durch die oben genannten 4 Reactionen geprüft: Wassermann in Blut und Liquor, Nonne und Lymphocytose. Die Resultate waren folgende: Vor der Cur war die Wassermannsche Reaction im Blut sehr stark positiv; nach der Cur, die diesmal nicht so energisch war, wie früher (weniger als 65 Einreibungen), war sie unbestimmt. Am Schluss des Jahres wurde Patient nach stetiger Arbeit wieder unruhig und in Behandlung genommen. Die Reaction im Blut war auch diesmal vor der Cur positiv, nach der Cur wieder negativ. Erblich ist Patient nicht belastet. Nach dem 2. schwersten Anfall scheint er aber eine Zeit nach der Cur psychisch nicht mehr ganz intact gewesen zu sein. Er war gegen seine Frau nicht mehr so aufmerksam wie früher, auch hatte sein Gedächtnis gelitten. Sein Amt hat er dennoch führen können. Nach dem 1. und 2. Anfall hat Redner eine gummöse Lues cerebri angenommen, das will er zurücknehmen. Er erklärt die Erscheinungen durch eine Toxinwirkung der Lues; daher ist Patient im 1. und 2. Anfall auch so lange krank gewesen, ohne dass es zu Lähmungserscheinungen kam. Dies Toxin der erneuten Lues wird durch Quecksilber herausgeschafft. Das Quecksilber wurde anfangs sehr gut vertragen, weil die Giftwirkung schon lange bestanden hatte. Später genügten schon 30 Einreibungen. Dann schien das Quecksilber nicht mehr so gut vertragen zu werden, aber die Unruhe und die Krankheitserscheinungen waren schnell nach Beginn der Cur geschwunden.

Die Auffassung von einer Intoxication in diesem Falle findet ein Analogon in der Paralyse, bei der vermutet wird, dass sie nicht durch echte syphilitische Erkrankung zustande komme, weshalb sie auch metasyphilitisch genannt werde. Die Toxine der Paralyse und die für diese Zustände zu präsumierenden Toxine dürften sich aber doch wohl als verschiedene herausstellen.

Dr. M. Schönfeldt (Eigenbericht): Bereits auf dem Livländ. Aerztetage zu Riga 1908 habe ich Bedenken erhoben gegen die Verwertung dieses Falles für den Nachweis eines specif. Zusammenhanges zwischen «Lues und Criminalität», wie das Thema lautete.

Da ich den Kranken niemals gesehen, habe ich auch damals durchaus nicht «mit Sicherheit behauptet» — wie Dr. Ed. Schwarz heute erklärt, — es liege bestimmt circuläres Irresein bei einem Hirnluetiker vor. Die von Dr. Schwarz wiederholt constatierten Exaltationsperioden und eine (depressive) Hemmungsphase veranlassten mich, auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass es sich vielleicht um einen criminellen Conflict bei einem circulär Exaltierten handeln könnte. Wenn wir bedenken, wie sehr selten Verstösse gegen das Criminalgesetz bei Hirnlues vorkommen, andererseits uns vergegenwärtigen, wie alltäglich, geradezu typisch, criminelle Delicte bei den überaus verbreiteten circulären Phasen sind, so muss ich auch heute die Wahl gerade dieses zweifelhaften Falles, um vor einem grossen Forum von praktischen Aerzten den specif. Zusammenhang zwischen «Lues und Criminalität» zu erweisen, nicht als besonders glücklich bezeichnen.

Dr. Ed. Schwarz erwidert darauf, dass eine Erörterung über die Entstehung und die Art eines Leidens, ob luetisch oder anderer Art, wohl nicht in den Gerichtssaal gehört, dort ist nur die Unzurechnungsfähigkeit der Patienten massgegend. Auf einer Versammlung von Aerzten müsse ein solches Thema aber jederzeit behandelt werden können. Es bringt Aufklärung für die Beurteilung ähnlicher Fälle, und man müsse in der Wissenschaft fortschreiten.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Den Pirogow-Congress eröffnete am 21. April Prof. Ssalaskin mit einer Rede, in der er über die Vorgeschichte des Congresses berichtete und auf die Hindernisse, die zu beseitigen waren, hinwies. Es war unmöglich, den Congress, wie ursprünglich in Aussicht genommen worden war, nach Odessa, Moskau oder Charkow einzuberufen. Weiter teilte der Redner mit, dass das Ministerium des Inneren das Gesuch um Subventionierung des Congresses abschlägig beschieden hat. Zum Ehrenpräsidenten des Congresses wurde Prof. Rein gewählt, zu dessen Substituten — die Professoren Werigo und Igumenow, zu Ehrensecretären — die Doctoren Korshinski und Morosowa; hierauf dankte Prof. Rein für das ihm geschenkte Vertrauen und wies darauf hin, dass die freiheitliche Bewegung viele neue Fragen socialen und wissenschaftlichen Charakters auf die Tagesordnung gesetzt hätte. Ob sich der Horizont bald klären wird, sei ungewiss, doch harrten viele Fragen der Entscheidung. Aus diesem Grunde, fuhr Prof. Rein fort, müssen wir uns zusammenschliessen, und ich fordere Sie, verehrte Collegen, zu gemeinsamer schöpferischer Arbeit auf.

Nach der Verlesung der aus allen Teilen des Reichs in grosser Zahl eingelaufenen Glückwunschtelegramme hielt Prof. Rasumowski eine dem Andenken Pirogows gewidmete Rede und hob hervor, dass an der Ehrung des grossen Gelehrten nicht nur die Fachwelt, sondern die gesamte russische Gesellschaft teilnehmen müsse. Die Heimat habe die Pflicht, ihrem grossen Sohn ein Denkmal zu errichten, und das beste Denkmal bestände darin, dass die Reichsduma ein Gesetz über die Einführung der allgemeinen Schulpflicht erlasse.

Die wissenschaftlichen Arbeiten des Congresses begannen

auf der Abendsitzung, die im Actussaale des Medicinischen Instituts für Frauen stattfand. Um 7 Uhr abends erfolgte die Eröffnung der Ausstellung, an der sich viele wissenschaftliche Institutionen und Privatfirmen beteiligt haben.

— Am 20. April fand die feierliche Eröffnung der Russischen Liga zur Bekämpfung der Tuberculose statt. Das provisorische Bureau, das vor einem Jahre die Sache begonnen und mit grosser Energie durchgeführt hatte, legte seine Functionen nieder. Der Präsident der Versammlung, Geheimrat Dr. L. Berthenson drückte in warmen Worten unter lebhafter Zustimmung aller Anwesenden dem bisherigen Bureau Dank aus für die einmütige Arbeit. Deputierte aus vielen Teilen des Reiches sprachen ihre und ihrer Auftraggeber Glückwünsche zu dem bedeutungsvollen Ereignis aus. Prof. Dr. W. Scherwinskij-Moskau hielt die Festrede, die in jeder Beziehung als eine glänzende oratorische Leistung anerkannt werden muss. Am 23. April versammelten sich der Verwaltungsrat und die Deputierten in dem Gebäude des Roten Kreuzes, um die Mitglieder des ständigen Verwaltungscomitees zu wählen. Nach Eröffnung der Sitzung durch Dr. L. Berthenson, wurde auf seinen Vorschlag der Privatdocent Dr. B. Worobjew-Moskau einstimmig zum Präsidenten des Comitees gewählt. Zum Vicepräsidenten wurde Geheimrat Dr. L. Berthenson gewählt, zu Mitgliedern: aus St. Petersburg die Geheimräte DDr. S. Unterberger und B. Schapirow, Geheimrat Kabat, General Jurjew, DDr. A. Wladimirow, S. Wladislawlew, N. Tschigajew und F. Dörbeck, — aus Moskau: DDr. A. Alekssejew, S. Beresowskij, F. Blumental, W. Worobjew, F. Getje, das Stadthaupt N. Gutschkow, A. Lapschin, M. Nastjukow, A. Nikolskij, W. Orlow, J. Popow, Dr. F. Remesow, S. Steriopulo, Prof. Dr. W. Scherwinskij, D. Schipow und P. Jakowlew, — aus Charkow: Dr. Nedrigailow, — aus Ssaratow: Dr. N. Tesjakow, — aus dem Kaukasus: Dr. Lunkewitsch, — aus Reval: Dr. A. Haller, — aus Riga: DDr. Schabert und von zur Mühlen, — aus Kiew: die Prof. DDr. Tritschel und Wyssokowitsch, — aus Tula: die Aerztin Bataschewa, — aus Jalta: Dr. I. Altschuler, — und aus Polen: DDr. Sokolowskij und Sterling. Sodann wurde zur Wahl der Vertreter für die Internationale Liga zur Bekämpfung der Tuberculose geschritten. Bekanntlich stellen die einzelnen Staaten je 1 Vicepräses der Internationalen Liga. Als solcher für Russland wurde Dr. L. Berthenson gewählt und als Mitglieder Dr. S. Unterberger, Prof. K. Tritschel, Dr. A. Wladimirow, Dr. W. Worobjew und Dr. I. Altschuler. — Sitz des Verwaltungsbureaus ist Moskau. Am 24. April beschäftigte sich das Verwaltungscomitee unter dem Vorsitz von Dr. L. Berthenson mit der Ausarbeitung von Instructionen für die Tätigkeit der Filialen der Liga in der Provinz. Wie bestimmt wurde, gilt eine Filiale als eröffnet, wenn mindestens zehn Personen im Rayon der zukünftigen Tätigkeit der Liga eine entsprechende Anzeige machen. Die Filialen haben die Aufgabe, Massnahmen zum Kampfe gegen die Tuberculose auszuarbeiten und durchzuführen. Als solche Massnahmen gelten: die Verbreitung von Kenntnissen über die Ursachen der Tuberculose und über Massnahmen zur Bekämpfung derselben, das Sammeln von statistischen Materialien über die Verbreitung der Tuberculose, die Aussetzung von Prämien für Arbeiten, die die Zwecke der Liga zu fördern geeignet sind, die Errichtung von Museen, die Veranstaltung von Ausstellungen und öffentlichen Vorlesungen u. s. w. Die Filialen sind der Centrale gegenüber autonom und geniessen das Recht uneingeschränkter Actionsfreiheit innerhalb der von den Instructionen gezogenen Grenzen. Am 25. April fand die allgemeine Versammlung der Liga statt. Zum Vorsitzenden wurde Prof. Weljaminow gewählt, zu Vice-Vorsitzenden — die Gräfin Bobrinski und Dr. A. Wladimirow. Die von dem Verwaltungscomitee ausgearbeiteten Instructionen für die Abteilungen wurden bestätigt. Das Verwaltungscomitee wurde beauftragt, die Kenntnisse betr. die Tuberculose, ihre Ursachen und Bekämpfung unter der Bevölkerung zu verbreiten durch Herausgabe von Broschüren, durch Artikel in der Presse, Vorlesungen, Curse u.s.w. Auf Vorschlag von Dr. A. Wladimirow wurde beschlossen jährlich den 20. April, den Gründungstag der Liga, durch eine besondere Tätigkeit der Mitglieder in Lehranstalten und medicinischen und anderen Gesellschaften zu kennzeichnen. Ferner wurde beschlossen, dass die Liga sich an die Stadt- und Landschaftsverwaltungen wenden soll mit der Aufforderung, activ sich an der Bekämpfung der Tuberculose zu beteiligen. Die Gründung und Herausgabe einer speciellen Zeitschrift wurde aufgeschoben. Im Jahre 1912 soll der erste allgemeine russische Congress der Liga einberufen werden gleichzeitig mit der Eröffnung der Hygiene-Ausstellung.

— Der Director der Poliklinik der Behörde für Bettlerfürsorge, Staatsrat Dr. med. W. Nissen, ist zum wirklichen Staatsrat befördert.

— Hochschulnachrichten.

Charkow. Auf den vacanten Lehrstuhl der Gerichtlichen Medicin ist von der Facultät der Privatdocent Dr. med. N. Bokarius erwählt und auf den ebenfalls vacanten Lehrstuhl der Histologie und Embryologie — der Privatdocent der Militärmedicinischen Akademie in St. Petersburg, Dr. med. W. Rubaschkin.

Odessa. Dr. A. Bogomolez hat sich als Privatdocent für allgemeine Pathologie habilitiert.

St. Petersburg. Zum Director des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna (für ärztliche Fortbildung) ist Prof. Dr. W. Dolganow ernannt.

Die Cholera in Russland. Im Dorf Kalinowskoe, Kreis Bachmut, Gouv. Jekaterinoslaw sind am 21. und 22. April 13 Personen an der Cholera erkrankt und 3 gestorben.

— Cholera. Britisch Indien. Vom 13. bis zum 19. März wurde 1 Todesfall an der Cholera in Moulmein registriert. Niederländisch Indien. Vom 17. Januar bis zum 13. Februar erkrankten in Batavia 85 Personen an der Cholera, darunter 17 Europäer. Im Inneren von Java herrscht die Cholera epidemisch. Vom 11. bis zum 20. Februar erkrankten in Samarang 113 Personen und starben 96. In Soerabaja erkrankten vom 2. Februar bis zum 5. März 71 Personen und starben 48, im zugehörigen Bezirk erkrankten 20, starben 12.

Pest. Türkei. In Djedda erkrankten vom 4. bis zum 11. April 13 Personen und starben 12, darunter der Arzt der internationalen Sanitätscommission, Dr. Zanghello. — Aegypten. Vom 9. bis zum 15. April erkrankten 29 und starben 18 Personen — Japan. In Kobe wurde im Laufe des März 1 Pestfall constatiert.

Genickstarre. In Preussen wurden vom 10. bis zum 16. April 21 Erkrankungen und 9 Todesfälle registriert.

Poliomyelitis. Deutsches Reich. Vom 10. bis zum 16. April wurden 5 Erkrankungen und 1 Todesfall constatiert. — Oesterreich. Vom 10. bis zum 16. April wurden constatiert: in Niederösterreich 1 Fall, in Salzburg 1, in Steiermark 1, in Böhmen 1.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 4. bis zum 10. April 1910 722 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 54, Typh. exanth. 6, Febris recurrens 3, Pocken 37, Windpocken 23, Masern 340, Scharlach 89, Diphtherie 62, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 9, an anderen Infectionskrankheiten 99.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 959 + 50 Totgeborene + 83 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 16, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 6, Masern 88, Scharlach 20, Diphtherie 9, Keuchhusten 12, crupöse Pneumonie 64, katarrhalische Pneumonie 156, Erysipelas 8, Influenza 4, Pyämie und Septicaemie 13, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 102, Tuberculose anderer Organe 36, Dysenterie 0, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 46, andere Magen- und Darmerkrankungen 40, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 55, Marasmus senilis 25, andere Todesursachen 254.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 10. April 1910 13204. Darunter Typhus abdominalis 487, Typhus exanth. 18, Febris recurrens 16, Scharlach 284, Masern 179, Diphtherie 232, Pocken 201, Windpocken 7, Cholera 0, crupöse Pneumonie 135, Tuberculose 804, Influenza 180, Erysipel 130, Keuchhusten 8, Hautkrankheiten 78, Lepra 0, Syphilis 507, venerische Krankheiten 331, acute Erkrankungen 2111, chronische Krankheiten 1972, chirurgische Krankheiten 1668, Geisteskrankheiten 3443, gynäkologische Krankheiten 260, Krankheiten des Wochenbetts 46, verschiedene andere Krankheiten 107.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. J. Barnatt in Dyssa; 2) Dr. E. Uszynski in Warschau; 3) am 22. April in St. Petersburg Geheimrat Dr. A. Schmitz, geb. 1843, approbiert 1867. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer; 4) in Jalta Dr. J. Jalowoi, im Alter von 50 Jahren.

— Herr Geheimrat Dr. L. Berthenson war so freundlich der Redaction die nachfolgende Liste der Mitglieder der Russischen Liga zur Bekämpfung der Tuberculose zuzusenden, aus welcher zu ersehen ist, mit welchem Erfolg es H. Dr. Berthenson gelungen ist, in kurzer Zeit Teilnehmer anzuwerben für das grosse Werk der Bekämpfung der verheerendsten Seuche.

Wirkliche Mitglieder, welche einen lebenslänglichen Beitrag eingezahlt haben: S. K. H. der Grossfürst Nicolai Michailowitsch 100 R., Aboling, I. I. 50 R., Balaschowa, E. A. 100 R., Balaschow, N. P. 100 R., Fürst Barjatinskij, E. M. 100 R., Berthenson, L. B. 100 R., Wilinbachowa, E. A. 50 R., Gilse von der Pahls, G. G. 1000 R., Durnowo, P. P. 50 R., Jelissejewa, W. S. 100 R., Jelissejewa, E. I. 100 R., Jelissejew, A. G. 100 R., Jelissejew, S. P. 100 R., Uexküll von Gyldenband, W. S., Baronin 50 R., Karetnikowa, A. N. 50 R., Karetnikowa, W. N. 50 R., Neuscheller, M. L. 1000 R., Nobel, E. L. 100 R., Fürstin Obolenskaja, A. A. 100 R., Pawlowa, S. A. 50 R., Petrowskaja, A. A. 100 R., Petrokokino, A. I. 50 R., Pilazky, A. K. 50 R., Ratner, P. I. 50 R. Rauchfuss, K. A. 50 R., Rodokonaki, Th. P., Kinderasyl 50 R., Rodokonaki, E. M. 100 R., Simanowsky, N. P. 50 R., Skalkowski, P. A. 50 R., Sokolowskaja, K. I. 50 R., Sokolowsky, B. L. 50 R., Tereschtschenko, E. M. 100 R., Tereschtschenko, M. I. 50 R., Tereschtschenko, N. A. 50 R., Tereschtschenko, N. F. 50 R., Timirjasewa, A. W. 50 R., Timirjasew, W. I. 50 R.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 1 Rub. eingezahlt haben: Abasa, W. I., Adelson, J. P., Asarow, P. N., Aiwas, J. M., Aladinsky, I. A., Alexandrow, P. I., Andrejewskaja, J. M., Annenkowa, M. M., Antokolsky, G. I., Antonow, O. I., Arbenjew, A. N., Asmus, A. A., Afanassjew, W. A., Afanassjewa, M. M., Balinskaja, S. I., Balinskaja, J. S., Balinsky, A. I., Balinsky, P. I., Bauler, A. W., Baumgarten, E. N., Bewad, A. I., Besobrasow, N. M., Bär, B. A., Berjoskin, P. K., Bertenson, S. L., Bibikow, D. M., Bitschanski, I. M., Blaschke, A. E., Blagoweschtschenski, A. N., Bogojawlensky, T. S., Bokljewsky, P. P., Borissow, S. S., Buchmann, P. I., Bikow, N. P., Beljskaja, M. M., Beljsky, M. W., Waganowa, N. A., Waganow, M. M., Wadkowsky, W. W., Wartanjanz, E. A., Wengerowa, Z. B., Weljaminowa-Sernowa, A. S., Weretennikow, P. A., Werzinskaja, T. L., Werzinsky, E. A., Westenrik, N. N., Wildgrube, E. I., Wiltschur, A. I., Winkler, S. F., Winogradowa, B. F., Winogradow, B. A., Winogradski, B. A., Witte, O. A., Baronesse, Wnukow, A. I., Wodonossowa, Z. I., Wosnjessenskaja, W. N., Wosnjessensky, F. W., Woskressensky, A. I., Woskressensky, D. F., Wojatschok, W. I., Galjebsky, A. J., Gannuschkina, M. B., Hahnenfeld, W. S., Hermann, W. K., Germanowa, E. I., Germanow, A. J., Hermeyer, E. A., Godsikowsky, K. J., Hoinigen-Hüne, A. A., Baronesse, Fürstin Golizina, W. W., Goldenowa, T. A., Gorski, P. A., Gorjainow, J. M., Gradowskaja, O. W., Grammatschikow, A. S., Grewenitz, H. J., Baronin, Dalmatow, M. F., Deschewow, K. M., Dobronisky, A. W., Fürstin Drutzkaja-Sokolninskaja, E. A., Fürstin Drutzkaja-Sokolninskaja, T. A., Shukow, G. E., Sander, L. A., Sander, N. A., Sander, J. A., Iwanowa, E. N., Iwanowa, N. W., Iwanow, A. N., Iwanow, A. O., Iljinsky, I. I., Ipolitow, S. N., Jodko, E. A., Jossa, N. G., Jossa, N. A., Joff, M. S., Kagan, Z. S., Kamenzowa-Schtscherbinowa, Karpinskaja, A. P., Karpinsky, A. P., Kister, E. A., Klimtschitzky, L. I., Kobeljatzky, I. A., Kowschow, A. M., Kokina, M. K., Korenjewa, W. P., Korenjew, S. A., Korenjew, S. N., Korenjew, E. N., Koritzkaja, W. S., Koritzky, A. M., Kojalowitsch, A. F., Kojalowitsch, M. M., Knjashewitsch, F. I., Kosteljanetz, A. J., Krug, W. P., Kruglikow, D. I., Kruschkow, W. I., Krutschek-Golubow, W. W., Krischizkaja, W. K., Krischizkaja, O. A., Krischizkaja, O. K., Krischizky, A. K., Krischizky, G. K., Krischizky, K. K., Krischizky, K. J., Fürstin Kudaschowa, W. M., Kukel, B. K., Coulandon-Rougier, Fürstin S. S. Kurakina, Fürst Kurakin, A. B. Kraindel, I. S., Krassowsky, P. A., Sasarewa, N. P., de Laregée, Ljeikin, M. A., Ljeljanow, I. P., Lenskaja, J. P., Leonowa, E. M., Lermontowa, A. F., Lessly, A. A., Lessly, W. A., Liberowa, M. W., Lisander, O. F., Lissizina, M. A., Loransky, A. P., Maijewsky, W. M., Makawejewa, E. I., Makawejew, I. I., Maximowitsch, I. I., Makowskaja, J. P., Mantaschew, G. A., Mardarjewa, E. S., Mari, N. N., Markowitsch, M. A., Martinow, A. W., Meier, W. A., Meier, N. A., Meister, W. E., Miretzkaja, L. A., Michailowa, J. A., Michailow, N. A., Mordwinowa, S. E., Mosjagina, E. S., Mrawinsky, A. K., Muromzew, W. S., Mutafowa, M. K., Mislowskaja, E. G., Fürstin Mischetzkaja, E. P., Fürst Mischetzky, D. P., Narischkina, N. M., Narischkina, A. M., Narischkina, N. A., Narischkin, M. A., Narischkina N. A., Naumow, N. M., Graf Nirod, E. M., Nowossiljzowa, E. D., Nowossiljzow, N. I., Nümann, A. E., Nachapetow, L. K., Fürstin Obolenskaja, W. F., Fürstin Obolenskaja, L. P., Fürst Obolensky, A. D., Fürst Obolensky, A. A., Oliv, M. A., Oliv, M. S., Olsufjewa, S. S., Opritz, A. I., Fürst Orbeliani, D. I., Ossowsky, N. I., Ossipowa, T. W., Ostelezky, B. K., Panow, I. D., Patwakanow, A. I., Pell, A. F., Pell, S. A., Permikina, P. E., Pletnjew, P. A., Plussa, M. I., Polowzow, A. A., Pomeranzewa, W. A., Preobrashenskaja, E. M., Preobrashensky, O. O., Prileshajewa, W. N., Prileshajew, W. W. I, Prileshajew, W. W. II, Prileshajew, S. W., Puginow, I. M., Radselowsky, N. M., Rappoport, L. S., Rappoport, S. L., Ramm, W. I., Rogowin, E. M., Rotinow, N. G., Sawtschenko, F. O., Sawtschenko, J. K., Sasonowa, S. I., Samarin, P. P., Semjonow, W. P., Sementowskaja-Kurilo, O. N., Sweschnikow, N. L., Sergejew, M. W., Sibiljew, B. N., Skworzowa, N. M., Smirnowa, N. I., Sokolskaja, S. M., Sokolsky, N. I., Stachowitsch, W. W., Stetkewitsch, M. A., Strukow, W. G., Strumillo, O. E., Sultanowa, E. P., Suchanow, P. I., Sutschkow, S. N., Sferina, A. E., Sitschenko, W. A., Sitschenko, P. A., Tager, N. P. Tamonow, P. S., Teletow, A. S., Ternawzewa, M. A., Ternawzew, W. A., Tigranowa, N. S., Tigranow, G. F., Time, I. A., Timme, N. A., Tolmatschowa-Karpinskaja, E. A., Topornina, O. N., Topornin, A. F., Topornin, W. F., Topornin, N. F., Topornin, F. A., Fürstin Trubezkaja, S. P., Turkina, E. W., Filossofowa, E. I., Filossofowa, E. A., Finkelstein, N. M., Firsow, N. N., Freigang, L. A., Franscini Carolina, Christianow, N. A., Zitowitsch, M. F., Tscherkassow, N. A., Tschernowskaja, A. B., Tschernischew, I. W., Schelking, N. N., Schönfeld, M. F., Schönfeld, J. P., Schmidt, K. K., Stieren, A. A., Stieren, M. K., Schulgina, O. P., Epow, N. K., Erbstein, M. S., Enden von O. G., Jawein, I. I., Jablokowa, M. P., Jakowljew, A. J., Jakunin, I. G., Jatschewsky, L. A.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 2 Rub. eingezahlt haben: Biatrow, W. F., Wilje, M. J., Fürstin Golizina, M. D., Dimscha, L. K., Israiljewa, W. M., Kasarin, G. G., Kraws-Tarnawsky, P. I., Poboshew, I. P., Podgursky, W. F., Reich, M. I., Rikowa, E. N., Saltanow, J. N., Schmidt, N. J.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 3 Rub. eingezahlt haben: Batzewitsch, E. F., Beljarminowa, L. I., Beljarminow, L. G., Betlingk von J. K., Bechterew, W. M., Borissowsky, W. S., Borowitinow, M. M., Botkin, E. S., Brunner, A. A., Brunner, L. F., Waxel, P. L., Wedenjapin, A. A., Witte von, G. G., Woskressensky, N. M., Garf, E. E., Hubert, W. F., Hubert, W. O., Daniljewsky, A. J., Dwukrajew, A. A., Depp, E. R., Dimscha, S. S., Siber-Schumowa, N. O., Snamenskaja, R. S., Snamensky, N. N., Sujew, A. J., Kamjonskaja, M. I., Kamjonsky, W. O., Fürstin Kassatkina-Rostowskaja, S. F., Kaufmann, R. J., Kaufmann, S. A., Gräfin Kisseljowa, A. N., Klarfeld, B. G., Klarfeld, W. B., Kljatschko, L. M., Kressling, K. I., Kusa-Bleichmann, W. I., Gräfin Kutaissowa, M. S., Graf Kutaissow, A. P., Losinsky, A. A., Maximow, I. I., Malinowsky, L. N., Meinard, L. W., Minjaschina, E. A., Nesnamow, E. A., Nikitin, W. N., Oliv, W. S., Ostrogorsky, S. A., Pawlow, M. P., Pantelejewa, J. Th., Pljuschtschewsky-Pljuschtschik, J. A., Raptschewsky, I. F., Rshaksinsky, P. A., Sklifossowskaja, S. A., Spengler, A. E., Subotin, M. S., Sitschewa, T. P., Tichomirow, N. I., Finkel, E. A., Chlopin, G. W., Chrshanowsky, E. K., Tschomanskaja, A. P., Tschelzow, M. M., Tschistowitsch, N. J., Schapirowa, S. W., Schapirow, B. M., Scherbowa-Nefedowitsch, O. L., Scherbow-Nefedowitsch, P. O., Enkgow, F. S., Janowsky, M. W., Fjodorow, S. P.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 5 Rbl. eingezahlt haben: Anfimow J. A., Bergamasko M. P., Bersh A. N., Bersh L. P., Bersh P. S., Bötlingk von R. R., Bibikowa W. D., Bibikow M. M., Bortniker O. N., Bortniker S. M., Bunge S. S., Bunge A. A., Westfahlen G. G., Wilinbachowa J. A., Breden R. R., Fürstin Gagarina O. A., Fürst Gagarin N. N., Glinojetzkaja L. N., Goldberg A. M., Goldberg D. F., Denissowa S. P., Dombrowsky K. P., Dimscha J. K., Dimscha L. T., Jewdokimow A. J., Sherbina O. A., Shukowskaja W. M., Sander A. L., Quill R. I., Kotzowsky N. D., Kuljabko-Koretzky A. G., Lange M. F., Lopuchina N. I., Gräfin Loris-Meljikowa M. M., Graf Loris-Meljikow T. M., Malischewa M. F., Nikolajew A. N., Baronin Nolken E. M., Fürstin Oboljenskaja J. N., Fürst Oboljensky A. D., Ott D. O., Ochotnikowa S. F., Ochotnikow M. M., Parenago S. N., Paschatina O. W., Sirotinin W. N., Skaramonga A. P., Tilitschejew S. W., Gräfin Tolstoy O. A., Graf Tolstoy M. P., Fürst Trubezkoi N. S., Fenomenowa I. W., Fenomenow N. N., Försen O. N., Baron Zeidler G. F., Zitowitsch L. J., Tschelischtschewa M. K., Scherschewsky M. M.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 8 und 10 Rbl. eingezahlt haben: Kristi G. I. (8 Rbl.). Zu 10 Rbl.: Bitepash J. G., Goldberg M. I., Knjashewitsch A. A., Knjashewitsch D. M., Kosirew A. A., Kolberg G. A., Gräfin Loris-Melikowa N. I., Petrowsky I. M., Radlow F. L., Fürstin Swjatopolk-Mirskaja J. A., Fürst Swjatopolk-Mirsky P. D., Sokolowskaja N. B., Sokolowsky W. B., Tami A. J., Fliege N. N., Fliege O. W., Jachimowitsch G. K.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 12 Rbl. eingezahlt haben: Kostiljewa O. D., Kostiljew N. A., Panteljejewa A. I., Panteljejew G. Th.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 25 Rbl. eingezahlt haben: Shukowsky M. J., Kamenka A. J., Kamenka B. A., Nabokowa J. I., Nabokow W. D., Gräfin Orlowa-Dawidowa M. M., Pawlowa J. M., Pawlow T. P., Petrokokino D. I., Gräfin Tschernischewa-Krugli-

kowa M. I., Graf Tschernischew-Besobrasow A. F., Schichobalowa E. M., Gräfin Schuwalowa A. I.

Einmalige Beiträge: Antonow O. S. 1 Rbl., Golubew S. J. 25 Rbl., Shukow G. E., 3 Rbl., Kostiljew N. A. 1 Rbl., Kusa-Bleichmann W. S. 7 Rbl., Gräfin Loris-Melikowa N. I. 15 Rbl., Miretzkaja L. A. 5 Rbl., Fürstin Oboljenskaja A. A. 1 Rbl., Sklifossowskaja S. A. 25 Rbl., K. P. 1 R., A. A. K. 3 Rbl., E. I. K. 1 Rbl., P. 1 Rbl., Unbekannter 1 Rbl., N. N. 3 Rbl., N. 1 Rbl. — Summa 5806 Rbl.

Zweite Liste (zusammengestellt für die Zeit vom 16. März bis zum 4. April).

Wirkliche Mitglieder, welche einen lebenslänglichen Beitrag eingezahlt haben: Gräfin Bobrinskaja E. P. 50 Rbl., Fürstin Dolgorukaja O. P. 50 Rbl., Gräfin Scheremetjewa D. A. 50 Rbl.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 1 Rbl. eingezahlt habe: Berthenson W. B., Gräfin Bobrinskaja S. A., Graf Bobrinsky A. A., Graf Bobrinsky G. A., Beloussow W. W., Bilim-Kolossowsky L. K., Wassilkowskaja E. W., Wassilkowskaja L. W., Wassilkowsky W. W., Wassilkowsky S. W., Weber L. W., Fürst Gagarin N. N., Fürst Gagarin S. A., Gawrilowitsch B. A., Gawrilowitsch S. M., Helms A. G., Helms I. G., Helms E. G., Galtschinsky W. F., Hirs N. I., Galaktionow A. I., Gwosdewa N. N., Gwosdew S. A., Henken A. F., Hesse E. R., Glasko W. I., Glebow P. W., Glebowa L. W., Goldberg S. W., Gordanowa O. S., Gonezky E. A.. Depp M. A., Saiontschkowsky L. W., Klewerberg W. A., Komarowa O. Th., Korenjew B. E., Kotzebu S. R., Krawtschenko W. S., Lawrow W. W., Lipina S. K., Lipin W. N., Lipin N. W., Soboikowa W. S., Loboikow N. P., Lopatto R. S., Ljubomirowa N. K., Magula M. M., Miklaschewskaja E. A., Miklaschewsky I. M., Fürstin Obolenskaja E. A., Fürst Obolensky D. A., Onitzkovsky M. S., Platonowa P. A., Potjechina E. A., Prshibora S. O., Pjatnizkaja O. A., Radsiowsky G. S., Sawina N. M. Saltanowa E. I., Fürst Swjatopolk-Mirskij D. P., Skotschinskaja M. N., Skotschinsky A. A., Strumillo M. S., Stukkei L. G., Taptykowa T. N. Taptykow I. A., Tonberg N. A., Fürst Trubezkoi S. A., Trubnikowa E. N., Fjodorowsky P. T., Friesse R. P., Zimmermann W. A., Tschistoserdow W. W., Schak W. A., Graf Schuwalow A. P.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 2 Rbl. eingezahlt haben: Wladislawlewa M. L., Kondojonaki N. I., Fürstin Swjatopolk-Mirskaja S. P.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 3 Rbl. eingezahlt haben: Wladislawljew S. W., Katenin A. A., Baron Korff N. S., Korolkow M. A., Baronin Krusenstern A. F., Malama W. I., Markowa N. I., Ochotnikowa O. A., Ochotnikow P. M., Pawlow N. W., Papkow M. N., Pilatzkaja E. A, Sinelnikow A. N., Stobeus A. A., Fedossejewa E. I., Fedossejew G. A. Scheremetjew A. Th.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 5 Rbl. eingezahlt haben: Jewreinow G. A., Kriwoscheina O. P., Pilazkaja E. A., Pilazkaja D. A., Gräfin Tolstaja L. S., Graf Tolstoi P. M.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 10 Rbl. eingezahlt haben: Graf Bobrinsky A. A., Warschawsky M. A., Haimann L. J., Gülich A. O., Darmolatow D. I., Kaminka A. I., Koppelmann S. I., Muchina M. N., Obolensky P. W., Rappert G. G., Rosenthal A. S., Fjodorow M. M., Fridljandsky W. S., Steinfinkel A. E., Epstein E. M.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 25 Rbl. eingezahlt haben: Wedensky B. A., Gruss S. F., Dshamgarow I. I., Landshof E. L., Poljjak S. G., Rubinstein G. I., Rikowsky P. I., Hessin P. J.

Einmalige Spenden: Unbekannter 1 Rbl., Skotschinsky A. A. 8 Rbl., Jatschewsky L. A. 2 Rbl. Summa 673 Rbl.

In Summa, laut beiden Listen — 6479 Rbl.

L. Berthenson.

St. Petersburg, 7. April 1910.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 11. Mai 1910.

Tagesordnung: F. Dörbeck: Ueber nicht-diabetische Glykosurie vom versicherungsärztlichen Standpunct.

Geschäftliche Sitzung: Beratung über die Ergebnisse der Arbeiten der Commissionen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 10. Mai 1910.

Tagesordnung: Th. Dobbert: Ueber Rupturen in alten Kaiserschnittnarben und ihre Bedeutung für die Indicationsstellung zur Sectio caesarea.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Ганъ. Острый и затяжной перелой мочеиспускательнаго канала мужчины. Одесса. 1910.

E. v. Cyon. Eduard Pflüger. Bonn, M. Hager. 1910.

Труды Кіевскаго Хирургическаго Общества, составленные при Императорскомъ Университетѣ. Св. Владиміра. Протоколы и научные доклады. Кіевъ. 1910.

Гартье, Э. Э. Аундофильныя бактеріи кишечника дѣтей. С. Петербургъ. В. С. Эттингеръ. 1910.

Tillis. Moderne Behandlung der Herzkrankheiten. Berlin. A. Brenzinger. 1910.

H. Sahli. Tuberculinbehandlung und Tuberculoseimmunität. Basel. B. Schwabe u. Co. 1910.

E. Grawitz. Organischer Marasmus. Stuttgart. F. Enke. 1910.

G. Lubszynski. Angeborene und erworbene Deformitäten des Kniegelenkes. Stuttgart. F. Enke. 1910.

R. von der Velden. Der starr dilatierte Thorax. Stuttgart. F. Enke. 1910.

L. Michaelis. Dynamik der Oberflächen. Dresden. Steinkopff, Th. 1909.

A. Cohen-Kysper. Versuch einer mechanischen Analyse der Veränderungen vitaler Systeme, Leipzig. G. Thieme 1910.

H. Strauss. Prokto-Sigmoskopie. Leipzig. G. Thieme. 1910.

R. Sommer. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Halle a. S. C. Marhold. 1910.

F. Heilborn. Die Bedeutung der Augenhygiene für den Staat. Berlin. S. Karger. 1910.

P. H. Gerber. Die Syphilis der Nase, des Halses und des Ohres. Berlin. S. Karger. 1910.

A. Garkisch. Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre vom Uterusmyom. Berlin. S. Karger. 1910.

C. Zarniko. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. Berlin. S. Karger. 1910.

J. Hahn. Therapeutisches Lexicon. Leipzig. W. Engelmann. 1910.

S. Hammerschlag. Lehrbuch der operativen Geburtshilfe. Leipzig. S. Hirzel. 1910.

H. Fritsch. Die Krankheiten der Frauen für Aerzte und Studierende. Leipzig. S. Hirzel. 1910.

C. v. Noorden. Die Fettsucht. Wien und Leipzig. A. Hölder. 1910.

D. Barfurth. Regeneration und Transplantation in der Medicin. Jena. G. Fischer. 1910.

J. Schoffer. Die Plasmazellen. Jena. G. Fischer. 1910.

H. Krannhals-Riga (†). Ueber Beeinflussung der localen Tuberculinreactionen durch acut fieberhafte Processe. Sonderabdruck aus d. Münchener Med. Wochenschrift. Nr. 16, 1910.

С. Ф. Унтербергеръ. Борьба съ чахоткою и домашняя здравница (санаторія). С.-Петербургъ 1910.

Therapeutisches Vademecum Boehringer u. Söhne. Mannheim-Waldhof. 1910.

O. Scheuer. Die Syphilis der Unschuldigen. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg. 1910.

V. Schmieden. Der chirurgische Operationscursus. Leipzig. J. Barth. 1910.

E. Mercks Jahresbericht über Neuerungen auf den Gebieten der Pharmacotherapie und Pharmacie für 1909. Darmstadt. 1910.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 19 St. Petersburg, den 8. (21.) Mai 1910. XXXV. JAHRGANG.

Ueber „Commotio cerebri" [1]).

Von

Eduard Schwarz-Riga.

Kocher [2]) hält es für wünschenswert, dass der Begriff „Commotio cerebri" durch den der Concussio, der Hirnpressung ersetzt werde; wenn die Erscheinungen nach dem Insult schnell schwinden, wenn keine Dauersymptome folgen, so liege diejenige Form der Concussio vor, welche in blosser momentaner Circulationsunterbrechung bestehe, aber es bleibe immer unsicher, ob nicht doch Quetschungen solcher Teile dabei stattgefunden haben, deren Zerstörung sich durch keine uns bekannten Ausfallssymptome documentiere! er halte es gegenwärtig nicht für möglich zu verneinen, dass nicht in jedem Fall von Commotio cerebri Quetschungen vorkämen. In dieser letzten Vermutung hat Kocher Recht; auch scheinen viele Autoren sich dieser Anschauung zuzuneigen; Baller schliesst sich diesen an (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medicin XXV. Nr. 2, pag. 266). Es lässt sich durch objective Befunde aber auch in vivo wahrscheinlich machen, dass durch anscheinend geringfügige Traumen Quetschungen veranlasst werden, die zu Zertrümmerungen des Hirns führen. Die Definition Kochers stimmt also nicht, denn durch diesen Befund „zeigt sich, dass auch ohne" Commotionserscheinungen nach Traumen objective cerebrale Symptome beobachtet werden können, die es fast mit Sicherheit beweisen, dass das Trauma Verletzungen des Hirns zustande brachte, ohne dass Coma oder sonstige Erscheinungen, Schwindel, Kopfschmerz und subjectives Unbehagen gleich nach dem Trauma eingetreten wären. Aus Folgendem wird sich zeigen, dass Zerstörung von Hirnsubstanz, dass oberflächliche Zertrümmerungsherde die Euphorie des Kranken nicht zu stören brauchen, dass trotz mit grosser Sicherheit vorauszusetzender oberflächlicher Zertrümmerungsherde vollkommene Euphorie bestehen kann, wenigstens zu einer Zeit, zu welcher die groben Läsionen, die das Trauma gesetzt hat, noch nicht verheilt sind.

Auf dem internationalen Unfallscongress im Mai 1909 in Rom betonten Prof. Brissaud und Dr. Oettingen (Paris) [1]), dass nach Kopftraumen zwei Gruppen sogenannter traumatischer Neurosen vorkämen: eine leichtere Form und eine schwerere, welch letztere mit Abmagerung, Verdauungsstörung und Schlaflosigkeit einhergehe; diese hätte vielleicht Verletzungen des Nervensystems zur Ursache, für welche unsere Forschungsmittel noch unzureichende seien!

Diese 2 Gruppen sind auch nach meinen Beobachtungen zu unterscheiden und zu trennen. Die Krankheitsbilder zeigen alle nur einen subjectiven Symptomencomplex, objective Symptome fehlen, ein objectives Urteil ist somit schwer möglich, und Erich Schlesinger (Berlin) hat gemeint, dass „es ja ohne Weiteres klar wäre, dass die Lehre der nervösen Unfallserkrankungen niemals eine exacte Wissenschaft werden könne" [2]).

Riga hat an seinem Städtischen Krankenhause schon seit Jahrzehnten das, was die „Gesellschaft Deutscher Nervenärzte" für Deutschland erstrebt; die 80 Betten zählende Abteilung nur für Nervenkranke hat in den letzten 10 Jahren mir ein grosses Material an Unfallskranken gezeigt; ich kann die Bemerkung Brissauds bestätigen; unter diesem Material habe ich aber Gelegenheit gehabt, einige Kranke zu beobachten, die geeignet erschienen, obige Lücke, wenn auch nicht auszufüllen, so doch ein wenig Licht ins Dunkel zu bringen; der geniale Gedanke Quinckes und seine Lumbalpunction hilft uns in dieses Dunkel ein wenig hinein zu leuchten.

Der 44-jährige C. Birk war am 15. März 1905 auf den Hinterkopf gefallen. 15 Min. Coma; dann Stirn-

[1]) Der Vortrag wurde gehalten auf der 3. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte zu Wien am 18. Sept. 1909 und über denselben ein ausführliches Referat gegeben auf dem I. baltischen Aerztetag zu Dorpat auf der Specialsitzung für Psychiatrie und Neurologie, August 1909. Er erscheint auch in der Wiener Med. Wochenschr.

[2]) Kocher — in Nothnagels Spec. Path. u. Therapie, pag. 334 und 335.

[1]) Officieller Bericht. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Inv. Nr. 6. 1909. pag. 192, 193.

[2]) Deutsche Med. Wochenschrift, 1909. 13. Mai. pag. 833.

kopfschmerz, Schmerz in Augenhöhlen und Schläfen, 5 Nächte schlechter Schlaf; das r. Ohr „falle ihm nach dem Fall oft zu". Ausser geringer Schmerzäusserung beim Beklopfen des Schädels — negativer Befund an den Organen und am Nervensystem, auch am r. Ohr. 6 Tage nach dem Fall Aufnahme. (21. März 1909). Nach Lumbalpunction Euphorie und nach guten Nächten so ausgesprochene Euphorie, dass er seine Entlassung verlangt. Es bedurfte einiger Ueberredungskunst, um ihn 8 Tage in der Abteilung zu halten, dann liess er sich nicht mehr überreden, länger zu bleiben, „er sei gesund!" und verliess die Abteilung. Die Lumbalpunction am Tage nach der Aufnahme, also 7 Tage nach dem Trauma ergab: Liquor hellgelb, leicht trübe, cerebrospinaler Druck mässig. Nach 20 Min. Centrifugieren rotes Sediment, im GF. etwa 100 rote und 4—5 weisse Blutkörperchen; nach dem Centrifugieren blieb der Liquor gelb — ein Zeichen, dass das Blut schon längere Zeit, mehrere Tage dem Liquor beigemischt und nicht durch die Punction in den Liquor hineingebracht worden war. — Also: schnelles, subjectiv restloses Schwinden aller Symptome nach nicht schwerem, aber doch mit länger dauernden Folgeerscheinungen verbundenem Trauma [1]). Im Liquor ist Blut nachweisbar, das in directen Zusammenhang mit dem Trauma zu bringen ist. Therapeutische Wirkung der Lumbalpunction glänzend.

Am 30. Juni 1907 sprang der 16¾-jähr. Leonhard L. [2]) von einem 12—13 Fuss hohen Stege auf weichen Waldboden; er verspürte gleich nach dem Sprung nichts Unangenehmes, machte noch ein Waldfest mit und ging in der Nacht 2—3 Kilom. zu Fuss nach Hause. Zu Hause im Bett „Kälte, Uebelkeiten, Kopfschmerzen, die sich in den nächsten Tagen steigerten, und zu denen sich Schwindel, namentlich beim Blick nach oben und absolute Schlaflosigkeit gesellten. 8 Tage nach dem Sprung wurde er mir durch die Liebenswürdigkeit des Collegen Groth überwiesen, und fand ich bei einer Lumbalpunction, die ich gleich vornahm, (7. Juni 1907) einen blutigen Liquor, der ein wenig blutigen Bodensatz und gelben Liquor beim Stehen und Centrifugieren zurückliess. Die Kopfschmerzen liessen sofort nach, und Pat. schlief die Nächte gut; der Befund an den inneren Organen war absolut negativ, an dem Nervensystem ebenso; auch keine Augenmuskellähmung. Doch am 9. Tage traten motorisch-paraphasische Störungen auf. Pat. erkannte die Gegenstände, konnte aber den motorischen Ausdruck für dieselben nicht finden; er quälte sich, sagte für Pfropfen Poffen, für Brille — Bill, oder konnte nur die russischen Ausdrücke für die Gegenstände finden, und auch diese waren verstümmelt; erst nach längerem Bemühen findet er den Ausdruck. Am 20. August, 21 Tage post Trauma, war diese Sprachstörung geschwunden. Ende August fuhr Pat. nach Hause und nach der Mitteilung seines Onkels am 28. Sept. 1907 (und im Oct. und Nov.) besuchte Patient mit Erfolg die Schule. Ich habe 6 Wochen vollkommene Bettruhe pflegen lassen; trotz der Sprechstörungen war Pat. aber nur mit Mühe im Bette zu halten, er fühlte sich nach der Punction vollkommen wohl und wollte aufstehen!

Hier also anscheinend geringfügiges Trauma; ohne den Liquorbefund wären sogar Zweifel über den Zusammenhang zwischen Trauma und den nachfolgenden Symptomen, die wohl in der darauffolgenden Nacht, aber nach einem nächtlichen Fest im Walde auftraten, nicht zurückzuweisen gewesen. Der Liquorbefund beweist aber den Zusammenhang und zeigt, dass bei anscheinend geringem Trauma und ohne jegliche Commotionserscheinungen doch Störungen zustande kommen, die aufs Trauma direct bezogen werden müssen und für deren Grundlage Zertrümmerungen des Hirns vermutet und vorausgesetzt werden müssen. Bekannt ist, dass diese cerebralen Läsionen mit Vorliebe an der Spitze der Stirnlappen bei Trauma von hinten oben und ebenso an der Spitze der Schläfenlappen entstehen, an der Basis bei Traumen von oben ihren Sitz haben. In vorliegendem Fall sind durch den Sprung auf die Füsse, wobei das Hirn auf die Basis aufschlägt, Zertrümmerung an der Basis des Hirns vorauszusetzen. Ueber die noch folgenden Ausfallserscheinungen später.

Ist für den ersten Fall die Frage zu entscheiden, ob nicht durch den Fall auf den Kopf eine Basisfractur erzeugt wurde und auf diese das Blut im Liquor zu beziehen is, so ist hier wohl von einer solchen abzusehen und das Blut im Liquor auf Zertrümmerungsherde an der Basis des Hirns zurückzuführen.

Sind diese Erscheinungen auch einigermassen durchsichtig und eindeutig, — Gewissheit könnten doch nur Obductionen schaffen — so sind andere Verhältnisse, die gleichfalls erst mittelst Lumbalpunction der Beobachtung zugängig gemacht werden können, weniger verständlich. Das Blut, das sich nach dem Trauma im Liquor nachweisen lässt, schwindet bald. In diesem Juni sah ich einen Mann, bei dem der Liquor am 11. Tage nach dem Trauma schon so wenig gefärbt war, dass ein Uebersehen möglich gewesen wäre, bei dem ich einige Tage nach dem Trauma viel Blut im Liquor gesehen hatte. Gewöhnlich ist nach 14 Tagen der Liquor wieder vollkommen wasserklar und zellfrei.

Der nächste nachweisbare Folgezustand kann zunächst eine vermehrte Ansammlung von Liquor sein.

Ich gebe hier eine Beobachtung als Beispiel. Der 28-jährige Studierende des hiesigen Polytechnikums E v. Z. M. stürzte beim Setzen über einen Zaun mit dem Pferde 31. VIII. 1909. Nach dem Fall nur einige Secunden dauernde Benommenheit resp. Bewusstlosigkeit. (Aussagen des mitreitenden Bruders). Pat. hatte auch selbst die Empfindung das Bewusstsein nicht verloren zu haben — retrograde Amnesie nicht nachweisbar; nach dem Sturz hatte Pat. aber die Emfindung, er habe sich seinen Kopf und sein Gehirn stark zerschlagen, und wagte nicht aufzustehen; er blieb auf dem Felde liegen und wartete auf die Equipage, die ihn nach Hause bringen sollte. Ins Bett gefahren und getragen, blieb er 3 Tage liegen, stand dann auf, konnte sich mit einiger Mühe bewegen, erholte sich aber von Tag zu Tag. Am 14. IX. 09 (c. 14 Tage nach dem Trauma) machte er die Fahrt nach Riga, 4 Std. Landfahrt und 8 Std. Eisenbahn. Hier konnten keine Ausfallssymptome constatiert werden, sowohl der Organbefund, als der Befund am Nervensystem war objectiv ein normaler. Keine Lähmung, der Kopf war aber gegen leichte Erschütterung empfindlich, die rechte Schläfengegend, die offenbar beim Fall einen stärkeren Schlag erlitten hatte, war noch druckempfindlich; Pat. hatte die Empfindung als wenn hier öfter bei Bewegungen des Kopfes «ein Knacken» zustande komme. Beim Hin- und Herbewegen des Kopfes unangenehme Sensationen, Schwindel etc. besonders auch im Nacken. Das r. Auge sehe schwächer als früher. Das einzige sichtbare Symptom war ein Rest einer Sugillation am r. Scleralrande des Bulbus; ophthalm. ein vollk. normaler Befund. In seinem ganzen Wesen war Pat. aber verändert; gedrückter Stimmung. Lärm, Menschen wirken schnell ermüdend. Der Kopf sei immer «wie etwas im Nebel»; schärferes Nachdenken greife an; doch Kritik klar und das Bestreben, alle Erscheinungen leichter zu nehmen, als sie objectiv waren, alle Erscheinungen als unbedeutend und bald vorübergehend, mit einiger Energie leicht überwindbar hinzustellen. Die psychische Veränderung veranlasste Herrn Stadtrat Dr. med. Heerwagen Pat. meiner Behandlung zu überweisen. Pat. selbst wollte von Behandlung nichts wissen.

Pat. liess sich in die Petersonsche Klinik aufnehmen, wo ich am 15. IX. 09 eine Lumbalpunction ausführte.

Der Liquor strömte in weitem Strahl hervor und schnell füllte sich eine grosse Proberöhre. 20 Cubcm. entnahm ich, der Liquor entströmte noch nicht tropfenweise, sondern noch im Strahl; eine genaue Druckmessung ist leider unterblie

---

[1]) St. Petersb. Med. Wochenschrift. 1907. Nr. 7.

[2]) St. Petersb. Med. Wochenschrift. 1908. Nr. 18. pag. 7 u. 8.

ben [1]). Nach der Punction trat Euphorie ein; am nächsten Morgen fühlte sich Pat. von seinen Beschwerden befreit, der Kopf ganz frei, er konnte ihn ohne unangenehme Sensation schütteln; diese vollkommene Euphorie dauerte 2 Tage, dann traten wieder leichte Kopfschmerzen auf; ich dachte an eine 2-te Lumbalpunction, doch waren die Erscheinungen nicht hochgradig und schwanden in 4—5 Tagen, so dass Pat. am 24. Sept. 09 entlassen werden konnte. Später noch fortlaufend schnelle Erholung, Pat. konnte (29. IX. 09) 5—6 Std. ohne Ermüdung lesen. Das rechte Auge sah wie früher scharf und gut: in den letzten Tagen sind auch Sensationen, die in den Beinen vorhanden waren, so gut wie geschwunden. Im Liquor hat sich nichts Pathologisches gefunden; der Liquor war **zellfrei**, keine Reste von Blut, keine gelbliche Färbung, vollkommen wasserklar. (Andere Untersuchungen hat Herr Dr. Gawrilow (Assistent im Krankenhause) nicht gemacht) [2]).

Der fieberlose Verlauf und die fehlende Lymphocytose lässt eine „Meningitis" wohl ausschliessen; der leichte Hydrocephalus ist aber wohl am ehesten als Begleiterscheinung der traumatischen Läsionen des Beins und auch des Schädels aufzufassen.

In anderen Fällen sieht man nach Schwinden des Blutes eine Lymphocytose sich entwickeln.

Zum ersten Mal sah ich bei einem 51-jährigen Manne, der am 27. Januar 1905 aufgenommen worden und 8 Tage vorher von einer Treppe gefallen war, keine Zeichen von Basisfractur, keine äusseren Verletzungen des Kopfes zeigte, eine Lymphocytose. Am 13. Tage post trauma erste Punction; im Liquor waren 70—100 Lymphocyten in jedem GF. zu sehen (nach 20 Min. Centrifugiren); Liquor selbst wasserklar; diese Lymphocytose war am 15 Febr. 1905 (3 Punction) fast geschwunden—nur vereinzelte Lymphocyten noch nachweisbar. Hier haben lange Zeit schwere Erscheinungen bestanden. Pat. erwachte erst aus seinem benommenen Zustande zu subjectiver Euphorie 4 Wochen nach dem Fall und verlangte Entlassung; es war rechts d. Knieph. „nicht auslösbar" gewesen, es entwickelte sich in späterem *Verlauf* eine Stauungspapille! Ueber das Vorleben war nichts bekannt; ob Lues vorhanden gewesen war, war nicht zu eruieren, aber die Lymphocytose war innerhalb 3 Wochen ohne J und ohne Hg so gut wie geschwunden! Der Fall legte die Frage nahe, ob überhaupt die Lymphocytose in causale Verbindung mit dem Trauma und den vorauszusetzenden hochgradigeren Läsionen des Hirns zu bringen sei? Ob anfangs Blut im Liquor vorhanden gewesen, war nicht mehr zu entscheiden, es konnte schon geschwunden sein. Es könnte sich hier um einen Kranken gehandelt haben, der schon vorher, vor dem Trauma krank war, ja der infolge seiner Krankheit das Trauma erlitt, infolge von Schwindel etc. Es käme in erster Linie eine Hirnlues in Frage, für die die Lymphocytose und das eine fehlende Kniephänomen sprechen könnten, doch die Lymphocytose schwand noch während des Krankenhausaufenthaltes; ich habe später über den Kranken nichts mehr gehört, doch eine spätere Beobachtung hat mich gelehrt, dass eine Hirnlues, deren Erscheinungen sich an die Folgen eines Kopftraumas unmittelbar anschliessen, nicht auf dieses als Ursache zu beziehen ist, sondern umgekehrt der Unfall Folge der Hirnlues ist [3]). Jedenfalls schwand die Lymphocytose schnell, welcher Umstand gegen Hirnlues spricht. Dass es sich um eine Meningitis gehandelt hat, ist nicht unwahrscheinlich, doch auch nicht sicher zu beweisen — In geeigneten Fällen lässt sich aber beobachten, dass nach Schwinden des Blutes im Liquor sich eine Lymphocytose direct diesem anschliesst und nicht auf eine Meningitis bezogen werden darf.

Am 29. April 1905 wurde der 44-jährige A. L. aufgenommen. Abends am 22. April, also 7 Tage vor der Aufnahme, sitzt Pat. gesund in seinem Zimmer und liest die Zeitung, will die Retirade aufsuchen und fällt im Dunkeln eine 12 Stufen hohe Treppe herab. Bald darauf sieht ihn sein Arzt, (Dr. Schönfeldt). Pat. redet irre, weiss vom Unfall nichts Status: mässig genährtes Individuum, mit normalem Organbefund, ausser frischer Angina. Speciell: Schädel ohne path. Erscheinungen. Temp. erhöht, 38,6, durch Angina zu erklären. Keine Lähmungs-, keine Sensibilitätsstörung, Kopfschmerzen, schlechter Schlaf, sonst keine Erscheinungen. Am Tage nach der Aufnahme (8 Tage nach dem Unfall) erste Punction, blutiger Liquor, viel Blut, nach Abstehen Liquor über dem blutigen Sediment gelblich rosa. 6. Mai (14 Tage nach dem Unfall) zweite Punction: hellgelber Liquor, mikroskopische Untersuchung missglückt. 11. Mai 3-te Punction, 11 Tage nach der ersten, und 19 Tage nach dem Unfall: Liquor wasserklar, aber viel Lymphocyten (70—100 im GF.) Euphorie. 18. Mai 4 Punction: Druck gering, Liquor makroskopisch klar, durch Stehen erlangtes Sediment = 30 Lymphocyten im GF. — 22. Mai: Klagen über Kopfschmerzen, sonst leidliches Befinden. 1. Juni 5. Punction: „noch viel Lymphocyten." Pat. verlangt Entlassung. Mit Anraten grösster Ruhe wird Pat. 3. Juni 1905 entlassen.

Wir sehen hier erst Blut, dann Lymphocytose! Die Deutung dieses Falles ist nicht ganz leicht, hauptsächlich weil über einen Befund vor dem Trauma nichts bekannt. Aber Lues hatte der Mann nicht gehabt und hatte sich bis zum Trauma „vollkommen wohl" gefühlt; eine Lymphocytose vor dem Trauma ist somit nicht wahrscheinlich, aber nicht mit Sicherheit auszuschliessen. Jedenfalls fordern solche Fälle zu weiterer genauerer Prüfung der posttraumatischen Zustände auf! Der obige Fall des Leonhard L. mit den am 9. Tage post Trauma folgenden Sprachstörungen in Verbindung mit diesem lassen vermuten, dass gleich den Erfahrungen von Hauser [1]) und Bollinger [2]) die Zertrümmerungsherde, die ja zum Teil an der Oberfläche des Hirns ihren Sitz haben, der Erweichung anheim fallen. Als Ausdruck dieser könnte nun meiner Meinung nach diese Lymphocytose angesprochen werden. Nach obigen Beobachtungen hat eine Deutung dieser Art die Wahrscheinlichkeit für sich.

Ich bedaure, dass ich dem ersten Pat. in der Zeit seiner Sprachstörungen nicht noch eine Lumbalpunction gemacht habe! Sie hätte vielleicht mehr Licht in diese Fragen gebracht. **Jedenfalls darf man sich der Meinung hingeben, dass die Sprachstörungen der Ausdruck der späteren Umwandlungen der Zertrümmerungsherde waren.**

Sind diese Schlussfolgerungen aus den Befunden im Liquor bald nach dem Trauma nur mit Vorsicht zu machen, so sind ähnliche Befunde bei Kranken, deren Kopftrauma weit zurückliegt, mit noch grösserer Vorsicht zu verwerten.

[1]) In der Discussion in Wien fragte Herr Sänger-Hamburg, ob ich bei den Untersuchungen im Krankenhause Messungen des Cerebrospinaldruckes gemacht hätte. Die Druckmessungen sind leider nicht gemacht worden. Ich habe im Laufe der letzten 4 Jahre oft und lange ohne Assistenten arbeiten müssen; da musste Alles, was irgend vermeidbar war, unterbleiben; ich war zufrieden, wenn ich die 4 Nonneschen Reactionen erhalten konnte; diese letzte Erfahrung machte es noch bedauerlicher, dass die Messungen unterbleiben mussten.

[2]) 26. IV. 1910 Anm. bei der Correctur Pat. ist frisch und munter arbeitet zum Examen.

[3]) St. Petersburger Med. Wochenschrift Nr. 21, 1909 und Monatsschrift für Unfallheilkunde etc. Mai 1909.

[1]) Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 65. Kocher. pag. 293.

[2]) Festschrift für Virchow. Bd. 2. und Kocher. pag. 304, ff.

Bei einem Kranken [1]), der im Krankenhause nichts Anderes suchte als seine Gesundheit, der keine Entschädigung für den Unfall erhoffte, der seine Leiden erst auf Befragen auf ein Kopftrauma zurückführte, das er vor 1 Jahr erlitten hatte, fand ich absolut keine Ursache für seine Klagen über Kopfschmerzen in irgend welchen Veränderungen seiner inneren Organe. Objectiv war nur ein vermehrtes Schlafbedürfnis vorhanden. Ich war anfangs nicht geneigt, das Kopftrauma als Ursache seiner Kopfschmerzen anzusprechen. Eine Lumbalpunction ergab makroskopisch leicht getrübten Liquor, mikroskopisch hochgradige Lymphocytose. Nach der Punction Schwinden der Kopfschmerzen; Pat fing sofort an, stark zuzunehmen, verliess nach kurzer Zeit mit dem Prädicat „genesen" die Abteilung. Ich hatte vor der Entlassung nochmals punctiert, erhielt aber nur einen Tropfen Liquor; der cerebrospinale Druck war so gering, dass nur bei Anspannung der Bauchpresse ein Tropfen Liquor sich zeigte, der aber nicht untersucht wurde.

Das Bild hatte durchaus nicht die Färbung eines schweren Leidens; auch die schnelle Besserung spricht für diese Anschauung. Eine Meningitis aus anderen Gründen kommt diagnostisch wohl in Frage, aber für eine solche sind keine Anhaltspunkte vorhanden; das einzige ätiologische Moment, das vorhanden war und zu denken gab, war das Trauma. Erhöhte Temperatur hat Pat. nie gezeigt. In Zusammenhang mit den vorigen Fällen dürfte dieser Fall zum Mindesten auffordern, nach ähnlichen Befunden zu suchen.

In einem 2. Fall war das Symptomenbild aber schon dem einer Meningitis ähnlicher; obgleich ich in dem Bogen notieren liess, dass der Kranke durchaus nicht den Eindruck eines Meningitis-Kranken machte. Er war vollkommen klar und gab correcte Antworten. Zu beachten ist der Fall aber insofern, als er nach völliger Gesundheit in d i r e c t e m Anschluss an ein leichtes Trauma sich entwickelte; leicht insofern, als demselben kein Coma folgte. Es folgte dem Trauma aber sofort Schwindel, der das Krankheitsbild in den nächsten 4 Monaten beherrschte.

Am 1 Mai 1904 wurde dieser Kranke, der 52-jährige Arbeiter P. Z. in die Nervenabteilung aufgenommen. Unter Fortlassung aller nebensächlichen Daten ist seine Krankengeschichte auszugsweise folgende: Er war am 10 Februar 1904 ausgeglitten und gefallen, sein Kopf hatte die Maschine, an der er arbeitete, gestreift; kein Coma; er war selbst aufgestanden, verspürte starken Schwindel, aber keine Schmerzen. Eine Verwundung am Kopf hatte Pat. erlitten, hatte aber des starken Schwindels wegen nicht allein gehen können. Pat. wurde in die chirurgische Abteilung (Br. VIII) aufgenommen, wo er unter der Diagnose „Commotio cerebri" bis zum 20. Februar 1904 lag — also 10 Tage. Er erholte sich soweit, dass er wieder zu arbeiten anfing, des Schwindels und intercurrent auftretender Schmerzen wegen seine Arbeit aber öfter unterbrechen musste. Eine Verschlimmerung seines Zustandes veranlasste eine abermalige Aufnahme im April 1904. Der sehr genaue Status ergab keine wesentlichen somatischen Veränderungen. Die Leber ist leicht vergrössert zu palpieren (Pat. ist mässiger Potator), die Art. brachiales sind sichtbar pulsierend; Herzbefund normal. Harn normal. Leichtes Schwanken beim Gehen. Das Krankheitsbild wird beherrscht durch eine Schlafsucht. Keine Lähmung der Motilität oder Sensibilität; keine Störung der Reflexe, keine Neuritis opt. Dabei war die Temperatur leicht erhöht, zwischen 37° und 38°; am Tage vor der ersten Punction abends 38,9. Am 8. Tage nach der Aufnahme wurde eine Lumbalpunction gemacht, die einen leicht milchig getrübten Liquor zu Tage förderte, der viel Lympho- und Leukocyten enthält. Am Abend nach der Punction Temperatur 37,1 sie hält sich jetzt bis 3 Tage vor der Entlassung um 37,0 mit 2 Erhebungen, am 20. Mai 1904, an welchem Tage im Krankenbogen Schnupfen und Husten notiert sind, und am 15. und 16 Juni (37,8—37,7—38,9), für welche im Krankenbogen sich keine speciellen Erklärungen finden, um dann 3 Tage vor der Entlassung unter 37,0 zu fallen und zu bleiben.

Nach der ersten Punction „fühlte sich Pat. erleichtert". Zweite Punction am 4. Mai. Liquor wasserklar, spec.: Gew. 1008, nach 1/4 stünd. Centrifugieren mikroskopisch „mässig" viel Leukocyten und wenig Lymphocyten. Eine dritte Punction am 5. Mai ergibt ein ähnliches Resultat; Liquor klar, spec. Gew. 1007; mikroskopisch „reichlicher Zellengehalt. Pat. wurde am 22. Juni 1904 „relativ wohl" auf eigenes Verlangen entlassen. Gewiss war die Entlassung zu früh, doch scheint es Pat. später besser ergangen zu sein, da der Fabrikarzt Herrn Dr. J. B e r n s d o r f f berichtete, dass Pat. wieder in der Fabrik tätig sei. Ein Zusammenhang mit dem Trauma wird wohl nicht bestritten werden können. Der Kranke erlangt nach dem Trauma z u n ä c h s t seine volle Arbeitsfähigkeit nicht wieder. Der Fabrikarzt, Dr. J. B e r n s d o r f f hat mir aber bei mehrmaligen Erkundigungen nach dem Kranken berichtet, dass er erst nach seiner Entlassung aus meiner Abteilung gesund und arbeitsfähig geworden sei; III 08: er habe wohl anfangs, als er aus dem Krankenhause nach Hause kam, eine Rente herausschlagen wollen; als ihm Solches aber nicht gelungen, habe er angefangen zu arbeiten, und arbeite noch heute. Aber erst nach längerer Krankenhausbehandlung heilte er aus!

Wenn man sich ohne directe Anschauung — und path.-anatomische Hilfe wird uns wohl auch für die Zukunft für diese Fälle versagt bleiben — ein Bild machen will über die dem Symptomenbilde zu Grunde liegenden Störungen, so wird man wohl nicht grobe Fehler machen, wenn man auch hier Zertrümmerungsherde annimmt, die nicht schnell ausheilten, sondern eine Reizung und in der Folge eine Meningitis erzeugten, die aber nach Punction und Krankenhausbehandlung dauernd ausheilten.

Wenn auch die Anschauungen, wie sie die Ergebnisse der frühen Lumbalpunction bei Kranken, die ein Kopftrauma erlitten haben, uns an die Hand geben, einer Bestätigung bedürfen — durch directe Anschauung, — so bilden die vorgeführten Krankheitsbilder doch eine fortlaufende Reihe, in der die verschiedenen Stadien ein und desselben Vorganges an verschiedenen Kranken zu sehen sind und einige Stadien an ein und demselben Kranken vereint beobachtet werden können. Resümieren wir:

1) Auch anscheinend leichte Traumen können Zertrümmerungsherde des Hirns verursachen, die im Symptomenbilde als solche nicht zu Tage treten; es kann trotz Vorhandensein solcher Verletzungen Euphorie bestehen.

2) Die Zertrümmerungsherde können, wenn sie an der Oberfläche des Hirns sitzen, mittelst Lumbalpunction wahrscheinlich gemacht werden. Es tritt Blut im Liquor cerebrosp. auf.

3) Heilen diese Herde nicht bald, so entwickelt sich ein Hydrocephalus, der sich in stark vermehrtem Liquor, ohne sonstige Veränderungen desselben, erkennbar machen kann.

4) Im weiteren Verlauf kann eine Lymphocytose im Liquor auftreten, als wahrscheinlicher Ausdruck der Umwandlungen dieser Zertrümmerungsherde.

5) Bei mangelhafter Schonung können diese Zustände sich in die Länge ziehen und können die Erscheinungen einer Meningitis annehmen.

[1]) Monatsschrift für Unfallheilkunde 1908.

6) Bei genügender Schonung tritt aber in allen Fällen Heilung ein; die anfängliche Schonung muss besonders betont werden, da trotz mit Sicherheit vorauszusetzender noch bestehender, noch nicht verheilter Zertrümmerungsherde Euphorie besteht.

7) Diese Euphorie tritt oft bald nach der Lumbalpunction ein und steht in grellem Gegensatz zu den traumatischen Neurotikern, welcher Unterschied im Verhalten der Kranken nicht laut genug betont werden kann.

8) Therapeutisch ist die Lumbalpunction sehr zu empfehlen.

Aehnliche Beobachtungen habe ich bisher in der Literatur nicht finden können.

Blutiger Liquor nach einem Kopftrauma ist aber schon gesehen worden.

Boutier[1]) und Rochard[2]) bezogen diesen Befund aber auf eine Basisfractur. Rochard betont die günstige theurapeutische Wirkung auf die Kopfschmerzen der Leidenden.

[1]) Boutier, Marcel. Thèse de Paris, 1902.
[2]) Rochard: Presse médicale Nr. 35, pag. 411. 1902.

Zwei Fälle von Carcinoma cavi nasi.

Vortrag, gehalten am 23. März 1910 im Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. H. Lorentz.

Die Seltenheit des Vorkommens des Nasencarcinoms ist es hauptsächlich, welche mich bewogen hat, über meine beiden Fälle hier zu berichten.

Allerdings wird der Nasenkrebs' schon erwähnt von Hippokrates (460 v. Chr.), von Aulus Cornelius Celsus (25 v. Chr.), von Galen (131 n. Chr.), von Paulus von Aegina (7. Jahrh. n. Chr.) und von Paracelsus (1490 n. Chr)., ein Umstand, der aber durchaus nicht für eine grössere Häufigkeit des Nasencarcinoms zu sprechen braucht, da ja diese Autoren unter Nasenkrebs sowohl Carcinome als auch Sarcome verstanden haben, welch letztere ja bedeutend häufiger in der Nase und in den Nebenhöhlen derselben vorkommen als die Carcinome [1]).

Die Seltenheit des Nasencarcinoms wird von den meisten modernen Nasenspecialisten betont. Nach Zarniko[2]) kommt das Sarcom selten in der Nase vor, erheblich seltener sei aber das Carcinom dort zu finden. Dreyfuss habe bis zum Jahre 1892 nur 13 Fälle von Nasen- und Nebenhöhlencarcinom zusammenstellen können. In B. Fränkels Klinik seien unter 28000 Kranken 2 Nasencarcinome constatiert. Herzfeld habe unter 28000 Nasen- und Ohrenpatienten einen einzigen Fall gesehen. Zarniko selbst hat unter rund 10000 Fällen seiner Privatpraxis nur 3 Carcinome der Nase und zwar ein carcinoma simplex, ein carcinoma tubulare und einen Zottenkrebs gesehen.

Grünwald[3]) sowohl als Mygind[4]) betonen die Seltenheit des Nasenkrebses.

Zakariaz Donogány und Zoltan Lénart[5]) zählen das Nasencarcinom zu den selteneren Erkrankungen. Aus der Literatur konnten sie bis zum Jahre 1906 insgesamt 80 Fälle zusammenstellen.

Was die Ursprungsstelle des Nasenkrebses anbetrifft, so kann man diese wohl in den meisten Fällen in dem oberen lateralen Teile der Nase, in den Nebenhöhlen und vor allem in den Siebbeinzellen finden. Oft jedoch ist es in den späteren Stadien des Tumors unmöglich, den Ursprung desselben mit Sicherheit festzustellen, und vielleicht hat Zarniko[2]) recht, wenn er behauptet, dass maligne Neoplasmen bei ihrem Wachstum, die Hindernisse verdrängend, sich ebenso gut von der Nasenhöhle her nach den Nebenhöhlen, wie umgekehrt von den Nebenhöhlen in die Nasenhöhle ausbreiten können. In den weiter ausgebreiteten Fällen sei deshalb der Ursprung der Neubildung aus dem objectiven Befunde nicht mehr zu erkennen und aus der Anamnese nur unsicher zu erschliessen.

Nach Moritz Schmidt[6]) findet man den Krebs in den vorderen Teilen des Nasencavum vorwiegend als Ausläufer eines in den Nebenhöhlen, häufig in der Kieferhöhle, entspringenden Tumors. Er hat auch aus dem hinteren Ende des Vomer sich Carcinome entwickeln sehen, dieselben unterschieden sich dadurch von den Nasenrachenfibromen, dass sie bei Berührung und später auch spontan leicht bluteten.

Onodi und Rosenberg[7]) bezeichnen ausser den Nebenhöhlen und der lateralen Nasenwand auch die Nasenscheidewand als möglichen Ausgangspunkt des Carcinoms.

Nach der Sammelarbeit von Donogány und Lénart ging der Nasenkrebs in der Hälfte der Fälle von der Gegend der mittleren Nasenmuschel aus und nur in einer kleinen Zahl nahm er seinen Anfang von der unteren Muschel, dem Septum, der Nasendecke, der medialen Wand der Highmorshöhle oder von der Keilbeinhöhle.

Inbetreff der Aetiologie des Nasencarcinoms ist, abgesehen vom Carcinomerreger im allgemeinen, eine Frage schon oft erhoben, jedoch noch nicht endgültig entschieden worden, nämlich, ob auch gutartige Nasengeschwülste, wie z. B. der Nasenpolyp, in Carcinome übergehen können. Während Zarniko[2]) eine solche Umbildung für unwahrscheinlich hält und meint, dass wenn neben dem Carcinom Polypen vorhanden seien, das Carcinom zuerst dagewesen sei und die Veranlassung zur Polypenbildung gegeben habe, geben Semon[8]) und Moritz Schmidt[9]) ein seltenes Vorkommen einer solchen Umwandlung zu, und Donogány und Lénart[5]) führen einen Fall an, in dem das Carcinom aus der den Polypen bedeckenden Basalzellenschicht hervorging und ihn carcinomatös infiltrierte.

Was die Meinungen über die sonstigen Eigenschaften des Nasencarcinoms anbetrifft, so wird meist angegeben, dass es eine höckrige Aussenfläche von grauweisser oder graurötlicher Farbe hat, welche bei der leichtesten Sondenberührung blutet, dass es auch zu spontanen Blutungen neigt, welche bei längerem Bestehen zu hochgradiger Anämie führen können, dass es aber trotz seiner grossen Bösartigkeit nur selten Neigung zur Metastasenbildung zeigt.

[1]) C. Cassel. Zur Geschichte des Carcinoms der Nase. Zeitschrift für Laryngologie. Bd. I. H. 6.
[2]) Zarniko. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. Karger. Berlin. 1905.
[3]) Grünwald. Atlas und Grundriss der Krankheiten der Nase. Lehmann. München 1902.
[4]) Prof. H. Mygind. Lehrb. der Krankh. der ober. Luftw. Coblentz. Berlin. 1901.
[5]) Dr. Zakariaz Donogány und Dr. Zoltan Lénart. Ueber das primäre Carcinom der Nase. Budapesti. Orvosi Ujsag. Nr. 14. 1906.
[6]) Prof. Moritz Schmidt. Die Krankheiten der oberen Luftwege. 2. Aufl. J. Springer. Berlin. 1897.
[7]) Prof. A. Onodi und Prof. A. Rosenberg. Die Behandlung der Krankheiten der Nase. O. Coblenz. Berlin. 1906.
[8]) Citiert bei Moritz Schmidt, S. 9.
[9]) M. Schmidt. Die Krankh. der ob. Luftw. IV. Aufl. von Prof. E. Meyer umgearb. Springer. Berlin 1909.

Die Therapie des Nasencarcinoms muss natürlich eine vollständige Entfernung der Neubildung bezwecken und kann nur dann Aussicht auf Erfolg haben, wenn es gelingt, nicht nur den ganzen Tumor, sondern auch möglichst viel von seiner scheinbar gesunden Umgebung zu entfernen.

Schon Galen brachte bei grösseren Nasenkrebsen nur das Messer und daran anschliessend das ferrum caudens zur Anwendung. Freilich erwähnt dann 1400 Jahre später Paracelsus [1]) als ein gutes Heilmittel gegen den Nasenkrebs den Kuhdreck, gebrannten Kot und geröstetes Brot, die man auf das „noli me tangere" in der Nase legen sollte.

Am meisten Aussichten auf Erfolg wird die Operation haben, die uns einen möglichst breiten Zugang zur Nasenhöhle schafft, welche es ermöglicht, sowohl das Ursprungs- als auch das Ausbreitungsgebiet vollständig freizulegen und dadurch die kleinsten Verzweigungen derselben zu überblicken und zu entfernen. In vielen Fällen wird hierzu wohl eine temporäre oder dauernde Resection des Oberkiefers und eine temporäre Resection des knöchernen Nasengerüsts nötig sein. Die meisten der hierzu vorgeschlagenen Operationsmethoden haben aber, wenn sie einen genügenden Einblick auch in die hinteren und oberen Nasenpartien ermöglichen sollen, das Gemeinsame, dass sie mit einer Continuitätstrennung der Haut einhergehen und eine mehr oder minder hervortretende Entstellung verursachen. Es ist ja selbstverständlich, dass eine solche Entstellung, gegenüber der überaus ernsten Lage, in der sich ein Krebspatient befindet, keine sehr grosse Rolle spielen kann, dennoch entschliessen sich die freilich meist älteren Leute leichter zur Operation, wenn man ihnen das Vermeiden einer Entstellung versprechen kann.

Im Jahre 1906 ist nun von Denker [10]) ein Operationsverfahren vorgeschlagen worden, welches die Trennung der Gesichtshaut vermeidet, keine Entstellung gibt und dennoch eine breite Freilegung des Operationsgebietes gestattet. Er nimmt die malignen Tumoren der Nasenhöhle von der Kieferhöhle her in Angriff. Nach einem Weichteilschnitt, der oberhalb des Zahnfleischsaumes vom Weisheitszahn bis zur unteren Umrandung der apertura pyriformis verläuft, und nachdem die Weichteile mit dem Raspatorium hinaufgeschoben, hebelt er vom unteren und lateralen Rande dieser Apertur aus die Mucosa der lateralen Wand sowohl des unteren wie des mittleren Nasenganges ab. Darauf trennt er die untere Muschel mit der Scheere an der crista turbinalis ab und eröffnet dann breit die Kieferhöhle, entfernt die Schleimhaut der ganzen Kieferhöhle, wenn sie mit erkrankt ist, jedenfalls aber die Schleimhaut der der Höhle zugewendeten Fläche der nasalen Kieferhöhlenwand. Darauf entfernt er diese Wand, umschneidet jetzt die Mucosa der lateralen Nasenwand und befördert sie in toto heraus. Es liegt nun das ganze Naseninnere breit vor, und es ist ein leichtes, das Siebbeinlabyrinth mit Conchotom und Löffel gründlich auszuräumen und auch die vordere Wand der Keilbeinhöhle vollständig freizulegen und zu resecieren.

Es würde zu weit führen, wollte ich hier auch andere radicalere und weniger radicale Operationsmethoden beschreiben, deren Wahl von jedem einzelnen Fall abhängen wird. Leider muss ich hinzufügen, dass in Anbetracht des anatomisch recht schwierigen Operationsgebietes auch die allerradicalsten Operationsverfahren keine sichere Aussicht auf definitive Heilung geben. Donogány und Lénart [5]) halten die Prognose für höchst infaust, ihnen sind aus der Literatur bisher nur 2 Heilungen bekannt. Sie empfehlen eine Radicaloperation, solange der Tumor noch circumscript ist, und nur im späteren Stadium, wo die Geschwulst nicht mehr zu exstirpieren ist, raten sie zur endonasalen Behandlung, um die peinlichsten Symptome der Krankheit zu mildern.

Zarniko [2]) dagegen hält es wohl für „möglich, die Neubildung durch eine intranasale Operation zu vernichten, so lange der Tumor einen kleinen Raum einnimmt, besonders wenn er gestielt ist. Er wird dann entweder mit der Schlinge abgetragen oder mit dem scharfen Löffel entfernt, worauf der Grund ausgiebig galvanokaustisch zerstört wird. Hat die Geschwulst durch Wachstum in die Breite und Tiefe grössere Dimensionen angenommen, so kann an eine gründliche Entfernung nur gedacht werden, nachdem das Operationsgebiet durch eine präliminare Operation zugänglich gemacht ist. Darnach wird gewöhnlich unter beträchtlichem Blutverlust die Ausräumung der Neubildung mit scharfem Löffel, Messer, Scheere und Knochenzange vorgenommen und zum Schluss die Wundfläche mit dem Paquelin ausgebrannt. Gewöhnlich gelingt es auch auf diese Weise nicht, die Geschwulst vollkommen zu beseitigen. Das Operationsgebiet hat zu viele Buchten, und die Freiheit des Operierens wird durch die Nachbarschaft des Gehirns und der Augen eingeschränkt. Es folgen deshalb in der Regel über kurz oder lang Recidive, die die Qualen des Kranken durch den Tod beendigen. In Hinsicht auf diese schlechte Prognose wird man in vielen Fällen, z. B. bei alten oder gebrechlichen Personen, eine grosse Operation kaum befürworten können. Dann hat man die Pflicht, durch Wegräumen der hauptsächlichsten Respirationshindernisse den Kräftezustand des Patienten zu conservieren und ihm sein Loos erträglich zu machen".

Ehe ich auf die Beschreibung meiner beiden Fälle übergehe, möchte ich mir erlauben, einen kurzen Blick auf die Topographie des mittleren und des oberen Nasenganges zu werfen, wobei es hauptsächlich auf eine Betrachtung des Siebbeinlabyrinths ankommt.

Wenn wir mit Seydel [11]) und mit Hajek [12]) uns das Siebbein vorstellen als aufgebaut aus den Grundlamellen und den interturbinalen Gängen, so sehen wir, dass die Siebbeinmuscheln, d. i. die mittlere und die obere resp. die oberste Nasenmuschel, nichts anderes sind, als die ins Nasencavum herabhängenden Enden dieser Lamellen. Diese Grundlamellen durchsetzen das ganze Siebbein und erstrecken sich lateralwärts bis zur lamina papyracea und nach oben bis an die lamina cribrosa.

Die erste Grundlamelle oder die unterste nur unvollkommene Etage wird vom processus uncinatus gebildet.

Die 2. ist die Bullalamelle mit ihrer Fortsetzung, der bulla ethmoidalis. Diese Bullalamelle, welche einerseits bis zur lamina cribrosa, andererseits bis zur lamina papyracea reicht, bildet die Grenze zwischen dem nasalen Teile der Stirnhöhle und dem Siebbeinlabyrinth. Rückt diese Grenze weiter nach hinten, so wird die Stirnhöhle auf Kosten des Siebbeinlabyrinths vergrössert, rückt dagegen die bulla nach vorn, so wird dadurch die Stirnhöhle verkleinert, das Siebbeinlabyrinth aber vergrössert. Sie kann so weit nach vorn rücken, dass die vorderste Siebbeinzelle als sogenannte bulla frontalis in die Stirnhöhle hineinragt.

Vor der normalen bulla ethmoidalis ist der hiatus semilunaris mit dem ductus nasofrontalis und die Stirn-

---

[10]) Prof. A. Denker. Ein neuer Weg für die Operation der malignen Nasentumoren. Münch. Med. Wochenschr. 1906. Nr. 20.

[11]) O. Seydel. Ueber die Nasenhöhle der höheren Säugetiere und der Menschen. Morphol. Jahrb. Leipzig. 1891.

[12]) M. Hajek. Pathologie und Therapie der entzündl. Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Deutike. Leipzig und Berlin. 1903.

höhle gelegen, hinter der Bullalamelle aber haben wir das vordere Siebbeinlabyrinth.

Als die 3. Grundlamelle ist die mittlere Muschel zu betrachten. Sie bildet die hintere Grenze des vorderen Siebbeinlabyrinths, daher hängt der Umfang des vorderen Siebbeinlabyrinths von der Distanz zwischen bulla und mittlerer Muschel ab. Die vor der Grundlamelle der mittleren Muschel liegenden Siebbeinzellen münden in den mittleren Nasengang, und alle Siebbeinzellen, welche ihren Ausfluss in den mittleren Nasengang haben, werden als zu dem vorderen Siebbeinlabyrinth gehörend angesehen.

Die 4. Grundlamelle wird von der oberen und eine eventuell vorhandene 5. Lamelle von der obersten Muschel gebildet. Die zwischen den Grundlamellen der mittleren und oberen Muschel gebildeten Gänge und Zellen münden in den oberen Nasengang, sie gehören also dem hinteren Siebbeinlabyrinth an.

Die zwischen den Grundlamellen des ganzen Siebbeinlabyrinths liegenden Gänge werden als interturbinale Gänge bezeichnet, und dadurch, dass sich in diesen Gängen quere Scheidewände bilden, kommen die Zellen des Siebbeinlabyrinths zustande. Der hiatus semilunaris kann auch als ein solcher interturbinaler Gang angesehen werden, nur von einer weniger hohen Entwicklungsstufe. Daher kommen auch in ihm Andeutungen von Scheidewänden vor, welche so gross sein können, dass sich vollständige Nischen bilden. Diese Nischen können dem Sondieren erhebliche Schwierigkeiten in den Weg stellen.

Das hintere Siebbeinlabyrinth baut sich aus den interturbinalen Gängen zwischen den Grundlamellen der mittleren und der oberen, eventuell der obersten Nasenmuschel auf. Seine hinterste Zelle kann sich sogar oberhalb der Keilbeinhöhle befinden, während die vordere Grenze, d. i. die Basallamelle der mittleren Muschel bald mehr nach vorne, bald mehr nach hinten rücken kann.

Wir sehen also, dass sowohl das vordere als auch das hintere Siebbeinlabyrinth inbetreff der Anzahl, der Lage und der Grösse der einzelnen Zellen sowie inbetreff seines ganzen Umfangs grossen Schwankungen unterworfen ist, doch kann die Menge der Varietäten noch erheblich vergrössert werden durch den Umstand, dass sich in jeder Grundlamelle eine oder mehrere Zellen bilden können. Solche besondere Zellen kann man manchmal ausser in der bulla ethmoidalis auch im processus uncinatus und in allen Siebbeinmuscheln finden.

Nach diesem kurzen Blick auf das Siebbeinlabyrinth, der wohl genügt, um anzudeuten, auf welche mannigfaltige Art die Anzahl, die Grösse und die Lage seiner Zellen variieren können, und welche Schwierigkeiten sich dem Aufsuchen der Ursprungsstelle eines Tumors in dieser Gegend entgegenstellen können, kann ich zur Beschreibung folgender beider Carcinomfälle übergehen, welche ihren Ursprung augenscheinlich im Siebbeinlabyrinth, und zwar der eine im hinteren, der 2. im vorderen Teile desselben hatten.

Im 1. Falle handelt es sich um einen 60-jährigen russischen Kirchensänger in Wiborg, welcher mich zum ersten Male im Februar 1906 dort consultierte. Er gab an, schon vor längerer Zeit in der rechten Nasenhöhle mit dem Finger eine blasenartige Geschwulst gefühlt zu haben, er habe sich aber erst vor einigen Monaten, als die Geschwulst begann, aus der Nase herauszuwachsen, an einen Arzt gewandt. Derselbe habe ihm in mehreren Sitzungen mit jedesmaliger heftigen Blutung den aus der Nase herausragenden Teil des Tumors entfernt, darauf aber erklärt, es handele sich wahrscheinlich um eine bösartige Geschwulst und ihm angeraten, sich an einen Nasenspecialisten zu wenden.

Der Patient war von kräftigem, ziemlich grossem Wuchs und ganz gutem Ernährungszustand. Die Gesichtsfarbe war blass, doch war sein Aussehen keineswegs kachektisch. Die der Nase benachbarten Lymphdrüsen waren nicht angedrungen. An Leber und Milz, wie auch an den übrigen Organen war nichts Krankhaftes nachzuweisen. Die äussere Nase war gross, doch abgesehen von einer leichten Vorwölbung seitlich rechts, von normalem Aussehen. Im Nasenrachenraum war nichts Anormales zu finden.

Bei der rhinoscopia anterior fiel gleich eine rötlichgraue Geschwulst auf, die fast aus der Nase herausragte und das rechte Nasencavum so vollständig ausfüllte, dass ausser ihr nichts sichtbar war. Die schmale Aussenfläche des Tumors wurde von einer etwas höckerigen Schnittfläche gebildet, welche bei der leichtesten Sondenberührung heftig blutete.

Bei dem seltenen Vorkommen des Nasenkrebses war ich über die Natur der Geschwulst nicht sicher, jedenfalls beschloss ich, den Tumor so rasch wie möglich zu entfernen und zwar intranasal, da der Patient nur auf ein solches Verfahren eingehen wollte.

Die Geschwulst in einer Sitzung zu entfernen, war jedoch unmöglich, denn schon beim Abschneiden des ersten grösseren Stückes mit der Krauseschen Schlinge war die Blutung trotz Cocain und Adrenalin so gross, dass transponiert und mit der Fortsetzung der Operation einige Tage gewartet werden musste. Dieses erste grosse Stück wurde vom pathologischen Anatom, Dr. U c k e in Petersburg, untersucht. Derselbe hatte die Freundlichkeit, mir das mikroskopische Präparat mit folgendem Gutachten zuzusenden: „In Schnitten durch den Tumor vor der Nase findet sich ein lymph- und blutgefässreiches Gewebe, dessen Oberfläche zum Teil von Epithel entblösst ist und kleinzellige Infiltration aufweist. In den tieferen Partien des Tumors aber finden wir unregelmässig angeordnete Züge von Epithelzellen, die einem typischen Carcinom angehören".

Um den Patienten sich nach der jedesmaligen starken Blutung erholen zu lassen, und da die Blutungen das Operationsgebiet verhüllten, konnten die grösseren Eingriffe nur nach Pausen von mehreren Tagen gemacht werden, weshalb die Entfernung der ganzen Geschwulst mehrere Sitzungen erforderte. Ich arbeitete unter Cocainadrenalinanästhesie, hauptsächlich mit der Krauseschen Schlinge, dazwischen, um Raum für die Schlinge zu schaffen, mit dem Forselleschen Conchotom, welches sich für diesen Zweck als recht brauchbar erwies, und mit der Beckmannschen Scheere. Ausserdem wurde jedesmal nach Entfernung eines grösseren Stückes der Stumpf ausgiebig mit dem Galvanokauter behandelt.

Nach Entfernung des vorderen Teiles des Tumors präsentierte er sich als längliche, fingerdicke Geschwulst von halbweicher Consistenz, die ihren Ausgang von der hinteren oberen Gegend des Nasencavum zu nehmen schien.

Auf die oben beschriebene Weise gelang es allmählich, das ganze rechte Nasencavum von der Geschwulst zu befreien. Die rechte Nase war jetzt vollständig durchgängig für den Luftstrom. Die 3 Nasenmuscheln waren durch den Druck, den die Geschwulst so lange auf sie ausgeübt hatte, in so hohem Grade atrophiert und das rechte Nasencavum war dadurch so geräumig geworden, dass die ganze Septumfläche, die ganze laterale Nasenwand mit den Resten der 3 Muscheln, die Gegend des hinteren Siebbeinlabyrinths und die vordere Fläche der vorderen Keilbeinhöhlenwand vermittelst rhinoscopia anterior deutlich sichtbar war. Geschwulstreste waren jetzt noch auf der vorderen Keilbeinhöhlenwand sowohl als auf der medialen Wand des hinteren Siebbeinlabyrinths sichtbar. Kiefer- und Stirnhöhle waren leicht sondierbar und schienen gesund zu sein.

Nachdem diese Tumorreste mit Zange, scharfem Löffel und Galvanokauter entfernt waren, lag das ostium sphenoidale frei vor, und die Keilbeinhöhle liess sich leicht sondieren. Obgleich ich die Ursprungsstelle dort vermutet hatte, konnte ich in dieser Höhle nur harte und glatte Wände constatieren und musste annehmen, dass der Tumor, obgleich auch an der nasalen Wand der Keilbeinhöhle angewachsen, seinen eigentlichen Ursprung in der Gegend zwischen oberer Muschel und dem lateralen Ansatz der vorderen Keilbeinhöhlenwand, wahrscheinlich in einer sogenannten hintersten Zelle des hinteren Siebbeinlabyrinths hatte. Diese Gegend wurde deshalb in mehreren Sitzungen ausgiebig mit dem Hajekschen Haken, mit dem scharfen Löffel und dem Galvanokauter behandelt, wobei der Kauter auch durch das ostium sphenoidale geführt und die innere Umgebung des ostium gründlich kauterisiert wurde.

Der Patient erholte sich nach diesen Eingriffen gut, und als ich ihn im Juli 1909 und zuletzt im März 1910, also gerade 4 Jahre nach Entfernung der Geschwulst rhinoskopierte, war das Cavum der rechten Nase noch recht weit und leicht zu untersuchen. Die Weichteile der mittleren und der oberen Muschel, die zur Zeit der Operation stark atrophiert waren, hatten sich etwas zurückgebildet. Jedenfalls waren auch jetzt mit dem Auge und mit der Sonde weder im Nasencavum noch in den Nebenhöhlen die geringsten Anzeichen eines Carcinoms zu constatieren. Der Patient hatte auch jetzt keine Schmerzen, und da diese allgemein zu den frühesten Symptomen maligner Neubildungen in den Nebenhöhlen gezählt werden, können wir aus dem Fehlen dieses und anderer Nebenhöhlensymptome, wie Ausfluss, Schwellungen, Oedeme und intercranielle Störungen, sowie secundärer Augenerscheinungen, welche beiden letzteren auf Vorhandensein [13]) und Wachstum eines Tumors in der Keilbeinhöhle deuten würden, mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass in keiner der Nebenhöhlen Carcinom vorhanden ist.

Im 2. Fall handelte es sich um eine Bauernfrau aus dem Mogilewschen Gouvernement. Als ich dieselbe im September 1909 zum ersten Mal im Marienhospital in Petersburg zu Gesicht bekam, war sie 62 Jahre alt, klein, mager, doch hatte auch sie kein kachektisches Aussehen. Sie klagte über Verlegtsein der rechten Nasenhälfte und Trockenheit im Halse, worunter sie schon ein ganzes Jahr gelitten habe.

Bei der Nasenuntersuchung sah man einen grauroten Tumor, der, von oben kommend, an der oberen Fläche der unteren Muschel festgewachsen zu sein schien. Bei Berührung mit der Sonde fühlte er sich weich an und blutete stark. Mit der Krauseschen Schlinge entfernte ich ein grosses Stück der Geschwulst, welches vom Prosector des Marienhospitals, Dr. S. P. Schujeninow freundlichst untersucht und für Carcinom erklärt wurde.

Da die Patientin im Marienhospital nicht aufgenommen werden konnte, setzte ich die Behandlung ambulatorisch bei mir fort, entfernte in mehreren Sitzungen den Tumor, der seinen Anfang an der concaven Seite der mittleren Muschel, wahrscheinlich vom vorderen Siebbeinlabyrinth zu nehmen schien, entfernte den vorderen Teil der unteren Muschel und die ganze mittlere Muschel und behandelte bei jeder Sitzung die Umgebung der Ansatzstelle, hauptsächlich das vordere Siebbeinlabyrinth, ausgiebig mit dem Galvanokauter.

Auch in diesem Falle war das Ursprungs- und Ausbreitungsgebiet recht übersichtlich, und als die Patientin nach einmonatlicher Behandlung Petersburg verliess, konnten keine Anzeichen von Tumor mehr constatiert werden, auch hatte sie selbst schon längere Zeit keine Beschwerden mehr gehabt.

Obgleich ich in diesem Falle die Möglichkeit eines Recidivs nicht ausschliessen will, darf ich nach der recht radicalen Entfernung des Tumors dennoch hoffen auf ein längeres Ausbleiben desselben und ein Verschontbleiben der alten Frau von den jetzt verschwundenen Beschwerden. Da ich mir die Möglichkeit gesichert habe, über den weiteren Zustand der Patientin benachrichtigt zu werden, hoffe ich, später über sie berichten zu können.

Ich möchte hier noch einmal betonen, dass auch ich für die Entfernung der malignen Tumoren aus der Nase oder deren Nebenhöhlen die radicalste Methode als die beste empfehle, wird diese aber vom Patienten nicht gestattet oder ist sie aus anderen Gründen nicht ausführbar, so darf der Patient nicht als unheilbar seinem Schicksal überlassen werden; die möglichst radicale Entfernung der Geschwulst auf intranasalem Wege schafft ihm immer eine grosse Erleichterung und kann sogar, wie für meinen ersten Fall als wahrscheinlich angenommen werden kann, eine vollständige Heilung herbeiführen oder jedenfalls den Patienten auf längere Zeit von allen Beschwerden befreien.

[13]) E. Schmiegelow. Fall von Myxosarcom in der rechten Keilbeinhöhle. Verhandl. der dänischen Otolaryngol. Ver. Monatsschr. für Ohrenheilk. etc. Heft 4. 1908.

Referate.

Dr. Menne: Ueber die pharmakologischen Eigenschaften des Jodivals. Inaugural-Dissertation. (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Bonn).

Das Jodival ist a-Monojodisovalerianylharnstoff. Nicht comprimiert, stellt es ein feines, schneeweisses Pulver dar, das sich am Lichte nach einiger Zeit braun färbt. Es ist in Wasser nicht löslich, wird es jedoch einige Minuten damit gekocht, so wird Jod in der Lösung nachweisbar. Durch trockenes Erhitzen des Pulvers wird Jod schnell in Form violetter Dämpfe abgespalten.

M. untersuchte das Jodival bezügl. seiner Resorption, Ablagerung im Organismus und Ausscheidung.

Bei Aufnahme per os gelangt es, ohne durch den Speichel oder die Magensalzsäure verändert zu werden, in den Dünndarm, wird in dessen oberem Teile in eine resorptionsfähige Lösung umgewandelt und ins Blut aufgenommen. Mit diesem gelangt es in die verschiedenen Organe und ist 8 Stunden nach der Jodeinnahme (im Kaninchenkörper) in folgender Weise verteilt:

Relativ am meisten Jod enthalten die Lungen, etwas weniger die Nieren. Auf Leber, Milz und Blut ist das Jod ungefähr gleich stark verteilt. Die Muskulatur enthält wenig Jod. Bemerkenswert ist der Jodgehalt des Centralnervensystems. Die Ausscheidung des Jods beginnt beim Kaninchen etwa 45—90 Minuten nach der Einnahme des Jodivals, steigt binnen 24 Stunden auf 35—40 pCt., nach 48 Stunden auf etwa 90 pCt. der Joddosis und hält in den folgenden 2—3 Tagen noch an. Die Ausnutzung des Präparates ist durchaus vollkommen, der Kot enthält nur ganz geringe Spuren von Jod nach Jodival-Aufnahme. Die tötliche Dosis für Kaninchen liegt bei etwa 0,6 g. Jodival pro kg. Körpergewicht. Kleine Dosen Jodival, etwa denjenigen entsprechend, die für den erwachsenen Menschen vorgeschlagen wurden, schädigten das Allgemeinbefinden der Tiere in keiner Weise. Auf die Atmung wirkt das Jodival in beruhigender Weise ein.

Stich: Nachweis von Quecksilber im Harn. Pharm. Ztg. 1909. Nr. 84.

Stich will die Alménsche Methode des Quecksilbernachweises im Harn in der Weise vereinfachen, dass er an Stelle des Kupferdrahtes dünne Kupferblättchen nimmt. Diese werden nach Abscheidung des Quecksilbers nicht in Glasröhrchen eingeschmolzen, sondern zwischen zwei Objectträger gepresst, über der kleinen Flamme eines Sparbrenners erwärmt. Das sich hierbei in Tröpfchenform abscheidende Quecksilber soll sich unter dem Mikroskop besser erkennen lassen als in den Glasröhrchen. Zur weiteren Identificierung des Quecksilbers lässt man nach Stich in den planconvexen Ausschliff eines Objectträgers einige Tropfen Jodtinctur bei gewöhnlicher Temperatur verdunsten. Darauf bringt man den mit dem fei-

nen Quecksilberbeschlag behäfteten Objectträger so auf den ersten, dass die Stelle des Quecksilberanfluges über die convexe Vertiefung zu liegen kommt. Die Quecksilberkügelchen bekommen dann nach einiger Zeit kommaförmige Anhängsel von Quecksilberjodid.

Ed. L.

Bücherbesprechungen.

Mosse: Therapeutisches Taschenbuch der Blut- und Stoffwechselkrankheiten. Fischers therapeutische Taschenbücher Bd. V. Berlin. 1910. Kornfeld. Preis 3 M. 114 Seiten.

Professor Mosse, ein Schüler Senators, ist als bekannter Hämatologe durchaus der berufene Führer auf dem Gebiet der Blutkrankheiten. Es versteht sich fast von selbst, dass dieses Capitel prägnant, kurz und durchaus modern dargestellt ist. Leider ist es ja nicht allzuviel, was die Therapie auf dem noch recht dunklen Terrain der Blutkrankheiten leistet. Bezüglich der Röntgentherapie sind die Ausführungen Levy-Dorns herübergenommen. Ausser obigem Capitel kommen zur Besprechung: Gicht, Phosphaturie, Oxalurie, Fettsucht, Diabetes mellitus u. insipidus, Hämoglobinurie.

Sehr dankenswert ist die im Anhang beigefügte Zusammenstellung des Nährwertes der üblichen Nahrungsmittel, besonders der tischfertigen Speisen. Die Zahlen entstammen der vorzüglichen Arbeit Schwenkenbechers, dessen Dissertation Refer. seit Jahren als wertvolles Hilfsmittel bei Calorienberechnung schätzt.

Das Büchlein ist handlich, von weissen Blättern zur Receptnotierung durchschossen, übersichtlich und billig.

O. Moritz.

Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Herausgegeben von Prof. Dr. Paul Dittrich. Lieferung 31—38. Neunter Band: Forensische Psychiatrie, II. Band. 19 Mark. Wilhelm Braumüller. Wien und Leipzig. 1910.

Dieses gross angelegte und von zahlreichen Fachmännern durchgeführte Sammelwerk ist bereits mehrfach in unserer Wochenschrift besprochen und empfohlen worden bei jedesmaligem Erscheinen neuer Lieferungen. Hiermit seien alle Interessenten auf das Erscheinen des zweiten Bandes der forensischen Psychiatrie aufmerksam gemacht. Er enthält folgende Capitel: H. Zingerle: Geistesstörungen auf Grundlage organischer Gehirnerkrankungen. Fr. Hartmann: Die traumatische Gehirnerkrankung. W. Strohmayer: Die forensische Bedeutung der Neuropsychosen. A. Pilcz: Geistesstörungen durch Intoxicationen und Infectionen (Alcoholismus, Morphinismus u. a.). W. Weygandt: Die krankhaft-sexuellen Abirrungen vor Gericht. E. Siefert: Erblich Belastete, Degenerierte, Desäquilibrierte. — Die psychopathischen Minderwertigkeiten. — Den Beschluss macht das ausführliche Sachregister.

Michelson.

N. Zuntz und A. Loewy: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1909, XII + 763 Seiten. Preis M. 24.

Das Werk ist unter Mitwirkung von du Bois-Reymond-Berlin, Cohnheim-Heidelberg, Ellenberger-Dresden, Exner-Wien, Johansson-Stockholm, Kreidl-Wien, Langendorff-Rostock, Metzner-Basel, Joh. Müller-Rostock, Nagel-Rostock, Schenk-Marburg, Scheunert-Dresden, Spiro-Strassburg, Verworn-Göttingen und Weiss-Königsberg von Zuntz und Loewy herausgegeben. Das ganze Material ist in 23 Capiteln untergebracht, die unter den Teilnehmern verteilt waren. Trotzdem lässt das Buch an Einheitlichkeit nichts zu wünschen übrig. In gedrängter Kürze, auf einem relativ kleinen Raum kaum von c. 700 Seiten sind die Ergebnisse der Physiologie abgehandelt und ihre Leistungen bis auf die neueste Zeit berücksichtigt worden. Der ungemein billige Preis wird jedenfalls auch das seinige tun, um dem Buch einen wohlverdienten Absatz zu sichern.

Holzinger.

M. Alsberg: Militäruntauglichkeit und Grosstadt-Einfluss. Leipzig und Berlin. Verlag von B. G. Teubner. 1909. 27 Seiten. Preis M. 1.

Es ist eine erneuerte und ihrem Inhalte nach vertiefte Ausgabe einer im Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie V. Jahrg. 5/6. Heft, veröffentlichten Abhandlung. Verf. weist auf die durch die industrielle Entwickelung der Culturstaaten hervorgerufenen Zustände bedingten Gefahren für die körperliche und geistige Gesundheit der Menschheit hin. «Nur durch Rückkehr zur Natur und naturgemässer Beschäftigung kann die Culturmenschheit jene körperliche Gesundheit und geistige Frische sich erhalten, deren sie zur Lösung der jetzt und in Zukunft ihr obliegenden Aufgaben dringend bedarf». Gegen diesen Satz wird im Princip wohl niemand opponieren; er wird aber vermutlich ebenso unbefolgt verhallen, wie derjenige Rousseaus vor 150 Jahren.

Holzinger.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 9. Februar 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling, stellv. Secretär: Wichert.

Als Gast anwesend Hofrat Leusser-Kissingen.

Vor der Tagesordnung demonstriert Bormann einen an hochgradigem Lupus des Gesichts und der Hand leidenden Pat., bei dem durch Röntgenbestrahlung Heilung erzielt war. Die Bestrahlung konnte nur 2 Mal angewandt werden. Ferner demonstriert Bormann eine Pat., die durch 24-malige Röntgenbestrahlung von einem gestielten Fibrom der Zunge geheilt ist. Es besteht jetzt eine grosse strahlige Narbe.

1) Hörschelmann: Ueber Ichthyosis congenita.

Die kleine Patientin A. K. wurde am 19. Juni 1906, einen Monat zu früh geboren. Geburt schnell und normal. Schon bei der Geburt zeigte Pat. das typische Bild der Ichthyosis cong., nicht nur inbetreff des Hautprocesses, sondern auch inbetreff der Entwickelungshemmungen der Gesichtsteile. Am 8. August wurde die Kleine für die Zeit der Abwesenheit der Eltern in unsere Anstalt gebracht, wo ich folgenden Stat. präsens aufnehmen konnte:

Pat. wiegt 3660 g., ist 52 cm. lang, der Kopfumfang beträgt 35,5, der Brustumfang 32,5 cm. Das Kind sieht sehr entstellt aus. Die Haut am ganzen Körper ist stark verdickt, die Epidermis überall geplatzt, so dass sie mehr weniger grosse Hautinseln oder Tafeln darstellt, die in ihrer Grösse von Mark- bis Thalergrösse und darüber variieren. Meistenteils haben die peripheren Ränder dieser Hautinseln sich von der Unterlage abgehoben und etwas aufgerollt, die Haut zwischen den Inseln ist unversehrt, eben, ab und zu etwas gerötet oder auch etwas wund. Soweit die Ränder dieser Inseln nicht von der Unterlage abgehoben sind, haftet die Epidermis der letzteren recht fest an; versucht man sie gewaltsam zu lösen, so geht dieses zuerst verhältnismässig leicht, je näher man aber zum Centrum kommt, um so grössere Gewalt muss man anwenden, wobei es dann schliesslich zu einer leichten Blutung kommt.

Die Haut ist, wie gesagt, überall verdickt, an einzelnen Körperteilen aber, so an den Ohren, der Nase, der Stirn und stellenweise am behaarten Kopf linsenartig hart, auch dunkler tingiert. Die Nase ist wie mit einer harten Kappe bedeckt, an den Beinen die Haut weniger geplatzt, glänzend, prall gespannt. Hier wie an den anderen soeben genannten Stellen handelt es sich noch um die ursprüngliche Epidermis, während sonst am Körper die Haut nach den Aussagen der Mutter schon 2 Mal sich erneuert hat. Die Ohrmuscheln sind am Schädel flach angedrückt, die äusseren Gehörgänge ganz verstopft durch harte, trockene Massen, die Nase abgeflacht, die Nasenlöcher leicht verengt, die Augen können nicht geschlossen werden wegen der gespannten, verkürzten Lidhaut, die Lider selbst, namentlich die unteren, sind stark ectropioniert, die Conjunctiven geschwellt, sondern viel schleimiges Secret ab. Nach der etwas mühsamen Auseinanderbreitung der Conjunctiva scheint unter derselben der Bulbus normal entwickelt zu sein. Der Mund wird nie ganz geschlossen wegen der starren, verkürzten Lippenhaut; von den Mundwinkeln ziehen flache Risse der Epidermis divergierend in die Wangenhaut, in geringerem Grade ebenso von den Augenwinkeln. Entfernt man mit Gewalt die Epidermislappen von der Unterlage, so gewahrt man an ihrer unteren Fläche kurze zapfenförmige Fortsätze, wie es sich erweist, Abgüsse der erweiterten Mündungen der Talgdrüsen, welch letztere man mit der Lupe deutlich als solche erkennt. Lanugo ist nicht vorhanden, die Kopfhaare dagegen stark entwickelt.

In der Umgebung des Afters und der Geschlechtsteile, sowie in den Falten zwischen Hals und Schultern, in den Axelhöhlen und den Inguinalfalten ist dieser Schuppungsprocess der Epidermis nicht wahrzunehmen, an den letzteren Stellen die Haut leicht intertriginös gereizt. Nirgends sind vergrös-

serte Lymphdrüsen nachzuweisen, die Nägel, namentlich die der Finger, mangelhaft entwickelt, runzlich, höckerig — die inneren Organe normal, die Temperatur nicht erhöht, aber auch nicht auffallend niedrig, der Puls voll und kräftig, Stuhl leicht dyspeptisch, Urin wird oft gelassen, die Geschlechtsteile sind normal entwickelt.

1½ Monate hatte die Mutter selbst, dann eine Amme gestillt. Die Behandlung bestand in häufigen Bädern mit Weizenkleie und Einfetten der ganzen Körperoberfläche.

Am 8. September trat bei der Amme ein Ausschlag auf der Brust auf. Bei der Untersuchung fand ich auf Brust und beiden Brüsten ein maculöses, blass rosa Exanthem; die einzelnen Eruptionen von Mohn- bis Linsengrösse und ziemlich scharfer Begrenzung erblassten leicht beim Fingerdruck und juckten garnicht; überhaupt verursachte das Exanthem der Amme keinerlei Beschwerden, und war sie nur durch die anderen Ammen auf dasselbe aufmerksam gemacht worden.

Mein erster Gedanke war an eine syphilitische Roseola, an eine Infection der Amme durch das Kind. Aber gegen die syphilitische Provenienz des Exanthems sprachen 2 Gründe: nirgends waren auch bei der Amme Drüsenschwellungen nachzuweisen, und ferner hatte sie nie Rhagaden an den Warzen, oder sonst wie kranke Brüste gehabt. Da auch beim Kinde keine Schleimhautaffectionen vorhanden waren, so konnte bei der Amme ein primärer Erkrankungszustand mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen, jedenfalls nicht nachgewiesen werden. Das Exanthem erwies sich denn auch in der Folge als nichtsyphilitischen Charakters, sondern als unschuldige Dermatomykose. Als Pat. am 24. September unsere Anstalt verliess, war inbetreff des Hautleidens eine deutliche Besserung, in der allgemeinen Entwickelung ein wesentlicher Fortschritt zu bemerken, wie das auch von der Mutter der Kleinen constatiert wurde.

Bei einer Untersuchung der Kleinen am 9. November 1909 konnte eine relativ gute Entwickelung der Kleinen, was Wuchs, sonstige körperliche, wie auch die geistige Entwickelung betraf, festgestellt werden, während das Hautleiden eher eine Verschlimmerung gegen früher zeigte insofern, als Stellen der Körperoberfläche, die früher vom krankhaften Process so gut wie verschont waren, nun auch als von demselben ergriffen sich erwiesen.

Pat. hatte bis dahin Morbillen und Varicellen durchgemacht. Die Mutter hatte 4 Mal vorher geboren, Aborte waren nicht vorgekommen. Die letzte Schwangerschaft begann im Herbst des berüchtigten Revolutionsjahres 1905, und hatte die Mutter heftige und länger dauernde psychische Erregungen zu überstehen, die sie mit Bestimmtheit in causalen Zusammenhang mit dem Leiden des Kindes bringen will.

Discussion:

Strauch hat ausser diesem noch einen Fall von Ichthyosis congenita gesehen. Das Kind starb 3 Wochen nach der Geburt. Keine Section. Weder waren die Eltern blutsverwandt, noch lag Lues vor.

Blessig hat 2 Mal solche Kinder wegen der dabei vorhandenen Augenstörungen (Lagophthalmus und Ectropium) in Behandlung gehabt.

2) Wichert. Ueber Prostatectomia suprapubica.

Kurze Mitteilung über den Entwicklungsgang und augenblicklichen Stand dieser Operation. Demonstration von 5 Prostaten, die er im Laufe des vergangenen Jahres im Börsenhospital operiert hat (eine vom fibrösen, eine vom adenomatösen und 3 vom gemischten Typus, davon eine mit Uebergang in Carcinom). 1 Pat. war 59, einer 62, 2 waren 71 und einer 73 Jahre alt. Alle genasen mit gutem functionellen Resultat. Operiert wurde in einem Falle zweizeitig, sonst einzeitig. Technik des Verfahrens nach Albarran, mit Tamponade.

Discussion.

Prof. Tiling befürwortet für Pat., die in der Lage sind, sich rationell katheterisieren zu können, den Kathetergebrauch. Seine Gefahren, wie die der carcinomatösen Degeneration in der hypertrophen Prostata würden häufig übertrieben. Er hat vor 3 Wochen einen Pat. suprapubisch prostatectomiert und tritt für einzeitige Operation und grossen Blasenschnitt ein. Die Erhaltung der Potenz nach der Operation erscheint ihm problematisch.

Heuking. Die Vergrösserung der Prostata ist an sich eine Indication zur Operation — man braucht nicht zu warten, bis durch Fehler beim Katheterismus die Blase inficiert ist, und dadurch erschwerende Bedingungen für die Operation geschaffen sind.

Schiele hat einen Fall beobachtet, wo bei einem Pat., der sich 14 Jahre katheteresiert hatte, unter Kachexie und allmählich auftretenden Oedemen Exitus eintrat, ohne dass Schmerzen und Blutungen einen Carcinomverdacht wachriefen. Bei der Section fand man Carcinom.

Wichert. Katheterismus ist beim Prostatiker nur ein Notbehelf, der nur unter gewissen ungünstigen Gesundheitsverhältnissen des Pat. (Diabetes, starke Arteriosclerose etc.), wo die Operation nicht leicht ertragen würde, dem Pat. anzuempfehlen ist. Die Prostatectomie ist ein radicales Verfahren und stellt die Pat. wieder her — daher soll man den Pat, die nicht durch ihre Gesundheitsverhältnisse an sich eine Contraindication zur Operation bieten, wenigstens die Möglichkeit vorstellen, radical geheilt zu werden.

Discussion zur Demonstration von Dr. Bormann.

Heuking. Wurde die Diagnose des Fibroms mikroskopisch gestellt?

Bormann. Nein. Antiluetische Probebehandlung blieb ebenfalls erfolglos.

Hesse. Weshalb wurde das Fibrom nicht auf chirurgischem Wege entfernt?

Bormann. Es war der Pat. gesagt worden, ¼ der Zunge müsse entfernt werden; sie ging darauf nicht ein.

Discussion über die Vorträge von Dr. Hesse auf der vorigen Sitzung.

Westphalen. Weshalb wurde im 2. Falle, in dem keine Stenosenerscheinungen vorlagen, Gastroenterostomie gemacht?

Hesse: Auf die Frage von Dr. Westphalen möchte ich Folgendes erwidern: Im ersten von mir operierten Fall von Ulcus duodeni perforativum handelte es sich um eine circuläre narbige Stenose des Pylorus und war die Gastroenterostomie daher dringend geboten. Im zweiten Fall von perforiertem Magenulcus habe ich gleichfalls die Gastroenterostomie ausgeführt, weil seit ungefähr 1½ Jahren dieselbe bei uns principiell der Naht des perforierten Ulcus angeschlossen wird, und zwar aus folgenden Gründen: vor allem wird dem Pylorus resp. Duodenum durch die Gastroenterostomose Ruhe geschafft, zweitens wird durch die Naht des Ulcus, die ja in 2 Etagen zu erfolgen hat, eine künstliche Verengerung des Pylorus resp. Duodenums erzeugt, und endlich gilt ja die Gastroenterostomie schon als Radicaloperation für das uncomplicierte Ulcus. Natürlich ist die Gastroenterostomie keine unbedingt lebensrettende Operation, aber diejenigen Patienten, welche überhaupt die schweren Folgeerscheinungen der perforativen Peritonitis überstehen, sind in wesentlich günstigeren Bedingungen als die nicht gastroenterostomierten Kranken. Letzterer Umstand ist insofern von grosser Bedeutung, weil ja die Ulcera meist multipel sind, und sich neben dem perforierten Ulcus noch andere befinden können.

Dem Einwande Dr. Westphalens, dass die schwerkranken Patienten durch diesen Eingriff noch mehr geschwächt werden, glaube ich entgegentreten zu dürfen, da die Gastroenterostomie mit Hilfe des Murphyknopfes nicht mehr als 10—12 Minuten in Anspruch nimmt, bei absolut decrepiden Fällen jedoch verbietet sich die Gastroenterostomie von selbst.

Diese Principien, welche schon eine Reihe von Jahren in der Chirurgie von Körte, Steinthal u. a. vertreten werden, gelten in der Abteilung Prof. Zeidlers im Obuchowhospital als Regel.

(Autoreferat).

Sitzung am 23. Februar 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär: Fuhrmann.

1. Bormann hält seinen angekündigten Vortrag über den praktischen Wert der Wassermannschen Reaction. Erscheint im Druck.

Discussion:

Petersen. Die Zahl der Untersuchungen mit der Wassermannschen Reaction steigt mit jeder Woche, und wir verfügen bereits über relativ grosse Zahlen. In den letzten 6 Wochen sind allein 3 Arbeiten erschienen, die über 3066 Beobachtungen berichten, die ich mir erlaubt habe, hier tabellarisch zusammenzustellen:

In der «Medizinskoje Obosrenije» (Nr. 2, 1910) hat Dr. Jordan über 500 Fälle berichtet, in den Monatsheften für prakt. Dermatologie (Nr. 2) Dr. Werther (Dresden) ebenfalls über 500 und in Nr. 2 der «Dermatologischen Zeitschrift (Nr. 2) Dr. Franz Blumenthal (aus den Kliniken der Prof. Lesser und E. Hofmann) über 2066 Fälle.

	Jordan		Werther		Blumenthal	
Initialerscheinungen + . . .	57,8	pCt.	33	pCt.	62	pCt.
Syphilis secundäre mit Erscheinungen	97,5	»	94,7	»	96	»
Syphilis tertiäre mit Erscheinungen	67,3	»	80	»	95	»
Syphilis II ohne Erscheinungen (nicht < als 3 J. p. Inf.) .	59,3	»	57	»	68	»
Syphilis III ohne Erscheinungen (nicht < als 3 J. p. Inf.) .	41,7	»	40	»	42	»
Tabes	100,0	»	—	—	86	»
Hautleiden	0	»	—	—	1	»
Syphilophobie	12,5	»	—	—	—	—

(Autoreferat).

Schiele. Es ist besonders wichtig, dass man mit Hilfe der Wassermannschen Reaction auch latente Syphilis erkennen kann. Die Reaction hat bewiesen, dass die Krankheit fortbestehen und ihre verheerende Wirkung auf die inneren Organe und das Nervensystem ausüben kann, auch ohne sich durch irgendwelche Hautsymptome zu documentieren. Bei negativem Ausfall der Reaction muss sie eventuell wiederholt ausgeführt werden.

Strauch. Die Wassermannsche Reaction ist von grosser Bedeutung für die Diagnose, aber nicht ausschlaggebend bei der Erörterung der Frage, ob eine antiluetische Behandlung noch weiter fortzuführen sei. In diesem Sinne ist sie nur ein weiterer Fingerzeig und müssen die klinischen Erscheinungen stets in den Vordergrund treten.

P. Petersen. Die Reaction sollte nur von berufener Hand ausgeführt werden, denn da sie grosse Uebung erfordert, ist sie nicht jedermanns Sache. Als Beispiel folgender Fall. Ein Arbeiter hatte sich die Nase verletzt, als Folge sollte eine verunstaltende Sattelnase entstanden sein: der hinzugezogene Chirurg bestätigte die Wahrscheinlichkeit der traumatischen Ursache, und diese Anschauung wurde unterstützt durch die negative W.-R. in einem Laboratorium. Bei eingehender Untersuchung seitens Pr. Petersens wurde aber bei Pat. auf Grund strahliger alter Narben am weichen *Gaumen Lues* constatiert, eine gründlich vorgenommene Reaction in einem anderen Laboratorium ergab einen positiven Erfolg, und die erwähnte Verunstaltung wurde als typisch-luetische Sattelnase erkannt, woraufhin die Entschädigungsansprüche des Arbeiters an die Unfallsversicherung als unbegründet zurückgewiesen wurden.

2) Prof. Petersen. Ueber die Untersuchung von Mikroorganismen nach dem Tuschverfahren von Prof. Burri. (Erscheint im Druck).

Feldt fragt, ob wohl das neue Verfahren geeignet sei, die üblichen Methoden zu verdrängen.

Prof. Petersen. Das neue Verfahren kann und soll nichts verdrängen, es ist nur ein sehr bequemer Notbehelf, namentlich wo rasch Untersuchungen vorgenommen werden müssen ohne ein entsprechendes Laboratorium.

Protocolle

des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Correctur zum Protocoll der 1379. Sitzung am 11. Januar 1910. (Nr. 13 der Wochenschrift). In der Discussion zum Vortrage Westphalens: Ueber den derzeitigen Stand der Therapie des uncomplicierten ulcus ventriculi sind die Ausführungen Zeidlers dahin richtig zu stellen, dass er auf dem Moskauer Congress kein Correferat über die chirurgische Behandlung des Magenulcus gegeben hat, und dass er die Ansicht, Lues sei die Ursache des häufig auftretenden Magenulcus, nicht von Spassokukotzki, sondern von einem anderen Collegen aus Smolensk gehört hat.

1380. Sitzung am 15. Februar 1910.

Wladimirow hält seinen angekündigten Vortrag über Piroplasmosen mit Demonstration von Abbildungen, mikroskopischen Blutpräparaten und conservierten Exemplaren verschiedener Zeckenarten. (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

Discussion:

Petersen: Das ulcus tropicum, das Pendé oder Sartengeschwür in Centralasien zeigt ein dem Piroplasma ähnliches Protozoon; es fragt sich, ob dieses auch im Blute des Menschen gefunden wird und ob es auch bei Tieren vorkommt. — Sind das Arsen und dessen Derivate gegen Piroplasmosen angewandt worden?

Wladimirow: Die Arsentherapie hat bis jetzt keine wirklichen Erfolge ergeben. Das Atoxyl wirkt ausserdem bei Tieren sehr giftig, es hat bei Pferden Erblindung herbeigeführt.

Director: Dr. W. Kernig.

Secretär: E. Michelson.

Zuschrift an die Redaction.

Von Herrn Prof. Dr. Puppe, Director des Instituts für Gerichtliche Medicin an der Universität zu Königsberg, haben wir folgende Zuschrift erhalten:

Königsberg Pr. 1. V. 1910.

Sehr geehrter Herr College!

Mit der Abfassung eines Vortrages über die Vollstreckung der Todesstrafe beschäftigt, liegt mir daran, etwas über die Art zu erfahren, wie in Russland hingerichtet wird. Da Sie Gelegenheit hatten, solchen Hinrichtungen beizuwohnen, macht es Ihnen vielleicht keine sonderlich grosse Mühe, mir eine Mitteilung hierüber zugehen zu lassen.

Ich weiss natürlich, dass bei Ihnen durch den Strang hingerichtet wird. Wissen möchte ich nun, in welcher Weise das Erhängen vor sich geht. Ferner möchte ich von Ihnen erfahren, wie lange die Leichen nach der Erhängung suspendiert bleiben. Sind Ihnen Fälle bekannt, bei denen der Vollzug der Todesstrafe durch Erhängen Uebelstände im Gefolge hatte (Reissen des Strickes. Wiederbelebung u. dgl.)?

Ich habe einer Reihe von Hinrichtungen, die durch das Beil erfolgten, beigewohnt, kenne auch die österreichischen und englischen Verhältnisse aus Mitteilungen in der Literatur und ich wäre Ihnen nun zu ganz besonderem Danke verpflichtet, wenn Sie die grosse Freundlichkeit hätten, mir auch einiges über die russischen Verhältnisse mitzuteilen.

Mit collegialer Hochachtung ergebenst

Prof. Puppe

Director des Instituts für gerichtliche Medicin der Universität Königsberg

Dr. med. Arnold Schmitz †.

Am 22. April, zu später Abendstunde verschied in seinem 66. Lebensjahre Dr. med. Arnold Schmitz. Eine Myocarditis, die bereits vor Jahren schleichend sich seines von Hause aus so kraftvollen und widerstandsfähigen Organismus bemächtigte, während der letzten Monate jedoch unter dem Einfluss wiederholter Influenzaattacken eine immer drohendere Gestalt annahm, hat diesem kraftdurchdrungenen, so energisch pulsierenden Leben ein leider viel zu frühzeitiges Ende bereitet.

Schmitz wurde am 20. August 1843 zu Pernau (Livland) geboren und machte in dieser Stadt seine Schulbildung durch. Im Jahre 1861 bezog er die Universität Dorpat, liess sich auf das Studium der Medicin immatriculieren und schloss seine Universitätsbildung im December 1867 mit seiner Doctorpromotion ab. Er siedelte nach Petersburg über und fand hier, nachdem er gegen 2 Jahre als ausseretatsmässiger Arzt anfangs im damaligen allgemeinen ausserstädtischen Krankenhause (der heutigen Irrenheilanstalt) in Udelnaja und darauf während einer schweren Recurrensepidemie im Obuchowhospital functioniert hatte, im December des Jahres 1869 jene Anstellung, die für seine fernere ganze Lebensarbeit entscheidend wurde. Er wurde Assistenzarzt am Kinderhospital des Prinzen Peter von Oldenburg, das um jene Zeit unter

der Direction des schon damals als erste Autorität auf dem Gebiete der Kinderheilkunde geltenden Dr. K. Rauchfuss gerade eröffnet wurde. Sein unmittelbarer Chef wurde hier der Oberarzt der chirurgischen Abteilung Dr. Ed. v. Wahl, nachmals Professor der Chirurgie in Dorpat. Unter der Leitung dieses ausgezeichneten Arztes gab sich Schmitz während seiner mehrjährigen Assistentenzeit und späterhin schon in selbständiger Stellung an der chirurg. Ambulanz mit dem regsten Eifer dem Studium der dem Kindesalter eigenen chirurgischen Erkrankungen hin. Bald wurde er in diesem Fache ein so vollendeter Meister, dass im Jahre 1876, als Dr. Ed. v. Wahl zur Besetzung eines Lehrstuhles nach Dorpat berufen wurde, sicherlich kein anderer für würdiger befunden werden konnte, die durch den Abgang einer so angesehenen Kraft entstandene Vakanz auszufüllen als eben nur Schmitz. So wurde er denn Chef der chirurgischen Abteilung des Oldenburger Kinderhospitals — und mit fester Hand, mit nie ermattender Energie, mit stets sich gleich bleibender Arbeits- und Schaffensfreude hat er fast volle 20 Jahre seines verantwortlichen Amtes gewaltet.

Und was für ein ausgezeichneter, geradezu idealer Abteilungschef war Schmitz! Nur wer, wie Schreiber dieser Zeilen, seinerzeit als Assistenzarzt, unter Schmitz' Führung gearbeitet und mit ihm im täglichen dienstlichen und collegialen Verkehr gestanden hat, nur der vermochte sich ein vollständiges Bild zu schaffen von der Gewissenhaftigkeit und der alle Einzelheiten des complicierten Hospitalbetriebes umfassenden Sorgfalt, die Schmitz als dirigierender Arzt der Abteilung eigen waren. Ein Grundsatz, den er seinen Assistenten zu wiederholen nie müde wurde, war: auf dem Gebiete der Krankenbehandlung und der Krankenpflege gibt es nichts, das nicht der ernstesten Beachtung wert sei; das scheinbar Unwesentlichste ist gerade noch bedeutend genug, um, wenn übersehen oder vernachlässigt, die schwersten Folgen herbeizuführen. — In strengster Selbstzucht stellte er die grössten Ansprüche an sich selbst und daher hatte er auch ein volles Recht, von uns jungen Aerzten viel zu verlangen, — und wir alle, die wir einen Teil unserer ärztlichen Schulung unter seiner Führung durchmachten, wir wissen ihm aufrichtigen und herzlichen Dank dafür, dass er es tat. Schmitz war, vielleicht ohne es selbst zu ahnen, ein vorzüglicher Lehrer, seine Lehrmethode war aber nie auf pedantischem Docieren gegründet und bestand nicht in weitschweifigen Unterweisungen und Belehrungen, sondern er führte und lehrte durch das lebendige und zwingende Vorbild seiner eigenen strengen Pflichterfüllung und seiner Arbeitsfreude.

Durch eine ganze Reihe wissenschaftlicher Publicationen, die er in deutscher und russischer Sprache veröffentlichte und eine grosse Zahl von Vorträgen, die er im Laufe vieler Jahre im «Verein St. Petersburger Aerzte» und im «Deutschen ärztlichen Verein» gehalten hat, wurde es in weitesten ärztlichen Kreisen bekannt, in welch gewissenhafter und kritischer Weise Schmitz das reiche Material seines Hospitals zur Erweiterung und Vertiefung seines Erfahrungsschatzes verwertete; und so war es denn auch ganz selbstverständlich, dass er den Ruf erlangte, auf seinem speciellen Gebiete, der Chirurgie des Kindesalters, die erste Autorität Petersburgs zu sein. Seine consultative Praxis wuchs von Jahr zu Jahr. Er war aber auch einer der gesuchtesten und vielbeschäftigtsten Kinderärzte unserer Stadt; es war geradezu rührend zu sehen, wie die Kleinen dem grossen Manne mit dem wuchtigen Wesen ihre Herzen flugs erschlossen und ihm vertrauensvoll anhingen. Schier unbegrenzt und unerschütterlich war aber auch das Vertrauen, das ihm die Eltern und Angehörigen seiner kleinen Schutzbefohlenen entgegenbrachten, und wo er einmal Hausarzt geworden war, da blieb er es auch in der Regel viele Jahre, oft Jahrzehnte hindurch, und es war ihm oft vergönnt, die schönste Genugtuung zu erleben, die einem Hausarzte werden kann: seine einstigen kleinen Patienten vertrauten seiner Fürsorge das höchste Gut an, dass sie im Laufe der Zeit das ihre nennen konnten, nämlich ihre eigenen Kinder.

Die Arbeit auf seiner chirurgischen Abteilung hat Schmitz stets als Kernpunkt seiner Berufsarbeit, als Hauptaufgabe seines Lebenswerkes angesehen. Um so schmerzlicher und bitterer muss ihm der Entschluss gewesen sein, noch im Vollbesitze seiner Schaffenskraft und auf der Höhe seiner Arbeitsfreudigkeit vom Hospitaldienst Abschied zu nehmen. Die Veranlassung dazu bot eine Verletzung des Zeigefingers seiner linken Hand, die ihm während der Operation eines seiner Hospitalskranken zustiess. Aus scheinbar harmlosem Beginn entwickelte sich jedoch eine schwere Phlegmone, die auch die knöchernen Teile des Fingers in ihr Bereich zog und schliesslich die Wegnahme zweier Phalangen benötigte. Der Verlust zweier Phalangen an einem Finger der linken Hand war nun an sich keineswegs ein Defect, der eine wesentliche Behinderung seiner operativen Tätigkeit nach sich zog. So urteilten wenigstens wir, seine sachverständigen Freunde. Anders aber stellte sich Schmitz zur Sache! — auf alle unsere Vorstellungen hatte er nur eine Antwort: «ich glaube meiner Pflicht als Hospitalsoperateur nicht mehr in dem Masse genügen zu können, als ich es für durchaus erforderlich erachte». Wir wussten es, — Schmitz' ganzer Lebensgang hatte es uns gelehrt, — er kannte in Berufs- und Dienstangelegenheiten nur einen Richter über sich: sein eigenes Gewissen. Sein Gewissen war aber ein strenger Herr über ihn, — was es ihn zu tun hiess, das tat er unbedingt und ohne jedes Schwanken. Er verliess das Hospital, die Stätte so erfolgreicher und segensvoller Arbeit im April 1895.

So sehr auch Schmitz seine Arbeit am Oldenburger Kinderhospital als Schwerpunkt seiner ärztlichen Tätigkeit betrachtete und in nie rastendem Eifer ihr seine Zeit und Kraft widmete, — eine ungewöhnliche Arbeitsenergie gestattete ihm, sein reiches Wissen und tüchtiges Können noch in den Dienst anderweitiger beruflicher Betätigungen zu stellen; mit stets sich gleichbleibender Sorgfalt blieb er auch diesen durch lange Zeiträume hindurch treu.

So war er fast volle 25 Jahre hindurch (1872—1896) leitender Arzt des von der Grossfürstin Katherina Michailowna, Herzogin von Meklenburg-Strelitz, gegründeten «Asyls für convalescente Kinder» in Oranienbaum. Die Tätigkeit an diesem Asyl war für Schmitz eine Quelle grosser Befriedigung, denn sie bot ihm eine sehr wertvolle Ergänzung seiner Hospitalsarbeit. Konnte er doch in Oranienbaum an einer grossen Patientenschaar den wohltätigen Einfluss eines Heilfactors beobachten, den wir in unseren städtischen Hospitälern gar nicht beschaffen können, und den die sorgsamste Pflege und beste Kost nicht zu ersetzen imstande sind; ich meine den heilsamen Einfluss eines an die Seeküste verlegten Landaufenthaltes auf den Verlauf der chronischen Tuberculose der Knochen und Gelenke. Mehr und mehr wurde unter seiner Leitung aus dem genannten Asyl ein maritimes Sanatorium für chirurgische Tuberculose. Heutzutage geschieht schon recht viel für die Errichtung derartiger Heilstätten; in Russland war jedoch Schmitz unstreitig der erste Arzt, der an einem grösseren Krankenmateriale eigene Erfahrungen auf diesem Gebiete sammeln konnte; er hat sie in einer bereits 1884 erschienenen Schrift veröffentlicht.

Ein treues und warmes Andenken bewahrt dem Entschlafenen auch unser hiesiges Evangelisches Hospital, an dessen Erblühen und fortschreitendem Gedeihen er im Laufe vieler Jahre (1873—1894) sehr lebhaften und tätigen Anteil nahm. Bereits in den Jahren 1873 und 1875 functionierte er mehrmals als Vertreter des wegen Erkrankung viele Monate abwesenden Directors (Dr. von Mayer); vom Jahre 1877 an bis 1894 war er, in Nachfolge Ed. v. Wahls, ununterbrochen als beständiger chirurgischer Berater und Operateur der Anstalt tätig. — Als 1877 und 1878, während des russisch-türkischen Krieges am Evangel. Hospital eine Abteilung für verwundete Officiere eröffnet wurde, ward Schmitz auch mit ihrer Leitung betraut.

Gleichzeitig mit letztgenannter Tätigkeit übernahm er auf ausdrücklichen Wunsch der Grossfürstin Katharina Michailowna die Führung eines in ihrem Palais organisierten Ambulatoriums für verwundete Officiere.

Zu grosser Dankbarkeit hat sich Schmitz auch das von den deutschen Reichsangehörigen in St. Petersburg gegründete und unterhaltene Kinderasyl verpflichtet, denn 10 Jahre hindurch (1898—1908) hat er sich in uneigennützigster Weise der Verpflichtung unterzogen, den Insassen dieser Anstalt sowohl Berater in allen hygienischen Fragen wie auch behandelnder Arzt in Krankheitsfällen zu sein.

Schliesslich muss auch erwähnt werden, dass im Jahre 1902 Schmitz die Ehre zufiel, als Mitglied in das Curatorencomitee des klinischen Elisabeth-Kinderhospitals gewählt zu werden. Auch in dieser Function, die doch so leicht als reines decoratives Ehrenamt aufgefasst werden könnte, blieb sich Schmitz in seinen scharf ausgesprochenen Ansichten über Pflichterfüllung treu; mit grosser Energie nahm er sich auch hier aller an ihn herantretenden Aufgaben an und pflegte sie alle erst nach gewissenhaftester Prüfung zu erledigen.

Zu all den aufgezählten grossen, kraft- und zeitraubenden beruflichen Betätigungen kam nun bei Schmitz noch eine sehr lebhafte Beteiligung an dem Vereinsleben zweier hiesiger Aerztekreise, des «Vereins St. Petersburger Aerzte» und des «Deutschen ärztlichen Vereins». Seiner durchaus activen, energischen Veranlagung entsprechend, hat er in beiden Vereinen in hohem Grade anerkennenswerte Leistungen vollbracht, nicht nur durch eine grosse Reihe von Vorträgen und durch rege Beteiligung an wissenschaftlichen Discussionen, sondern auch durch stramme. über viele Jahre sich erstreckende Arbeit in den Ausschüssen beider genannten Vereine. Der Verein St. Petersburger Aerzte ehrte ihn durch seine Wahl zum Präses; der Deutsche ärztliche Verein durch die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft.

Das ist in kurzer Schilderung der Lebensweg, den Schmitz als Arzt zurückgelegt hat; er war voller Arbeit und Mühe — aber diese trugen reiche innere Befriedigung in sich, und

äussere Anerkennung seiner Verdienste hat er in reichem Masse erfahren.

Und doch — bei einem so gearteten Manne, wie Schmitz es war, ist mit der Schilderung seines Lebensganges und der Aufzählung seiner äusseren Erfolge nur wenig getan. Was wir, die wir ihn nahe kannten und uns seine Freunde nennen durften, an ihm so überaus hoch achteten und schätzten, was ihn in unseren Augen so bedeutend über das Mittelmass seiner Umgebung heraushob, — das waren Eigenschaften, die ganz unabhängig von der äusseren Gestaltung seines Lebens unter allen Umständen zur Geltung gelangt wären, denn sie waren ein unveräusserliches und unwandelbares Eigentum seiner ureigensten, grosszügigen und mächtigen Persönlichkeit. Sein ganzes Leben war eine fortlaufende, ununterbrochenen Betätigung eines ungewöhnlichen Masses von Energie. Niemand hat ihn je bei der Ausführung dessen, was sein Gewissen für richtig erkannt hatte, unschlüssig und schwankend werden sehen. Alles unentschiedene und halbe Handeln war ihm fremd.

Er hasste jede Phrase, hasste jede unentschiedene, unklare und gewundene Aeusserung und nie in seinem Leben hat er sich dazu hergegeben, Worte zu sagen, die nicht in knappster und angemessendster Weise seiner innersten Empfindung und wahrsten Ueberzeugung entsprachen. Stets und überall, wo Schmitz sprach, — war es nun beim Meinungsaustausch mit Collegen am Krankenbett, war es bei Beschlussfassungen in den Vereinssitzungen, oder bei grösseren oder kleineren Veranlassungen des gesellschaftlichen Lebens und im Verkehr mit seinen Freunden, — stets wurde von ihm Alles kurz, klar und unzweideutig gesagt. Seine Worte waren wie Meisselschläge: jedes sass und traf und hinterliess unverwischbare Spuren.

Nicht minder verhasst war ihm aber auch alles vielwesrige und unruhige Getriebe und Getue. Jede wirkliche Leistung, jedes ernsthafte Beginnen stützte und förderte er. Aber in gleicher Weise, wie er seine eigenen Handlungen, mochten sie sich nun auf Grosses oder Alltägliches beziehen, stets in Einklang brachte mit den strengsten Ansprüchen einer peinlichen Wahrheitsliebe und eines sehr empfindlichen Gewissens, ebenso hatten Anspruch auf seine Achtung und Billigung nur jene Handlungen Anderer, deren Beweggründe bezüglich ihrer Rechtschaffenheit und Lauterkeit über allen Zweifel erhaben waren. Alles übrige, was es sonst noch in der Welt an Motiven gibt und die Menschen zum Handeln antreibt, war für Schmitz wertlos oder verächtlich.

Schmitz war eine vornehme und daher auch eine sehr zurückhaltende Natur. Nie stellte er seine Leistungen und Verdienste zur Schau und verschmähte es durchaus, sich mit seinem Wissen und Können irgend vor- oder gar Jemand aufzudrängen. Er wollte gesucht werden, — er liess sich aber auch finden und war dann stets mit seiner ganzen markigen Kraft zur Unterstützung von Ideen und Personen, bereit, wenn erstere seines Interesses wert und letztere seiner Achtung würdig waren. Und wer einmal seine Zuneigung und Freundschaft gewonnen hatte, der konnte sich ganz unbedingt auf ihn verlassen, denn Berge hätten eher wanken und Felsen eher brechen können, als seine Treue den geringsten Schaden leiden. Sein ganzes Leben hindurch hat er beharrliche Treue bewiesen. Er war ein treuer Sohn seiner baltischen Heimat und blieb ihr in seiner Liebe treu sogar bis über den Tod hinaus, denn nur in heimatlicher Erde wollte er bestattet sein; in treuer Dankbarkeit hielt er fest an den geistigen Gütern und an den tausend schönen Erinnerungen, die ihm seine Alma Mater Dorpatensis gespendet hatte; seinen Freunden war er der treueste und wohlwollendste Freund, in schwierigen Lebenslagen stets ein treuer und wahrhafter Berater und ein treuer und zuverlässiger Helfer mit Rat und Tat überall da, wo es zu helfen und zu stützen not tat.

Und dieselbe Treue, die er uns und Allem, was wir einer solchen Treue für wert erachten, in seinem Leben gehalten hat, die halten wir ihm in seinem Tode. Wohl ist er gegangen — geblieben aber ist in unserer aller Herzen das lebendige Bild seiner ernsten, markigen, in sich so fest gefügten und geschlossenen Persönlichkeit; und werden wir von einem, der ihn nicht gekannt hatte, gefragt, wie dieser von uns so Hochgeachtete und jetzt so schmerzlich Vermisste war, so gibt es darauf nur eine Antwort:

— — — er war ein Mann —
Sagt Alles nur in Einem.

Ed. H.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. In der letzten Sitzung des Russischen Ausstellungscomitees der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden wurde beschlossen:

1. Bei der Verteilung der Ausstellungsobjecte nach Gruppen sollen sowohl die betr. Ressorts wie die im deutschen Programm vorgesehene Gruppierung berücksichtigt werden.

2. Die Russische Abteilung muss möglichst einen nationalen Charakter haben; die Ausstellungsobjecte müssen möglichst typisch für das Land und die betr. Ressorts sein; dementsprechend muss auch in den wissenschaftlichen Gruppen alles hervorragende ausgestellt werden, was in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Hygiene in Russland geschaffen ist.

3. Wegen der hohen Transportkosten ist es erwünscht, zu schwere und voluminöse Ausstellungsobjecte auszuschalten.

4. Um eine Einheitlichkeit in der Tätigkeit der einzelnen Nachbargruppen zu erzielen und Wiederholungen bei den seitens der Vorstände an verschiedene Institutionen gerichteten Anfragen und Aufforderungen zu vermeiden, ist es notwendig, dass die Vorstände, bevor sie sich an diejenigen Institutionen wenden, die zu der grossen Gruppe der öffentlichen und Landschaftsmedicin gehören, sich mit dem Vorstand dieser Gruppe verständigen. Ausserdem ist es wünschenswert, dass die Vorstände von Nachbargruppen eine Commission bilden, um die einheitlichen Normen für den Verkehr der Vorstände mit den verschiedenen Institutionen auszuarbeiten.

5. In den an die Institutionen und einzelne Personen gerichteten Schriftstücken müssen die Gruppenvorstände durchaus darauf hinweisen, dass im Jahre 1912 in Moskau oder St. Petersburg eine Russische Hygiene-Ausstellung geplant wird, in welcher die Ausstellungsobjecte der Dresdener Hygiene-Ausstellung Verwendung finden sollen.

6. Da die Russische Abteilung auf der Dresdener Hygiene-Ausstellung ihren eigenen Pavillon haben wird, so ist der Anmeldungstermin für die Exponenten bis zum 20. Juli (a. St.) aufgeschoben, der Termin für die Zustellung der Objecte zur Ausstellung ist auf den 15. Januar bis zum 1. März 1911 festgesetzt.

7. Die Herstellungskosten des russischen Pavillons sind mit 20000 Rbl. berechnet, und zwar sollen dieselben aus dem von der Reichsduma bewilligten Betrag von 102000 Rbl. bestritten werden.

8. Folgendes Verzeichnis der Gruppen und ihrer Vorstände wurde bestätigt: 1. Klimatologie —. 2. Balneologie und Mineralwässer — Dr. A. Losinskij. 3. Ansiedlung und Wohnung — Architekt Graf P. v. Suzor. 4. Canalisation und Wasserversorgung — D. Demkin. 5. Reinigung der Abwässer — Dr. S. Dsershgowskij. 6. Ernährung und Nahrungsmittel — Prof. I. Pawlow und Prof. A. Danilewskij. 7. Fleisch — Mag. Veter. M. Ignatjew. 8. Milch — A. Kalantar. 9. Vegetabilische Nahrungsmittel — I. Demtschinskij. 10. Fische — O. Grimm. 11. Verfälschung der Nahrungsmittel — Prof. Przybytek. 12. Kleidung — Prof. Lewaschow. 13. Leibesübung, Sport und Körperpflege — Dr. W. Peskow. 14. Hygiene der Arbeiter — A. Pogoshew. 15. Hygiene der Bergwerke — A. Skotschinskij. 16. Mikrobiologie und Epidemiologie — D. Sabolotnyi. 17. Infectionskrankheiten der Menschen und Tropenhygiene — Dr. W. Issajew. 18. Infectionskrankheiten der Tiere — Prof. N. Mari. 19. Heilserum — Dr. S. Dsershgowskij. 20. Seuchenbekämpfung — Dr. N. Freiberg. 21. Desinfection — Dr. S. Dsershgowskij und Prof. W. Lewaschow. 22. Oeffentliches Medicinalwesen (Landschafts- und Stadtmedicinalwesen) — Prof. S. Ssalaskin und Dr. I. Dmitriew. 23. Pflege- und Versorgungsanstalten — G. von Witte. 24. Hospitalwesen — Prof. A. Kadjan. 25. Entbindungsansalten. — Prof. D. Ott. 26. Apotheken — Mag. K. Kresling. 27. Rettungswesen — N. Schwedow. 28. Säuglingsfürsorge — Dr. K. Rauchfuss. 29. Krippen, Findelhäuser, Impfwesen — Dr. W. Gubert. 30. Schulhygiene — Prof. G. Chlopin. 31. Verkehr — W. Timonow. 32. Eisenbahnwesen — N. Romanow. 33. Pilger — Dr. N. Schmidt. 34. Landheer — DDr. A. Jewdokimow und I. Raptschewsky. 35. Marine — Dr. A. Sujew. 36. Medicinische Statistik — W. Stepanow. 37. Tuberculose — DDr. A. Wladimirow und S. Unterberger. 38. Alcoholismus — Tscherepanow. 39. Venerische Krankheiten — Prof. T. Pawlow. 40. Lepra und andere Hautkrankheiten. — Prof. O. von Petersen. 41. Geschichte der Hygiene und medicinische Ethnographie — Dr. F. Dörbeck. 42. Populäre Hygiene — A. Molkow.

— Zum Chefarzt des 2. klinischen Militärhospitals ist an Stelle des zurückgetretenen Dr. W. Tschemesow Dr. W. Ssergiew ernannt.

— Der Vorstand der Abteilung für praktische Hygiene am Institut für experimentelle Medicin, Dr. S.

Dsershgowskij ist zum wirklichen Mitglied dieses Instituts ernannt.

— Herr K. F. Kasimir, ein Gutsbesitzer in Bessarabien, hat dem Institut für experimentelle Medicin in St. Petersburg 6000 Rbl. gespendet, damit aus den Zinsen dieses Kapitals 2 Prämien gebildet werden, von denen die eine für eine hervorragende Arbeit aus dem Gebiet der Aetiologie, Pathologie oder Therapie des Krebses, die andere für die beste Arbeit über die Pathogenese und Therapie der Pellagra zugesprochen werden soll.

— In Kiew hat sich an der Universität eine neue chirurgische Gesellschaft gebildet — «Kiewskoe chirurgitscheskoe obschtschestwo». Die erste Lieferung der «Arbeiten» dieser Gesellschaft ist uns zugegangen und wird im Referatenteil näher besprochen werden.

— Der 5. internationale Congress für Geburtshilfe und Gynäkologie findet am 9.—15 (22.—28.) September in St. Petersburg unter dem Vorsitz von Geheimrat Prof. Dr. Dm. Ott statt.

— Hochschulnachrichten.

Bonn. Prof. Dr. M. Verworn, Director des physiologischen Instituts an der Universität in Göttingen, hat den Ruf nach Bonn als Nachfolger Pflügers angenommen.

Padua. Dr. D. Roncali ist zum a. o. Prof. der allgemeinen Chirurgie ernannt.

Parma. Der a. o. Prof. Dr. Roncorni ist zum o. Professor der Neurologie ernannt.

— Centralblatt für Herzkrankheiten und die Erkrankungen der Gefässe unter Mitwirkung der hervorragendsten Fachautoritäten 2. Jhg. 1910. Die uns vorliegenden Hefte 3, 4 und 5 enthalten folgende Originalartikel: Ueber Nykturie und ihre Beziehung zur Herzschwäche, von Dr. Schoenewald in Bad Nauheim. — Was leisten die Röntgenstrahlen bei der Untersuchung des Herzens? von Dr. Franz M. Groedel in Nauheim. — Beitrag zur Symptomatologie des ersten Tones an der Herzspitze, von Dr. L. F. Dmitrenko in Odessa. — Zur Lehre über die experimentelle Arteriosclerose und Einwirkung des anorganischen Serums von Trunecek auf dieselbe, von Dr. M. N. Tschebboksaroff in Kasan. — Zur Frage der Ganglienzellen im menschlichen Herzen von Dr. Fahr in Mannheim. — Ein primäres Sarcom des Herzens von Prof. Dr. Karl Sternberg in Brünn.

Anschliessend erscheint eine Fülle von Referaten aus der Anatomie, allgemeinen Pathologie, Klinik, Therapie, Vereins- und Congressberichten und schliesslich Bücherreferate.

— Die Cholera in Russland. In der Stadt Jekaterinoslaw erkrankten am 26. und 27. April je 2 Personen an der Cholera und starb 1; im Kreise von Bachmut (Gouv. Jekaterinoslaw) fand am 20. und 23. April je 1 Erkrankung statt. In demselben Gouvernement wurde im Kreise Werchnedneprowsk vom 25. bis zum 29. April 1 Erkrankung und 1 Todesfall constatiert und im Kreise Mariupol am 30. April 1 Erkrankung. Im Gouv. Charkow, Kreis Kupjansk erkrankten am 29. und 30. April 10 Personen und starben 3. Im Kreise von Polozk (Gouv. Witebsk) fand am 24. April 1 Erkrankung, am 29. April 1 Todesfall an Cholera statt. Das Gouv. Witebsk ist officiell für von der Cholera bedroht erklärt.

— Cholera. Britisch-Indien. Vom 20. bis zum 26. März starben in Kalkutta 76 Personen an der Cholera. — Niederländisch-Indien. Vom 6. bis zum 12. März erkrankten in der Stadt Soerabaja 73 Personen und starben 33, in dem zugehörigen Bezirk erkrankten 24 und starben 15.

— Pest. Türkei. In Djedda erkrankten vom 12. bis zum 17. April 11 Personen an der Pest und starben 9. — Aegypten. Vom 16. bis zum 22. April erkrankten 100 und starben 61 Personen.

— Genickstarre. Preussen. Vom 17. bis zum 23. April wurden 13 Erkrankungen und 7 Todesfälle registiert.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 17. bis zum 23. April wurden 3 Erkrankungen und 2 Todesfälle constatiert. — Oesterreich. In Mähren wurde in der Woche vom 17. bis zum 23. April 1 Erkrankung constatiert.

— Die Zahl der Leprösen in Norwegen nimmt stetig ab. Im Jahre 1885 gab es im Lande 1195 Lepröse, im Jahre 1905 nur noch 474. In Russland nimmt dagegen die Zahl der Leprösen leider immer zu.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 11. bis zum 17. April 1910 760 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 40, Typh. exanth. 3, Febris recurrens 6, Pocken 48, Windpocken 19, Masern 393, Scharlach 77, Diphtherie 77, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 7, an anderen Infectionskrankheiten 90.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 964 + 47 Totgeborene + 46 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 14, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 1, Pocken 13, Masern 93, Scharlach 14, Diphtherie 14, Keuchhusten 12, crupöse Pneumonie 34, katarrhalische Pneumonie 166, Erysipelas 5, Influenza 14, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 108, Tuberculose anderer Organe 19, Dysenterie 0, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 41, andere Magen- und Darmerkrankungen 37, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 64, Marasmus senilis 15, andere Todesursachen 280.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 17. April 1910 12007. Darunter Typhus abdominalis 394, Typhus exanth. 15, Febris recurrens 14, Scharlach 245, Masern 173, Diphtherie 218, Pocken 178, Windpocken 4, Cholera 0, crupöse Pneumonie 112, Tuberculose 747, Influenza 147, Erysipel 94, Keuchhusten 9, Hautkrankheiten 72, Lepra 0, Syphilis 451, venerische Krankheiten 287, acute Erkrankungen 1829, chronische Krankheiten 1798, chirurgische Krankheiten 1484, Geisteskrankheiten 3418, gynäkologische Krankheiten 199, Krankheiten des Wochenbetts 38, verschiedene andere Krankheiten 81.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 30. März in St. Petersburg Dr. G. Semmer, geb. 1849 in Beathental bei Wolmar (Livland), approbiert 1874. Nach Absolvierung des Studiums trat er als Unterarzt ins Militärhospital in Tiflis ein, und seine ganze weitere Laufbahn verlief im militärärztlichen Dienst und zwar vorzugsweise im Kaukasus und auf dem asiatischen Kriegsschauplatz. Nachdem er 1876 an dem Kriege der Balkanvölker gegen die Türkei als Arzt teilgenommen, ging er zur Vervollkommnung in der Chirurgie nach Wien und kam von dort direct auf den kaukasischen Kriegsschauplatz während des russisch-türkischen Krieges, wo er bald zum Oberarzt avancierte. Während des Feldzugs machte er 3 Mal den Typhus durch. Im Jahre 1880 war er Oberarzt in Batum, 1880—1881 nahm er an der Transkaspischen Expedition teil und befand sich bei dem Sturm auf Geok-Tepe im feindlichen Feuer. 1884 wurde er Oberarzt an dem Bezirksstabe in Tiflis, darauf Chefarzt des Militärhospitals in Derbent, 1885—86 war er Arzt an der Grenzregulierungscommission in Afghanistan; 1887 wurde er als Oberarzt an dem Stabe des Kaukasischen Militärbezirks angestellt und zuletzt, 1896—1900 bekleidete er den Posten eines Chefarztes des Militärhospitals in Cherson, wo er gleichzeitig eine ausgebreitete Privatpraxis ausübte. Die letzten 10 Jahre seines Lebens verbrachte er in St. Petersburg, anfangs als praktischer Arzt, später aber musste er die Praxis wegen progressiver Muskelatrophie aufgeben. Alle, die ihn kannten, gedenken seiner in Liebe und Hochachtung; 2) am 18. April in Twer Dr. D. Kalaschnikow im Alter von 27 Jahren; 3) in Spitschinzy (Gouv. Kiew) Dr. F. Blonski, geb. 1867, approbiert 1891; 4) in Wyschkow (Kreis Pultusk, Gouv. Warschau) Dr. F. Stempnizki, geb. 1850, approbiert 1872; 5) am 29. April in Berlin Dr. H. Hoeppener aus St. Petersburg; 6) Prof. Dr. H. Curschmann, Director der Medicinischen Klinik an der Universität in Leipzig; 7) Dr. Trolard, Prof. der Anatomie an der med. Akademie in Algier, correspondierendes Mitglied der Medicinischen Akademie in Paris; 8) Dr. V. Mibelli, Prof. der Dermatologie und Syphilidologie an der Med. Facultät in Parma; 9) in Lüttich der berühmte Zoologe Prof. Dr. Ed. van Beneden, Mitglied der Akademie der Wissenschaften in St. Petersburg.

— BERICHTIGUNG: In der Beschreibung der Fig. 2 des Artikels von Dr. Shukowsky über Congenitalen Hydrocephalus in Nr. 18, S. 257 muss es heissen Natürliche Grösse statt ½ der natürlichen Grösse.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 20 St. Petersburg, den 15. (28.) Mai 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Die Beziehungen der Rückgratsverkrümmungen zur Schule.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress in Dorpat 1909.

Von

Dr. med. J. Brennsohn — Riga.

Aus den Statistiken der orthopädischen Anstalten kann man keine sicheren Schlüsse über die Häufigkeit der Scoliose ziehen. Einzelne Anstalten berechnen auf 1000 Deformitäten 6—700 Scoliosen, andere wieder verfügen über eine sehr geringere Zahl.

Diese verschiedenen Procentziffern hängen oft vom Charakter der betreffenden Anstalt ab.

Ein sichereres Bild geben uns die Schulstatistiken. Auch hier schwanken die Zahlen ganz ausserordentlich, zwischen 3% und 53%. Diese Schwankungen hängen einerseits vom untersuchenden Arzt ab, indem es nicht einerlei ist, ob er orthopädisch vorgebildet ist oder nicht. Im ersten Fall werden auch die Anfangsstadien rubriciert, während im andern nur die schwersten, sofort in die Augen fallenden Scoliosen gezählt werden. So findet man bei einer Statistik die Angabe, dass der untersuchende Arzt bei grösseren Mädchen den Rücken nur bis zur Taille entblösste. Es mussten ihm daher alle Lendenscoliosen der grösseren Mädchen entgehen, und so fand er Zahlen, die nicht ganz mit der Wirklichkeit übereinstimmen, bei Mädchen nämlich weniger Scoliosen (22,5%) als bei Knaben (26%), während der umgekehrte Fall die Regel ist. Andererseits wird die Statistik durch das untersuchte Schülermaterial bestimmt. Schulen, deren Hauptcontingent Kinder vom Lande bilden, werden weniger Scoliosen aufweisen als Schulen mit ausschliesslich Stadt- und Arbeiterkindern. Im Allgemeinen wird wohl die richtige Zahl zwischen den beiden genannten Extremen liegen. Und in der Tat haben zuverlässige Untersuchungen ergeben (Scholder, Kirsch u. a.), dass mindestens 25—30% der Schüler mit Scoliose behaftet sind. Wir dürfen, m. H., an diesen Befunden nicht achtlos vorübergehen. Wer unsere Jugend von heute mit Augen betrachtet, die sich an der Prüfung der Symmetrie der Körperform geübt haben, dem wird es auffallen, wie wenig stramme, wirklich symmetrische Figuren man unter ihnen findet. Da gehen sie einher, eine Schulter in die Höhe gezogen, den Kopf vorgeschoben, mit rundem Rücken und eingefallener Brust. Es sind nicht allein die Scoliosen, die während der Schulzeit entstehen, es sind auch die anteroposterioren Krümmungen, der runde und der hohle Rücken, namentlich der erste, der in erschreckendem Masse die jugendliche Gestallt entstellt. Wenn wir auch aus den Schulstatistiken ersehen, dass ein Teil der Schüler bereits mit einer Skoliose in die Schule tritt — es sind besonders die rachitischen, fixierten Scoliosen, an denen 7,3% (Kirsch) der eintretenden Schüler leiden—, so bestätigen doch alle Untersuchungen, dass während der Schulzeit die Zahl der Scoliosen wesentlich zunimmt. Und wenn auch viele Scoliosen unabhängig von Schuleinflüssen entstehen, so ist doch die Schule an der überwiegenden Anzahl von seitlichen Rückgratsverkrümmungen und rundem Rücken schuld, gleichwie an der von Klasse zu Klasse zunehmenden Kurzsichtigkeit. Welche Factoren sind es nun, die die während der Schulzeit entstehenden Verkrümmungen verschulden? Sind es die Schulbänke, ist es die Schreibhaltung, oder ist es das lange Sitzen an und für sich?

Was die Bänke betrifft, so ist in den modernen Schulen das Mögliche getan, um den Kindern das gerade Sitzen zu erleichtern. Wir wollen hier nicht auf die Vorzüge der verschiedenen Schulbanksysteme eingehen, wir können es aber aus Erfahrung sagen, dass man auch auf den normalsten Bänken schief sitzen kann. Bei der Steilschrift nehmen die Kinder eine bessere Haltung ein. In den Schulen, wo die Steilschrift eingeführt ist, ist eine geringe Abnahme der Scoliosen zu verzeichnen. Diese Verringerung steht aber in keinem Verhältnis zur Methode, die sich doch auf alle Kinder erstreckt. Man muss auch nicht vergessen, dass die Lehrer, durch die Frage angeregt und aufmerksam gemacht, der Haltung der Kinder eine viel grössere Aufmerksamkeit zuwenden als früher, und das Herabgehen der Scoliosenziffer darf nicht allein der Schreibmethode zugesprochen werden. Der Hauptfactor, der als veran-

lassendes Moment der Schulscoliosen angesehen werden kann, ist das lange Sitzen überhaupt. Jeder von uns, der Veranlassung hat, am Schreibtisch längere Zeit zu verweilen, macht die Beobachtung, dass man von Zeit zu Zeit seine Stellung ändert, sich erhebt, einige Mal im Zimmer auf und ab geht, um sich vom Ermüdungsgefühl im Rücken zu befreien. Wir tun das häufig unbewusst, ohne unsere Gedankenarbeit zu unterbrechen. Wenn sich schon bei Erwachsenen das Ermüdungsgefühl geltend macht, geschweige denn bei Kindern, deren Muskel- und Knochenbau so sehr viel zarter und so sehr viel weniger widerstandsfähig ist, und die ohnehin vielen Krankheiten ihres Alters ausgesetzt sind, die ihre Widerstandskraft herabsetzen. Es ist daher begreiflich, dass sie, um das Ermüdungsgefühl in den Muskeln los zu werden, Haltungen einnehmen, bei denen sie die Muskeln ausschalten und die natürlichen Hemmungen, die Knochen, Bänder und Gelenke der Wirbelsäule in Anspruch nehmen. Und wenn diese abnormen Gewohnheitshaltungen sich täglich wiederholen, in Wochen, Monaten und Jahren sich häufen, so werden die Wirbel nach einer bestimmten Richtung hin abgeschrägt, und das Kind ist nicht mehr imstande, seine schief gewachsene Wirbelsäule selbstätig wieder aufzurichten; die Scoliose hat sich fixiert.

Freilich können der Schule nicht alle Scoliosen zur Last gelegt werden. Vor allem sind alle rachitischen Scoliosen auszuschliessen, die im ersten und zweiten Lebensjahr sich bilden und bei einem „laisser aller" sich zu den schwersten Formen entwickeln können. Zu den Scoliosen des vorschulpflichtigen Alters gehören auch die congenitalen Scoliosen, die auf einer angeborenen Asymmetrie der Wirbel, namentlich der Wirbelkörper beruhen.

Angeborene Schrägrichtung der Dornfortsätze allein kann nicht als Scoliose aufgefasst werden, wenn nicht zugleich eine Abschrägung und Drehung der Wirbelkörper erfolgt ist.

Eine dritte Form, für die die Schule nicht verantwortlich gemacht werden kann, sind die sogen. constitutionellen Scoliosen (Dolega). Es handelt sich hier um Individuen, die keine Spur von Rachitis, aber eine auffallende Schlaffheit der Bänder und Gelenke aufweisen und offenbar schwache Knochen haben. Die Wirbelsäule kann die Last des Rumpfes nicht tragen und sinkt zusammen, wobei es entweder zur Vergrösserung der physiologischen Krümmung oder zur Scoliose kommt.

Alle diese vorschulpflichtigen Scoliosen sind schwere Formen und führen zu rascher Zunahme der Verkrümmung, die die höchsten Grade erreichen kann. Sehen wir von diesen Scoliosen ab, so bleibt immer noch eine grosse Zahl von Scoliosen nach, die während der Schulzeit entstehen. Ein Teil derselben erreicht höhere Grade und fixiert sich, ein anderer Teil bildet Schiefhaltungen, die sich bei geeigneter Behandlung corrigieren lassen, bei Vernachlässigung jedoch Schönheitsfehler bedingen, die bei Mädchen nicht wenig ins Gewicht fallen.

Ueber die Gesundheitsschädlichkeit der Scoliosen setzt man sich meist leicht hinweg. Während man den schädlichen Einfluss der schwersten Formen auf die Atmung und Herzbewegung zugibt, hält man die leichten Fälle für einen blossen Schönheitsfehler. Mit dieser Anschauung muss aber nach den neuesten Beobachtungen gebrochen werden. Eine Folge der Scoliose des obersten Teils der Dorsalwirbelsäule ist eine abnorme Knorpelkürze und Verknöcherung der ersten Rippe. Dieser Umstand führt seinerseits zu einer Stenose der oberen Brustapertur, die eine Einschnürung und Compression der Lungenspitzen der Erwachsenen und damit eine mechanische Schädigung des Spitzengewebes bedingt. Harras sagt in seinem Artikel über die Prophylaxe der Lungentuberculose in Nr. 45 der Münchener medicinischen Wochenschrift 1908 Folgendes: „bei Vorhandensein scoliotischer Asymmetrie der oberen Brustöffnung müssen wir uns nicht allein auf Atemübungen beschränken; sie erheischen vielmehr ein gründliches und rechtzeitiges Vorgehen gegen das Grundübel, die Scoliose selbst. Damit gewinnt die Orthopädie einen gewichtigen Anteil an der Vorbeugung der Lungentuberculose. Möge mit der neuen Aufgabe Wille und Vermögen wachsen, die unheilvolle Wirbelsäuledeformität zu verhüten und zu heilen! Möge vor Allem von berufener Seite für bessere Kenntnis der Scoliose, deren Aetiologie, frühzeitige Erkennung in breiten ärztlichen Kreisen gesorgt werden. Hier scheint noch manches verbesserungsfähig und verbesserungsbedürftig zu sein. Gewiss ist hinsichtlich der Vorbeugung der Scoliose schon viel geleistet und manche Schädlichkeit beseitigt worden; die neue Erkenntnis möge ein Ansporn sein, in diesen Bemühungen nicht zu rasten und nicht zu erlahmen. Wenn fortab der orthopädische Blick des Studierenden mehr geschult wird als bisher, seine Kenntnisse über die Wirbelsäulenverkrümmungen ihn besser befähigen, schon die beginnende Scoliose zu diagnosticieren, dann wird er in seiner späteren Tätigkeit bei gelegentlichen Consultationen als Haus- oder Schularzt gar manches Kind rechtzeitiger und erfolgreicher Behandlung zuführen, das sonst mit dem Fortschreiten der Scoliose deren verderblichen Folgen für die Lungen ausgesetzt wäre. Dann würde es auch nicht ausbleiben, dass in Laienkreise, in die Kreise der Eltern und Lehrer die Aufklärung dringt, dass nachlässige Körperhaltung, hohe Hüfte, Hochstand einer Schulter nicht mehr mit geringschätziger Gleichgiltigkeit vernachlässigt oder ganz übersehen werden".

Dass so viele beginnende Scoliosen nicht erkannt werden, hängt damit zusammen, dass der Studierende in der Klinik nur die schwersten Fälle zu Gesicht bekommt und sich mit der Diagnose der beginnenden aus naheliegenden Gründen nicht vertraut zu machen Gelegenheit hat. Um eine Scoliose festzustellen, genügt es nicht, den Rücken bis zur Taille zu entblössen, weil dann alle Lendenscoliosen unentdeckt bleiben, sondern die Kleider müssen bis über den Hüftkamm zurückgeschlagen werden. Es fallen dann bei Schiefhaltungen auch dem nicht geschulten Auge Asymmetrien des Rumpfes auf, der nicht mehr senkrecht auf dem Becken steht, sondern nach der einen oder anderen Seite, meist nach links, abgewichen ist; ein am Nacken befestigtes Senklot fällt nicht in die Natesfalte, sondern mehr weniger nach einer Seite hin; eine Schulter, meist die linke, steht höher, die Tailleneinschnitte sind nicht symmetrisch, meist ist die rechte Taille tiefer eingeschnitten, die andere Seite abgeflacht und die entsprechende Rumpfhälfte voller; eine Hüfte, meist die rechte, prominiert.

Wir besitzen nun ein ausgezeichnetes Mittel, um festzustellen, wie weit vorgeschritten die Scoliose ist; das ist die Vorbeughalte. Das Kind beugt sich mit vollständig gestreckten Knien und schlaff herabhängenden Armen möglichst weit nach vorn. Bei beginnenden und leichten Formen der Scoliose gleichen sich in dieser Haltung Unebenheiten des Rückens und geringe Deviationen aus; bleiben aber die Niveaudifferenzen des Rückens bestehen oder treten sie sogar deutlicher hervor, so handelt es sich um eine fixierte Scoliose, deren vollständige Ausheilung nicht mehr oder erst nach grossen Opfern an Zeit und Mühe zu erreichen ist. Auch auf einen anderen Punkt ist aufmerksam zu machen, der bei der Untersuchung störend zu sein pflegt. Die Kinder sind meist ängstlich bemüht, ihre herabfallenden Kleider mit den Händen festzuhalten oder die Angehörigen versuchen es zu tun. In beiden Fällen gelangt das Kind nicht zum ruhigen Stehen, und die Untersuchung ist ge-

stört. Man befestige deshalb die Röcke unterhalb der Hüftkämme mit einer kräftigen Schnur.

Die Scoliosen werden gleich der Lungentuberculose in 3 Grade geteilt. Ersten Grades sind diejenigen Scoliosen, die sich durch Redressement vollständig ausgleichen lassen und deren Niveaudifferenz in der Vorbeughalte verschwindet, 2. Grades solche, bei denen das nicht der Fall ist; zum 3. Grad gehören die schwersten Formen mit starkem Rippenbuckel und bedeutender Deviation der Wirbelsäule, die jeder noch so gearteten Behandlung widerstehen. Einfacher ist die Teilung der Scoliosen in zwei Formen: nichtfixierte und fixierte. Die ersten entsprechen den leichten Formen 1. Grades, die zweiten denen des 2. und 3. Grades. Die durch den Schulbesuch entstehenden Scoliosen gehören meist zu den leichten Formen, von denen aber ein gewisser, durchaus nicht geringer Procentsatz in die fixierten übergeht. Nach den Breslauer Untersuchungen (Kirsch) vermehrten sich die fixierten Scoliosen während der Schulzeit bei Mädchen von 7,4 auf 12,9%, das bedeutet also, dass in einer grösseren Volksschule von 300 Mädchen c. 40 Kinder eine fixierte Scoliose bekommen, d. h. eine Scoliose, die durch Redressement nicht mehr ausgleichbar ist. Man glaubte früher, als man nur die Statistiken der orthopädischen Anstalten zur Verfügung hatte, dass bedeutend mehr Mädchen als Knaben der Krankheit unterworfen seien. Die Schüleruntersuchungen haben uns aber eines anderen belehrt. Die Scoliose ist auch bei Knaben fast in gleicher Häufigkeit wie bei den Mädchen vertreten. Aus leicht begreiflichen Gründen gelangen jedoch die Knabenscoliosen seltener zur Kenntnis und zur Behandlung.

Die statistischen Daten über die Häufigkeit und die Zunahme der Scoliose während der Schulzeit liefern durchaus noch nicht ganz klare Resultate, weil die Untersuchungen nicht nach einem einheitlichen Muster ausgeführt sind; das ergibt sich aber aus allen Veröffentlichungen zur Evidenz, dass eine sehr bedeutende Steigerung der Scoliosen während der Schulzeit eintritt und man deshalb berechtigt ist, von der Scoliose als einer Schulkrankheit zu sprechen.

Ist es nun einmal festgestellt, dass durch den Schulbesuch Scoliosen entstehen, so müssen wir auf Mittel bedacht sein, um diese entstellende Deformität zu verhüten, mindestens ihre Häufigkeit zu verringern. Die moderne Schule hat, was Beleuchtung, Subsellienfrage und die sonstigen hygienischen Forderungen betrifft, getan, was sich überhaupt nach dieser Richtung hin tun lässt. Die Scoliose, die als eine statische Belastungsdeformität aufzufassen ist, kann entstehen einerseits durch Ursachen von aussen, die die einseitige Belastung vermehren, wie schlechtes Sitzen in ungeeigneten Subsellien, Tragen der Schulmappe in einer Hand und d. ähnl., andererseits durch Ursachen, die in der Wirbelsäule, im Organismus des Kindes liegen, dessen Wirbelsäule den schädigenden Belastungseinflüssen nicht gewachsen ist. Auch in diesen Fällen kann die Schule mitwirken, um den Organismus zu stählen und zu kräftigen, und zwar durch rationell geleitete allgemeine Turnstunden. Wir verstehen aber nicht darunter sehr schwere, mehr in das Gebiet der Athletik fallende Apparatübungen, deren Einfluss auf Entwickelung von Beherztheit und Mut wir garnicht bezweifeln wollen, die aber für eine gleichmässige, harmonische Ausbildung des Körpers, namentlich bei Mädchen, weniger gut verwertet werden können. Sehr eignen sich zu diesem Zwecke leichte Apparatübungen an den Schweberingen, der Leiter, namentlich Stabübungen, wobei besonders auf die Entwickelung der Rumpfmuskulatur Gewicht zu legen ist. Wir wünschen, dass solch ein Turnunterricht in den täglichen Stundenplan eingefügt werde, und zwar sollte er nicht länger als $^1/_2$ Stunde währen, denn das Kind kann auch durch Turnübungen übermüdet und der beabsichtigte Zweck der Kräftigung der Muskulatur durch Uebermüdung in das Gegenteil gekehrt werden. Dieser Forderung stelle ich eine andere zur Seite, nämlich die, dass die Unterrichtszeit nicht länger als vierzig Minuten dauere. Die Kinder ermüden doch auch geistig bei längerem Sitzen und können länger als $^1/_2$ Stunde dem Unterricht nicht folgen. Denken wir nur an unsere eigene Schulzeit zurück, wieviel Zeit haben wir auf der Schulbank zwecklos verträumt, auch wenn wir nicht zu den Faulen gehörten. Wenn wir die Unterrichtszeit auf je 40 Minuten bemessen, die zum Durchnehmen des Unterrichtsstoffes genügend sind, so wird sich auch die nötige $^1/_2$ Stunde für den Turnunterricht finden, und was wir an Unterrichtszeit scheinbar verlieren, davon wird der Unterricht durch die grössere Frische und Kräftigung der Kinder profitieren. Ist aber bereits eine Scoliose zu constatieren, so sind die leichteren Fälle mit orthopädischer Gymnastik zu behandeln und können den Schulbesuch in der bisherigen Weise fortsetzen; schwere Formen dagegen müssen von allen irgendwie entbehrlichen Lehrstunden befreit, event. ganz einem orthopädischen Institut überwiesen werden. Neuerdings ist der Vorschlag gemacht worden, für diese schwersten Scoliosen eine Extraclasse zu errichten (Schanz), was meiner Ansicht nach auf fast unüberwindliche praktische Schwierigkeiten stossen dürfte.

Die Schule hat Alles aufzubieten, um die Scoliose zu verhüten, ihre Aufgabe ist es aber nicht, die Scoliose zu behandeln.

Hiermit berühre ich eine Frage, die scheinbar gar nicht zur Discussion gestellt zu werden brauchte. Und dennoch dürften wir gelegentlich in den Fall kommen, zu dieser Frage Stellung zu nehmen, weil bereits in einer Volksschule zu Schöneberg bei Berlin die scoliotischen Kinder Behandlung durch orthopädische Gymnastik seitens einer Turnlehrerin erhalten und es möglich ist, dass dieses Beispiel Nachahmung findet. Schon jetzt haben sich einzelne Orthopäden, wie Schanz in Dresden, dagegen ausgesprochen; ich schliesse mich aus vollster Ueberzeugung ihm an. Die Behandlung der Scoliose gehört nicht in die Schule, sondern in das orthopädische Institut. In engem Zusammenhang mit dieser Frage steht die andere, ob wir die Behandlung der Scoliose überhaupt Nichtärzten, d. h. Masseuren und Masseusen überlassen sollen. Auch diese Frage ist unbedingt mit „Nein" zu beantworten. Die Scoliose ist eine so complicierte und in ihrer Mechanik auch für den Arzt so schwer verständliche Krankheit, dass wir beim Laien ein vollständiges Verständnis für dieselbe nicht voraussetzen dürfen. Heute, wo fast in jeder sogar mittelgrossen Stadt von Aerzten geleitete orthopädische Institute sich befinden, sind wir nicht mehr in der unangenehmen Lage, die Behandlung von Scoliosen Laien überlassen zu müssen. Wenn wir es trotzdem tun, so geschieht es aus Bequemlichkeit, aus der alten vis inertiae heraus, ohne zu bedenken, dass wir uns, freilich sine mala fide, der Begünstigung der Kurpfuscherei schuldig machen. Schon erheben sich auch bei uns zu Lande orthopädische und physiatrische von Laienärzten geleitete Institute, und dass sie überhaupt ins Leben treten konnten, das verdanken sie dem vorgeschobenen Namen eines nominellen ärztlichen Leiters. Wenn wir der Tatsache gedenken, dass ein grosser Teil der Scoliosen schon im vorschulpflichtigen Alter sich bildet, so liegen die Aufgaben klar zu Tage, die dem Hausarzt zufallen. Er hat die Pflicht, die Rücken der Kinder der ihm anvertrauten Familien von Zeit zu Zeit zu untersuchen und, wenn er im Zweifel ist, einen Orthopäden zu Rate zu ziehen. Durch eine rechtzeitig eingeleitete orthopädische Behandlung wird das Kind vor

einer etwaigen schweren Deformität bewahrt werden und der Hausarzt sich den bleibenden Dank der Familie sichern. Der Schularzt hat aber die Aufgabe, nicht nur die Körperlänge, das Körpergewicht, das Gesicht und das Gehör zu untersuchen, sondern auch den Rücken seiner Schutzbefohlenen. Und auch hier ist es wünschenswert, dass er sich des Beistandes eines Orthopäden versichere, um den Charakter, den Grad der Verkrümmung und namentlich die Anfänge derselben festzustellen. Denn wenn die Scoliose rechtzeitig erkannt und behandelt wird, ergeht es ihr, wie mancher anderen rechtzeitig erkannten schweren chronischen Krankheit, wie beispielsweise der Lungentuberculose. Eine Scoliose 1. Grades, die sich noch nicht fixiert hat, ist heilbar, und das Kind kann die vollständige Symmetrie seiner Formen wiedererlangen. Dagegen ist eine schwere, fixierte Scoliose eine crux medicorum et liberorum.

Denn dass eine Scoliose von selbst verschwinden kann, dass sie sich auswächst, ist eine durch nichts bewiesene Behauptung. Die Aerzte laden eine grosse Unterlassungssünde auf sich, wenn sie die durch eine Asymmetrie der Formen ihrer Kinder erregten Mütter damit beruhigen wollen. Diese irrige Meinnung, dass Scoliosen von selbst verschwinden, ist wohl dadurch entstanden, dass nach dem 20. Lebensjahre so selten eine Scoliose ins Sprechzimmer des Arztes kommt. Solche Patienten haben sich eben bereits mit ihrer Deformität abgefunden und suchen dieselbe durch Toilettenkünste soviel als möglich zu verdecken und zu verbergen. Erst in einem späteren Lebensalter, wenn die Scoliose sehr zugenommen hat, beanspruchen solche Patienten wieder die Hilfe des Arztes wegen Intercostalneuralgien oder Herz- und Atmungsbeschwerden.

Ich meine, wir haben vor dem Publicum kein Verstecken zu spielen und haben dasselbe durch die breite Oeffentlichkeit, durch Vorträge, Zeitungsberichte u. s. w. auf die Gefahren aufmerksam zu machen, die der Schönheit und Gesundheit ihrer Kinder infolge einer vernachlässigten Schiefhaltung drohen. Bei der Wichtigkeit, welche ein schöner, harmonischer Wuchs, eine untadelige Körperform im Leben besitzt, bei der Tatsache, dass in manchen Berufen wohlgebildete Männer bevorzugt werden und dass ein Mann von guter Figur gegenüber einem von der Natur stiefmütterlich bedachten im Vorteil ist, müssen wir der Haltung der Knaben, mehr als wir es bis jetzt gewohnt waren, unsere besondere Aufmerksamkeit schenken. Ganz zu schweigen von der Bedeutung, die eine schöne Körperform für das weibliche Geschlecht besitzt. Oft wird das ganze Lebensglück eines Mädchens durch eine Scoliose gefährdet, ihr Charakter, ihre Gemütsrichtung dadurch ungünstig beeinflusst. Wie bedauernswert ist oft trotz der besten Eigenschaften des Herzens und der Seele ein Mädchen, welches nicht beachtet wird, weil es einen missgestalteten Körper besitzt. Wenn wir nun mit einigen Worten die Beziehungen der Schule zur Scoliose bei uns in Russland berühren, so liegen Untersuchungen über Schulscoliosen vor nur von Hagmann in Moskau und Kallbach in Petersburg, die zu ähnlichen Resultaten wie die ausländischen Statistiker gelangt sind. Hagmann fand unter 1664 Mädchen 29% und Kallbach unter 2333 Mädchen 26% Scoliotische. Untersuchungen an Knabenschulen sind nicht gemacht, ebenso liegen keine Veröffentlichungen über Rückenuntersuchungen von Schülern in den baltischen Provinzen vor. Ich habe als Arzt der Mitauschen Dorotheen-Stadt-Töchterschule im J. 1904 Rückenuntersuchungen an ca. 500 Mädchen ausgeführt und nur ca. 18% meist leichter Scoliosen gefunden. Dieser geringere Procentsatz erklärt sich aus dem Umstande, dass die Schülerinnen grösstenteils Kinder bäuerlicher Gesindewirte waren und eine kräftige Constitution vom Lande her mitgebracht hatten. Es wäre von grossem Interesse, auch in den Rigaschen Schulen Rückenuntersuchungen anzustellen, und ich stelle den Herren Schulärzten Rigas meine Mithilfe hierbei gern zur Verfügung.

Wenn wir nun eine so übereinstimmend hohe Procentziffer an Schulscoliosen finden, so müssen wir doch zugeben, dass trotz aller Verbesserungen der Subsellien etc. noch andere Forderungen zu erfüllen sind, um die heranwachsende Jugend vor Rückgratsdeformitäten zu behüten. Die beste Behandlung derselben ist die Prophylaxe. Ich habe schon auf einige Forderungen in meinen Auseinandersetzungen hingewiesen und will sie zum Schluss in folgenden zehn Thesen formulieren.

1) Der Hygiene der Schule soll die grösste Aufmerksamkeit zugewandt werden. Es ist erschreckend, was noch heute unter unseren Augen bei uns zu Lande vorkommt. Dr. G. Reinhard-Riga hat 120 Gebietsschulen in Kurland besucht und unglaubliche Zustände gefunden. Die Classen waren zu klein, von faulenden Speiseresten stinkend, die Wände feucht, dasselbe Zimmer diente oft als Ess-, Schlaf- und Lernraum, die Beleuchtung ungenügend und die Fenster unzweckmässig verteilt, so dass schädliches Licht erzeugt wurde. Die Brunnen sind bei vielen Schulen zerfallen und liefern ganz ungesundes Wasser, und so geht das Register weiter. Reinhard meint, nicht allein die Volksschulen des Auslandes sind zum Vorbild zu nehmen, sondern schon die russischen Semstwoschulen seien besser eingerichtet. Unsere baltischen Aerztevereine, von denen der estländische bereits manches zur Hebung der Schulen in sanitärer Beziehung getan hat, werden, ich bin davon überzeugt, auch dieses grosse Arbeitsfeld durch ihren Einfluss auf das wohltuendste befruchten.

2) Die Lehrer sollten auch in der Hygiene unterrichtet und einer Prüfung in diesem Fache unterworfen werden. Diese Forderung habe ich bereits 1883 als These in meiner Doctordissertation gestellt.

3) Jedes Kind werde beim Eintritt in die Schule und später in regelmässigen Zwischenräumen sorgfältig untersucht und besondere Aufmerksamkeit auch der Besichtigung des Rückens und ungleicher Länge der Beine zugewandt.

4) Die Beleuchtung der Classe, die Druckschrift der Schulbücher, die Schulbänke sollen überall den heutigen Anforderungen der Schulhygiene entsprechen.

5) Jedes Kind soll beim Eintritt in die Schule in der richtigen Haltung, die es beim Schreiben einzunehmen hat, unterwiesen und diese Haltung von den Lehrern stets controlliert werden. Die Steilschrift ist zu bevorzugen.

6) Die Unterrichtseinheit seien vierzig Minuten; zwischen dieselben werden Zehnminutenpausen eingeschaltet, während deren sich die Schüler Bewegung, womöglich im Freien, machen sollen.

7) In den Lehrplan werde eine tägliche Turnstunde von einer halben Stunde Dauer eingeschaltet, bei der auf eine harmonische Ausbildung des ganzen Körpers, besonders der Rückenmuskulatur, Gewicht gelegt werde. Die Turnstunden haben mit Turnspielen abzuwechseln.

8) Die Kinder sind auch darin zu unterweisen, wie sie sich bei ihren schriftlichen Arbeiten zu Hause zu verhalten haben, inbetreff des Sitzens, der Beleuchtung.

9) An jeder Schule ist ein Schularzt mit einem entsprechenden Gehalt anzustellen, damit er Zeit finde, sich der Untersuchung und der ärztlichen Beratung der Kinder sorgfältig zu widmen. Nominelle Schulärzte mit den Rechten des Staatsdienstes allein, ohne Gehalt haben keinen Wert.

10) Die bei den Schülern entdeckten Scoliosen sind sofort einem orthopädischen, von einem Arzt geleiteten Institut zu überweisen.

Meine Herren! Ich habe mir erlaubt, auch diese Frage auf einem unserer Aerztetage, die soviel Segensreiches bereits gefördert haben, zu berühren. Nur in grossen Zügen konnte ich dieses Thema behandeln; zu einer näheren Ausführung der aufgestellten Thesen ist hier weder der Ort noch die Zeit. Unsere Pflicht ist es aber, überall und stets unsere mahnende und beratende Stimme zu erheben und im Interesse unserer heranwachsenden Jugend nicht zu rasten und nicht zu ruhen.

Literatur:

1) Scholder. Die Schulscoliose und deren Behandlung. Arch. für Orthop., Mechanother. u. Unfallchir. 1. Bd. 3 Heft. 2) A. Schwarz. Schule und Scoliose. Zeitschr. f. orthopäd. Chir. XVII. Bd. 3) Felix Schenk. Zur Aetiologie der Scoliose. Pietzker, Tübingen. 4) Schulthess. Schule und Rückgratsverkrümmung. Voss, Leipzig. 5) E. Kirsch. Untersuchungen über habituelle Scoliose. Arch. für Orthop., Mechanother. u. Unfallchir. VII Bd. 1. Heft. 6) Harras. Zur Prophylaxe der Lungentuberculose. München. med. Wochenschr. 1908. Nr. 45.

Der praktische Wert der Wassermannschen Reaction.

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. S. Bormann.

Die richtige Würdigung der Blutreaction von Bordet und Gengou, für die Syphilis von Wassermann verwertet, wird natürlich der Geschichte und Nachwelt gehören. Ich möchte bloss die Aufmerksamkeit der Collegen aller Specialitäten für ein paar Momente darauf lenken, wieweit diese rein wissenschaftliche Entdeckung augenblicklich in der Praxis verwendet wird oder werden kann. Dafür zeigt sich, glaube ich, grosses Interesse in den weitesten medicinischen Kreisen.

Ich komme mit rein casuistischem Material und will damit die anderen Collegen, unter denen verschieden, viel mehr davon bereits besitzen als ich, anregen, auch das ihrige zu veröffentlichen. In der Literatur finden wir bereits ein grosses stastisches Material, leider mit sehr kargen klinischen Angaben und leider ein sehr einseitiges, weil es meistens bloss aus speciellen syphilidologischen Kliniken herrührt. Aus diesem literarischen Material hat unter anderem auch Dr. Hartoch in seinem interessanten Vortrag voriges Mal über die klinische Bedeutung der Reaction von Bordet und Gengou theoretische Schlussfolgerungen zu ziehen versucht. Es ist uns zur Genüge bekannt, dass die Theorie ihrer Bestätigung aus dem Leben stets bedarf, und die weitere Forschung über die Reaction in diesem Sinne sollte wohl alle wissenschaftlichen Kliniken beschäftigen.

Die Wassermannsche Reaction hat zweierlei Bedeutung, erstens als diagnostisches Symptom der Syphilis und zweitens als Indicationszeichen zur Therapie der Syphilis. Ist das erste vollständig klar gestellt, der Wert endgültig wissenschaftlich klinisch ausgearbeitet, so ergibt sich das zweite von selbst.

Die Symptome der Syphilis haben verschiedenen graduellen diagnostischen Wert. Eine einzige noch so charakteristische Papel wird den Syphilidologen nicht zur Diagnose der Syphilis verführen, während ein ulceriertes Gumma zur Genüge die Diagnose sichert. Aus dem bis jetzt gebotenen Material sehen wir, dass der positive Wassermann in einem mit jedem Tage steigenden Procentsatz die secundären, tertiären und parasyphilitischen Erscheinungen der Haut begleitet. Es scheint so, als ob er sich die Bedeutung eines Symptoms der in Kraft bestehenden Syphilis erobert und somit als einziges Symptom die Diagnose der Syphilis unumgänglich fordert, denn das ist keine Papel, in der man sich versehen kann, sondern eine technisch sehr complicierte, mit vielen Controllen ausgeführte Reaction, wenn sie gewissenhaft durchgeführt wird. Ob sie wirklich solch eine entscheidende Bedeutung hat — diese Frage wird das aus der Praxis vielseitig und lange beobachtete casuistische Material zeigen können.

Die meisten syphilidologischen Kliniken verwenden bereits nicht nur für wissenschaftliche Arbeiten, sondern auch rein praktisch in zweifelhaften Fällen die Wassermannsche Reaction. Ich kann nicht sagen, dass die Syphilidologen grosse Ueberraschungen erlebt hätten — ich spreche von den rein praktisch angewandten Fällen, die diagnostisch recht schwierig waren. Es ist auch ganz verständlich, es wird ja dort die Wassermannsche Reaction angewandt, wo so wie so bereits auf Syphilis gefahndet wird. Ich muss aber zugeben, dass wir uns bereits in den letzten paar Jahren dadurch in der klinischen Diagnostik vervollkommnet haben, und darin sehe ich vor der Hand die hauptsächlichste und hervorragendste Bedeutung der praktischen Verwertung der Reaction, soweit es sich um die Hautsyphilis handelt, mit der allein sich leider die Specialisten hauptsächlich beschäftigen. Nun hat aber die Wassermannsche Reaction eine viel grössere Bedeutung für die viscerale und Nervensyphilis. Die Hautsyphilis geht sichtbar vor sich, während die viscerale Syphilis latent verläuft und entweder zufällig oder schon recht spät im Grade einer starken Entwicklung erkannt werden kann.

Es wird wohl nicht bestritten werden, dass im Grossen und Ganzen sich die Syphilidologen viel zu wenig mit der visceralen und Nervensyphilis beschäftigen, und zwar aus rein äusseren Gründen, dank der modernen, etwas zu strengen Teilung der medicinischen Specialitäten, ebenso wie die Syphilidologen genügend Gelegenheit haben, zu erkennen, dass die anderen Specialitäten sich zu wenig für die Syphilis interessieren und in ihren diesbezüglichen Diagnosen recht oft fehlgehen, bis ein zufälliges Hautsymptom die Patienten in unsere Hände führt. Ich weiss nicht, ob ich richtig verstanden werde, ich möchte eine Dissonanz in der Stellung der medicinischen Specialitäten zu einer gewissen Krankheitseinheit andeuten und meine, dass wir dank der Wassermannschen Reaction dieser Dissonanz Abhilfe leisten können.

Heutzutage sollte der Syphilidologe die viscerale wie die Nervensyphilis vollständig beherrschen und mit Hilfe der Wassermannschen Reaction sich in der Diagnostik derselben vervollkommnen, indem er die Brauchbarkeit derselben durch die Hautsyphilis controlliert, während die anderen Specialisten die Syphilistherapie mehr als jetzt beherrschen könnten und mit Hilfe der ausgebreiteten Anwendung der Wassermannschen Reaction viel öfter als bis jetzt auf Syphilis fahnden sollten.

Die folgende Casuistik aus meiner und anderer Privatpraxis soll meine Anschauungen etwas erläutern.

1. 1907 Januar. Patientin N. R. Seit 8 Jahren Schwächezustand, Schmerzen im Rücken, Hals- und Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Haarausfall, Blutungen aus dem Uterus. Es lässt sich keine präcise Diagnose stellen. Die Neurologen wie die Syphilidologen formulieren einen neurasthenischen Zustand ohne nachweisbare Aethiologie. Der Mann der Patientin hatte vor 12 Jahren eine Syphilis, die er sehr sorgfältig in Wien behandelte. Vier Jahre darauf heiratete er mit Consens von hervorragenden Syphilidologen. Er leidet an schwerer Neurasthenie.

Obgleich Patientin selbst Syphilis vermutete, hielt ich doch eine energische Quecksilbercur bei einer derartigen Neurasthenie, ohne dass Syphilis sicher diagnosticiert war, für contraindiciert. Ein diagnostischer Versuch ex adjuvantibus, mit Jodkali ergab kein Resultat. Heutzutage darf eigentlich eine Jodkali-Verabreichung nicht mehr als ein «ex adjuvantibus» angesehen werden, erstens weil wir das Jodkali nicht mehr als Specificum gegen Syphilis ansehen, es hilft ebenso gut auch bei manchen anderen Erkrankungen, wie z. B. bei Rheumatismus, sogar eine parasitäre Hautkrankheit, die Sporothrichosis wird geheilt durch Jodkali. Zweitens reagiert die Syphilis nicht immer so schnell und leicht auf eine Cur. Es kommt vor, dass wir manche Symptome erst mit Hilfe von 20 und mehr Hg-injectionen zum Schwinden bringen. Also kann das ex adjuvantibus nur zufällig irgend einmal die Diagnose sichern. Um auf meinen Fall zurückzukommen: Im Jahre 1908 3. XI ergab die Wassermannsche Reaction bei meiner Patientin eine vollständige Hämolyse-Hemmung, und die darauf eingeleitete Hg-injectionscur hatte glänzenden Erfolg. Jegliche Schmerzen schwanden, ebenso wie der Schwächezustand und die Uterusblutungen. Patientin bekam guten Schlaf und mächtigen Appetit.

2. Patient N. J., 32 Jahre alt, 7 Jahre verheiratet, kinderlos, ist seit 8 Jahren in Behandlung wegen chron. Bronchitis tuberculöser Natur, Pleuritis, die augenblicklich abgelaufen sein soll, und Lebercirrhose mit Ascites. Weswegen ein Therapeut die Wassermannsche Reaction ausführen liess, ist mir unbekannt. Mit einem Wort, die Reaction fiel positiv aus, und der Patient wurde mir übergeben. Ich fand den 3. Juni 1909 unbedeutende, verbreitete Bronchitis, keine Pleuritis, ein gesundes, jedoch überlastetes Herz, eine recht vergrösserte Leber, die über handbreit unter den Rippen hervorragte, und einen hochgradigen Ascites. Der Leibesumfang in Nabelhöhe war 140 cm., bei mittlerem Wuchs und abgemagertem Zustand. Eine energische Hg-Injectionscur wurde sofort unternommen. Nach 7 Einspritzungen von Hg. salicyl. 10 pCt. zu einer halben Spritze wurde durch Punction die Ascitesflüssigkeit entleert, worauf Patient auf 2 Monate verschwand. Als er wiederkam, war die Brouchitis vollständig geschwunden ebenso wie die Lebervergrösserung. Die Leber ragte bloss 2 Finger breit unter dem Rippenrande hervor. Der Leibesumfang war jedoch wieder bis zu 105 cm. gestiegen. Die Quecksilbereinspritzungen wurden sodann fortgesetzt. Der Ascites fing an, sich zu vermindern, und der Leibesumfang fiel nach der 14. Einspritzung bis auf 94 cm. Patient fühlte sich ausgezeichnet, nahm an Kräften recht zu, bekam starken Appetit, welcher früher gänzlich fehlte. Allein nach der 15. Injection fing der Leibesumfang an, wieder zuzunehmen und konnte nicht mehr vermindert werden, weder durch wiederholte Punction, noch durch Diuretin, Adonis vernalis, Schwitzen und dergleichen. Die Leber blieb aber stets klein und schmerzlos. Die Harnanalyse war stets negativ inbezug auf anormale Bestandteile, wie Eiweiss u. s. w. Interessant ist, dass die Ascitesflüssigkeit eine negative Wassermannsche Reaction ergab. Ende December 1909 starb der Patient. Ich glaube schliessen zu können, dass Patient nicht so frühzeitig gestorben wäre, wenn die Wassermannsche Reaction früher ausgeführt und eine specifische Cur zur richtigen Zeit eingeleitet worden wäre.

3. Patient. A. L. leidet seit einem halben Jahr an Abscessen in der linken Halsgegend, ausserdem an einem Schwächezustand und vorübergehenden öfteren Kopfschmerzen. Die Abscesse sind ihm von einem Professor der Chirurgie operiert worden. Als bei ihm sich eine fast hühnereigrosse Geschwulst an der hinteren Wand des Rachens zeigte, übergab der Chirurg den Patienten einem Laryngologen, welcher sofort die Wassermannsche Reaction ausführen liess. Nach positivem Ausfall derselben wurde der Kranke mir übergeben. Bei äusserer Besichtigung des Kranken fand ich nicht nur ganz deutliche Gummata in der Halsgegend, sondern auch ausgesprochene alte luetische Narben auf beiden Unterschenkeln.

Noch ein paar casuistische Fälle nicht aus meiner persönlichen Praxis sind mir dank der Liebenswürdigkeit eines Collegen zugegangen und haben viel Interessantes an sich.

1. Patient. R., 48 Jahre alt. wendet sich im November 1909 mit folgenden Symptomen an einen Therapeuten. Hochgradiger Ascites, seit 2 Wochen Oedem beider unterer Extremitäten, Eiweiss im Harn, Leber 3 Finger breit unter dem Rippenrand hervorstehend, schmerzhafte Leberanfälle sind nicht gewesen. Pat. ist Potator. In der Anamnese keine Syphilis, hat 2 gesunde Kinder. Zufällig wird die Wassermannsche Reaction ausgeführt und ergibt ++++.

Nach 2 Injectionen 10 pCt. Hg. salicyl. Schwund des Ascites und des Oedems. Die Cur wird auf 1 Monat unterbrochen. Darauf tritt ein Krankheitsanfall auf, der 2 Wochen dauert und sich in Folgendem kundgibt. Starkes, tägliches, mehrmaliges Erbrechen. Schwäche, schwacher Puls, 30 Pfund Gewichtsverlust. Es wird sodann täglich Hg. benzoicum injiciert und JK gereicht. Nach 4 Wochen erst augenfällige Besserung, Gewicht an 20 Pfund gewonnen, Leberverkleinerung bis auf normal.

2. Pat. Militärarzt, 40 Jahre alt. Oedem eines Beins, unregelmässiger Puls. Dumpfe Herztöne, vergrösserte Herzdämpfung, etwas vergrösserte und harte Leber. Therapie bis dahin resultatlos. Sie bestand in Digitalis, Adonis vernalis und anderen Herzmitteln, ausserdem noch Jodkali. In der Anamnese vor 20 Jahren Lues. Wassermannsche Reaction stark positiv ++++. Specifische Quecksilbercur ergibt in kurzer Zeit fast völlige Heilung.

3. Pat. Commis, 25 Jahre alt. 3 Tage lang drückender Kopfschmerz, Gedächtnisschwäche, leichte Trübung des Sensoriums, Zerfahrenheit, Schlaflosigkeit, Pupillenerweiterung. Accomodationsverlangsamung, verstärkte Sehnenreflexe. Wassermannsche Reaction +++. Hg. sal. 10 pCt. 3 mal wöchentlich zu 1/2 Spritze, leichte Brom- und Jodkalidosen. Nach einer Woche Schwund aller Symptome.

Noch einen Fall aus der Poliklinik von Prof. Petersen an dem klinischen Institut will ich erwähnen.

Es war im Jahre 1908. Ein mächtig gebauter, robuster, junger Soldat aus dem Leibgarde-Regiment zu Pferde brachte in die Ambulanz seine Braut, eine junge Bäuerin mit florider. secundärer Syphilis. die corona Veneris war von weitem zu diagnosticieren, ein papulösmaculöses Syphilid auf dem ganzen Körper, dazu eine ulceröse Tonsillitis und allgemeine Adenopathie. Der Bräutigam behauptete, dass das Mädchen ausser ihm mit keinem cohabitiert haben konnte. Er hatte die ernsteste Absicht, seine Braut zu heiraten und fragte uns um Rat, was er nun tun sollte. Nach einigem Ausfragen schien uns, dass man den Leuten wohl Glauben schenken könnte, und beide wurden genau untersucht. Am Bräutigam fand sich auch nicht das mindeste Anzeichen einer bestehenden oder einer früher überstandenen Syphilis. Es wurde die Wassermannsche Reaction zu Hilfe genommen, die ein stark positives Resultat ergab. Der Soldat unterzog sich bei uns einer Quecksilbercur, und im Laufe derselben zeigten sich wohl vorübergehend syphilitische Recidive.

Natürlich hätte sich der Fall auch ohne Blutreaction nach einiger Zeit geklärt, allein der Zeitgewinn ist hier doch von grosser Wichtigkeit. Die Sache wird wohl so gewesen sein, dass der Soldat ein ulcus *durum im* Urethralcanal recht tief hatte; dank der steten Berieselung mit Urin war es in einem solchen Zustand erhalten, dass die Eiterung ganz unbemerkt vor sich ging. Bei uns im Institut sind von einem recht geübten Collegen dank der Liebenswürdigkeit von Prof. Petersen, der ihm unser Material zur Verfügung stellte, ungefähr 400 Blutuntersuchungen an Fällen von Hautsyphilis gemacht worden. Wie ich bereits gesagt habe, besondere Ueberraschungen haben wir nicht erlebt. Sehr unangenehm sind die Erlebnisse mit dem negativen Ausfall der Reaction. Es gibt Blutzustände in syphilitischen Organismen, die eine Hemmung der Hämolyse dauernd oder vorübergehend nicht zulassen. Die Erklärung der Erscheinung fehlt, die Folge ist die, dass ein Versagen der Reaction keinen obligatorischen Wert hat und keine praktischen Schlüsse zu ziehen erlaubt, und das ist sehr peinlich. Dadurch wird die Möglichkeit, die Reaction als Indication zur antisyphilitischen Therapie zu verwerten, sehr gering. Ich will zwei Beispiele aufführen.

Eine Frau. die vor einem Monat eine ernste Quecksilbercur durchgemacht, klagt über Kopfschmerz und proponiert einem Specialisten die Hg. sal.-Einspritzungen wieder vorzunehmen. Der Specialist lässt die Wassermannsche Reaction ausführen und nach negativem Ausfall derselben rät er ihr von den Injectionen ab. Die Patientin unterzieht sich trotzdem (auf meinen Rat hin) den Injectionen von Hg. sal. 10 pCt. 2 mal wöchentlich und wird gleich nach der 1. Einspritzung ihren Kopfschmerz los. Die Injectionen werden bis zu 10 mal fortgesetzt.

Ein anderer Fall. Eine junge Frau von 29 Jahren wendet sich an mich mit Parese des linken Armes und Beines, Kopf- und Rückenschmerzen. Vor einem Jahr hat sie ein Kind geboren, das eine Meningitis ohne hohe Temperatursteigerung durchgemacht hat und genesen ist. Ich vermute Lues und mache 2 Quecksilbereinspritzungen, worauf der Kopf- und Rückenschmerz schwindet, die Parese des Armes fast gänzlich vergeht und die des Beines sich merklich verringert. Inzwischen lasse ich zur Sicherung der Diagnose die Blutanalyse ausführen. Die Wassermannsche Reaction fällt

deutlich negativ aus. Dies gibt dem Mann genügenden Grund, eine specifische Cur beim Syphilidologen direct zu verbieten. Die Patientin wird den Nervenärzten übergeben, mit Lecithin, Arsenik u. s. w. behandelt, ohne jeglichen Erfolg, die Parese bleibt bestehen, ausserdem tritt eine Abmagerung ein.

Aus dem Gesagten wird schon allmählich klar, wieweit noch die Wassermannsche Reaction als Indication für die Therapie in der Praxis unbrauchbar ist. Wenn einmal die Diagnose der Syphilis fixiert ist, so wissen wir, auf welche Weise die Kranken zu behandeln sind. Es fehlt der Syphilidologie ein wissenschaftlich genau ausgearbeitetes Princip, welches den Zeitpunkt, wann die specifische Cur zu sistieren hat, angibt. In dem Fall würde wohl eine negativ ausfallende Wassermannsche Reaction aushelfen können, wenn man ihr vertrauen könnte. Die Lösung dieser Frage ist bloss im anfänglichen Entstehen, und die Besprechung derselben wäre verfrüht. Ausserdem gibt es eigentlich noch keine einheitliche Lehre der Syphilistherapie. Die meisten Schulen halten sich wohl an das von Fournier proponierte intermittierende Princip, jedoch sind die Stimmen dagegen auch recht autoritätvoll und die Motive nicht von leichtem Gewicht. Das bis jetzt gesammelte Material zur Lösung der complicierten Fragen der Syphilistherapie mittelst Anwendung der Wassermannschen Reaction, auf welche ich mir erlauben werde ein anderes Mal etwas genauer einzugehen, ist noch zu gering, scheint aber mehr für die intermittierende Methode von Fournier auszufallen.

Der Zweck meiner heutigen Besprechung soll durchaus nicht der sein, die von mir dargelegten Anschauungen als unanfechtbar darzustellen. Ich teile bloss meine persönlichen, zufälligen Eindrücke mit, welche ich dem mir zu Gebote stehenden casuistischen Material entnommen, und möchte damit die Herren Collegen anregen, ihre Casuistik zu sammeln und durchaus mitzuteilen, und glaube, dass auf solche Weise nicht allein der Wert der Wassermannschen Reaction gewürdigt und ihre Bedeutung erkannt werden wird, sondern auch einzelne, noch wenig bekannte Formen der Syphilis und ihre einzelnen Symptome studiert und ausgearbeitet werden.

Nehmen wir z. B. den syphylitischen Kopfschmerz. Er lässt sich nur erraten, er ist zu wenig präcisiert, zu wenig charakterisiert. Nehmen wir den rein syphilitischen acuten Magenkatarrh, den Fournier in einem casuistischen Beitrag im Jahre 1903 beschrieben hat. Er geht mit unstillbarem Erbrechen vor sich und reagiert prompt bloss auf eine specifische Therapie. Solche und viele andere interessante Tatsachen würden sich zeigen, wenn in den Krankenhäusern eine Zeitlang alle Kranken oder wenigstens ein gewisser Teil mit Hilfe der Wassermannschen Reaction untersucht würden.

Referate.

George Cheever Shattuck: Three cases of sporadic Elephantiasis of the lymphatic type. Bost. Med. & Surgic. Journal. Nr. 4. 1910.

Genaue Krankengeschichten dreier Fälle von Elephantiasis. Weiterhin werden Diagnose und Ursache der Erkrankung besprochen. Im Falle II und III war die Elephantiasis der unteren Extremitäten bedingt durch verhinderten Abfluss der Lymphe, die Lymphgefässe waren nach wiederholten Entzündungen obliteriert. Die operative Beseitigung der inguinalen Lymphdrüsen begünstigte die Entwickelung der Elephantiasis in einem Falle, in dem anderen war sie die unmittelbare Ursache.

A. R. Kimpton: The diagnosis and treatment of intussusception. Bost. Med. & Surg. Journ. Nr. 5. 1910.

An der Hand von 3 Fällen wird das Krankheitsbild der Invagination geschildert, die eine Krankheit des Kindesalters ist. Vor Einläufen wird gewarnt. Schlüsse: 1) Die Invagination muss früh diagnosticiert werden, bei der ersten Visite. 2) Sie ist eine chirurgische Erkrankung von Anfang an und bleibt stets eine solche. 3) Eine einfache und schnelle Laparotomie muss die Behandlung sein. 4) Wenn bei Behandlung acuter abdomineller Erkrankungen bei Kindern stets an Invagination gedacht wird, wird ein Fall selten unerkannt bleiben.

A. J. Ochsner: Prevention and inhibition of peritonitis with especial reference to the harm done by cathartics in incipient peritonitis. Bost. Med. & Surg. Journ. Nr. 6. 1910.

In dieser Arbeit über Vorbeugung und Verhinderung von Peritonitis mit besonderem Hinweis auf die grosse Schädlichkeit von Abführungsmitteln bei beginnender Peritonitis kommt Verf. hauptsächlich zu folgenden Schlüssen: Patienten, welche an Darmverschliessung leiden, herrührend von einer eingeklemmten Hernie, Volvulus, Invagination, Gallensteinen oder Carcinom, müssen sofort operiert werden, sie dürfen nie und unter keinen Umständen Abführmittel oder auch Speisezufuhr erhalten, auch dann nicht, wenn die oben genannten Erkrankungen nur vermutet werden. Vor einer Operation muss bei solchen Patienten der Magen ausgespült werden. Opium darf nicht gegeben werden. Soldaten müssen in den Kampf mit leerem Darm und Magen gehen. Abdominale Wunden müssen im Kriege, wenn Assistenz vorhanden, operiert werden. Permanente Kochsalzeinführung per rectum (Murphy) ist ein sehr wesentliches Mittel zur Vorbeugung von Peritonitis. Weiterhin kommen allgemein bekannte Schlüsse über die Appendicitis; bei acuter Appendicitis muss der Wurmfortsatz entfernt werden, bevor die Entzündung sich verbreiten kann, also Frühoperation. Es ist wichtig, das grosse Publicum zu unterrichten, wie gefährlich es ist, Speise zuzuführen oder Abführmittel zu geben bei einer beginnenden Bauchfellentzündung.

Arthur T. Legg: An obscure affection of the hipjoint. Bost. Med. and Surg. Journ. Nr. 7. 1910.

Verf. berichtet über 5 Fälle einer Hüftgelenksaffection bei Kindern im Alter von 5 bis 8 Jahren. Laut Röntgenbildern (4 gute Reproductionen) bestanden die Veränderungen im Hüftgelenk hauptsächlich in einer Verdickung des Schenkelhalses und Abflachung des Kopfes. In der Vorgeschichte bestand in allen Fällen eine Verletzung. Als einziges klinisches Symptom wurde Hinken beobachtet, weswegen die Kinder in die Klinik gebracht wurden; in einem Falle waren auch Schmerzen vorhanden. In 2 Fällen fand sich eine Abflachung des Schenkelkopfes auf beiden Seiten. Verkürzung war nicht vorhanden. Verf. glaubt die Deformität des Kopfes und Schenkelhalses auf Ernährungsstörungen zurückführen zu können, bedingt durch Verletzungen oder Verschiebungen in der Epiphysenlinie.

W. Schaack.

Bücherbesprechungen.

G. Beldau: Ueber zeitgemässe Auffassung der Lungenschwindsucht und ihre Behandlung mit Phthisin und Pneumonal. Riga. Verlag von Jonck & Poliewsky. 1909. 60 Seiten.

Die Ausführungen des Verf. über das Problem der Phthise sind nur insofern interessant, als sie Zeugnis abgeben über das fortschreitende Eindringen des energetischen Princips in unsere Vorstellungen über die Tuberculose. Die vorgeschlagenen Kreosotmedicationen verdienen Beachtung wegen der entschieden geschickten Zusammensetzung der Präparate, wenngleich Verf. den Beweis für wirkliche Heilerfolge schuldig bleibt.

Holzinger.

O. Bumke: Ueber die körperlichen Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1909. 16 Seiten.

Ein sehr anregend geschriebener Artikel aus dem interessanten Gebiete der Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Besprechung der Erscheinung und der Bedeutung des pupillaren Psychoreflexes, der gesetzmässigen Beziehung zwischen bestimmten Gemütszuständen und der Atmung und Herztätigkeit, der psychischen Beeinflussung der Muskeltätigkeit und des psycho-galvanischen Reflexphänomens.

Holzinger.

Труды Кіевскаго Хирургическаго Общества, состоящаго при Императорскомъ Университетѣ Св. Владиміра. Выпускъ I. (Arbeiten der Kiewschen chirurgischen Gesellschaft). Кіевъ. 1910. 271 стр. и 6 табл.

Die am 28. October 1908 ins Leben getretene Chirurgische Gesellschaft in Kiew hat den ersten Band ihrer Protocolle und Veröffentlichungen herausgegeben. Das Buch enthält ausser den Protocollen die unverkürzten Vorträge der Mitglieder der betreffenden Gesellschaft. Die 21 Arbeiten sind teilweise auch eines allgemeinen Interesses wert, und deswegen ist es zu bedauern, dass sie in einem Sammelwerk vereinigt sind, dessen Verbreitung entschieden weit geringer als die der beiden russischen chirurgischen Zeitschriften (Хирургія und Хирургическій Архивъ Вельяминова) ist. Dadurch wird die Orientierung in der russischen Literatur, beim gleichzeitigen Fehlen eines Centralorgans, nur erschwert, und deswegen ist der Gedanke, Orginalartikel in den Protocollen einer Gesellschaft zu veröffentlichen, durchaus nicht glücklich zu nennen. Die beigefügten Abbildungen sind vorzüglich gelungen.

E. Hesse.

Prof. V. Schmieden: Der chirurgische Operationscursus. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende. Mit 354 Abbildungen im Text und einem Vorwort von Prof. Bier. Verlag von J. A. Barth. Leipzig. 1910. XV + 327 Seiten.

Die früheren Lehrbücher der operativen Chirurgie enthielten mit geringen Ausnahmen in erster Linie die Gefässunterbindungen, typische Extremitätenoperationen und einzelne wenige Operationen anderen Charakters. In letzter Zeit sind mit der Modernisierung der Akiurgie die verschiedensten anderen Operationen in den Vordergrund getreten und bedurften in einem modernen Operationscursus der Erwähnung. Schmieden ist es gelungen, ohne Vernachlässigung der alten, bewährten Operationsmethoden und der zu Uebungszwecken wichtigen Unterbindungen, die modernen chirurgischen Operationsmethoden so darzustellen, dass man einen klaren Einblick in die Technik gewinnt. Ganz im allgemeinen ist den einfachen Methoden der Vorzug gegeben — hierin im engen Anschluss an die Gebräuche der Bier'schen Klinik.

Der Druck und die meisten der Abbildungen sind ganz vorzüglich. Das Buch ist seines einfachen, klaren Inhalts und seiner Reichhaltigkeit wegen durchaus zur Anschaffung zu empfehlen.

E. Hesse.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1381. Sitzung am 15. März 1910.

Vor der Tagesordnung demonstriert:

I. Hörschelmann einen kleinen Patienten mit Dystrophia musculorum progressiva. Patient ist 8 Jahre alt, erstes Kind einer etwas nervösen, stark stotternden Mutter. Der Vater, Alcoholiker, hatte aus seiner ersten Ehe 2 gesunde Kinder, ist vor 4 Jahren gestorben. Die Schwangerschaft war normal, die Geburt schwer, mit einem starken Dammriss compliciert. Das Kind kam nicht asphyctisch zur Welt, wurde über ein Jahr von der Mutter gestillt, fing etwas später als normal an, zu gehen und fiel oft beim Gehen. Der Gang war nie ganz normal, jedoch vom 3. Jahre an bemerkte die Mutter eine wesentliche Verschlimmerung im Gehen, wie auch im Aufstehen nach dem Fallen etc. Dann fingen die Waden an, an Umfang zuzunehmen, jedoch erinnert die Mutter sich nicht dieses Zeitpunktes genau, Aufnahme in das Nicolai-Kinderhospital am 11. Februar 1910.

Stat. praesens: Pat. war dem Alter entsprechender Grösse, Hautdecken normal gefärbt. Ohren stehen stark ab. Geistig normal entwickelt, leicht erregbar, weint über jede Kleinigkeit, stottert leicht.

Fast alle Rumpfmuskeln leicht atrophiert, besonders die Rücken-, Brust- und Schultermuskeln. Die Waden haben an Umfang stark zugenommen, fühlen sich hart, zum Teil teigig an. Umfang der rechten Wade 27½, der linken 26½ Ctm. Die Muskeln der Vorderarme zeigen normales Verhalten.

Der Gang ist watschelnd. Wenn er sich bückt, um einen Gegenstand von der Diele aufzuheben, fällt ihm das Aufrichten schwer, wenn er nach dem Fallen aufstehen will, kann er sich nur auf die Knie stellen, weiter sich nicht erheben. Stehen und Gehen breitbeinig, lordotische Verkrümmung der Wirbelsäule. Fehlen der Kniereflexe; alle übrigen Reflexe normal, ebenso die elektrische Erregbarkeit der Muskeln; an den pseudohypertrophischen wie auch an den atrophierten Muskeln die Zuckungen etwas träge. Leichte Druckempfindlichkeit im Verlauf der grossen Nervenstämme. Sensibilität und Tastempfindung normal.

Behandlung: Massage und Elektricität. Gewicht: 22850 gr.

23. II. Subjective leichte Besserung, keine Schmerzen im Kreuz, wie am Anfang. Warme Bäder.

27. II. Stat. idem. Gewicht: 22800. 4. III. Stat. idem.

10. III. Tp. 38,2—39,2. Schnupfen. Innere Organe normal. Leichte Hyperämie des Knochens. Aspirin.

11. III. Leichte Angina follicul. d.

12. Besser, Tp. normal. Gewicht. 22900.

15. Angina vergangen.

16. III. Verlässt das Hospital ohne wesentliche Aenderung im Zustand.

(Autoreferat).

Discussion:

Heuking: Die Kinder mit progressiver Muskelatrophie sterben meistens in frühem Alter. In der Hoffa'schen Klinik sah er jedoch einen 40-jährigen Mann mit dieser Krankheit, zu der sich eine herculisch aussehende Pseudohypertrophie hinzugesellt hatte. Als Unicum bereiste der Patient damals die Kliniken Deutschlands.

Hörschelmann: Möglicherweise lag hier der Fall so, dass die Krankheit erst später, in den zwanziger Jahren begonnen hatte.

II. Petersen demonstriert eine 39-jährige Patientin mit Leukaemia cutis seu Leukodermia (leukämischen Tumoren).

Pat. hat zuletzt vor 3½ Jahren geboren, 2 Jahre lang gestillt, worauf sich in der rechten Brust eine Geschwulst bildete, welche sich jetzt in Form einer über die ganze Mamma sich erstreckenden, etwa zwei Handflächen grossen Geschwürsfläche darbietet. Auch in der linken Brust bildete sich eine Geschwulst, diese brach aber nach aussen durch und verheilte unter Zurücklassung einer tief eingezogenen Narbe. Sämtliche Lymphdrüsen sind stark geschwellt. Die Haut ist dunkelgelbbraun pigmentiert, trocken, spröde und schilfernd. Die Milz ist bedeutend vergrössert, im Urin finden sich Spuren von Eiweiss. Pat ist stark abgemagert, fiebert und verfällt immer mehr. — Die Krankheit ist eine grosse Seltenheit, ist in ihrem Wesen noch absolut dunkel, hat mit der essentiellen Leukämie nichts zu tun, weshalb auch ihre Bezeichnung falsch und irreführend ist. Hier liegt jedenfalls auch eine starke Vermehrung der Leukocyten vor, doch ist eine Zählung noch nicht geschehen. — Das Leiden stellt eine schwere Allgemeinerkrankung dar, ist nahe verwandt mit der Mycosis fungoides und der Sarcomatosis cutis, gehört zu den Granulomen, doch haben hier die Granulationen einen besonderen, glasartigen Charakter. Unter Xeroform und Sodapaste beginnt sich bei der Patientin eine Vernarbung der Geschwürsfläche allmählich einzustellen.

Discussion:

Kernig constatiert, dass bei der Patientin Leber und Milz stark vergrössert sind, alle palpablen Lymphdrüsen als grosse Pakete sich repräsentieren, besonders die Inguinal- und Cubitaldrüsen.

Petersen erkundigt sich, ob bei der essentiellen Leukämie Hauttumoren vorkommen.

Kernig und Westphalen verneinen dies.

Ucke: Gehört die Leukocytenvermehrung zum Krankheitsbilde, und welche Art der Leukocyten speciell ist vermehrt? Soviel ihm erinnerlich, sind bei der essentiellen Leukämie in der Haut kleine Tumoren, Lymphome. beobachtet worden.

Petersen: Eine genauere Blutuntersuchung ist noch nicht ausgeführt, sodass er Uckes Frage nicht beantworten kann.

Düring: In der Dermatologie schleppen sich seit langem eine Reihe falscher Bezeichnungen hin. Ebensowenig wie die Sarcomatosis cutis mit Sarcom etwas zu tun hat, ebenso hat die Leukodermia zu der Leukaemia gar keine Beziehung.

III. Tagesordnung.

Westphalen: Casuistische Mitteilungen.

1) 59-jähriger Patient. Vor 18 Jahren Lues. Bei der Aufnahme ins Hospital Aphonie, Atemnot, Herzstörungen in der linken Supraclaviculargrube, eine vergrösserte harte Lymphdrüse, rechte Pupille grösser als die linke, aber beide gut reagierend, in den Faeces positive Guajacprobe, laryngoskopisch links Recurrensparese. Die anfängliche Diagnose lautete: Carcinom im oberen Drittel des Oesophagus. Weitere Beobachtung ergab: hebender Herzspitzenstoss, das Herz in allen Richtungen percutorisch vergrössert, diastolisches und systolisches Geräusch im Liegen, welches im Stehen allmählich schwindet, Jugularpulsationen, rhythmisches Trachealgeräusch. Die Röntgenoskopie ergab an der Aorta links einen Buckel. Die Diagnose wurde daher auf Aneurysma aortae gestellt. — Nach Hitzig werden Pupillensymptome in 17 pCt. der Fälle von Oesophaguscarcinom be-

obachtet, nach Redners Erfahrung jedoch nicht so häufig und nicht nur bei Tumoren im oberen Drittel der Speiseröhre, sondern auch bei tiefersitzenden, sodass also die zu den Pupillen in Beziehung tretenden Sympathicusfasern auch einen tieferen Verlauf haben müssen, als bisher angenommen wurde. Die Drüse in der Supraclaviculargrube liess sich hier nicht exstirpieren, weil sie mit der Vena subclavia verbacken war. Die Guajacprobe wurde negativ, sobald Patient zwei Tage lang fleischfreie Nahrung erhalten hatte.

2) 18-jähriger Patient wird 5 Tage nach Beginn seiner Erkrankung ins Hospital eingeliefert. Diagnose: zweifelloser Typhus abdominalis. Verlauf uncompliciert. Am 21. Tage zum ersten Male normale Temperatur; am selben Tage Beginn einer Zahnfleischblutung, welche immer stärker wurde, dazu gesellte sich starke Nasenblutung, eine ausgedehnte Conjunctivalblutung, eine abundante Nierenblutung (es wurden 800 cbcm. fast reinen Blutes aus der Blase entleert), endlich purpuraartige Hautblutungen. Das erbrochene Blut und die schwarzen Stühle konnten eventuell vom verschluckten Blute aus der Nase und dem Zahnfleische herrühren, ohne dass eine Magen- und Darmblutung auch noch angenommen werden musste. — Unter Anwendung aller erdenklichen blutstillenden Mittel und Massnahmen kamen die Blutungen erst nach einer Woche zum Stehen. Der Puls betrug 140, Pat. war sehr matt und schwach geworden und hatte wieder leichtes Fieber. — Dass hier ein Morbus maculosus Werlhofii vorgelegen hat, kann Redner wegen der fehlenden Gelenkschmerzen nicht annehmen. Viel wahrscheinlicher ist es ihm, dass ein Typhus hämorrhagicus vorliegt, wie ihn Curschmann angibt, Liebermeister hat unter 1900 Typhusfällen 3 hämorrhagische beobachtet. Der Typhus hämorrhagicus betrifft meistens Kinder, aber auch Erwachsene, kann in jedem Verlaufsstadium sich manifestieren, selbst beim Typhusrecidiv. Die Prognose ist eine überaus schlechte, und zwar um so schlechter, je früher die Blutungen auftreten, ²/₃ der Fälle sterben. Die Ursache ist ganz unbekannt. Eine wirkliche Hämolyse ist nie beobachtet worden. Curschmann nimmt eine Veränderung der Blutgefässwände durch toxische Producte an.

Discussion:

Germann hat beim Pat. die Conjunctivalblutungen 4 Mal untersucht; ein Austreten des Blutes durch die Schleimhaut war nicht zu sehen, daher auch keine blutige Tränenflüssigkeit. Netzhautblutungen waren nicht zu finden; diese sollen bei der Werlhofschen Krankheit meistens vorkommen. In der ophthalmologischen Literatur hat er keine Daten gefunden, welche die prognostische Verwertung dieses Symptoms betreffen. Die Netzhaut selbst sah hier aschgrau aus.

Kernig erinnert sich gegenwärtig keines Falles, wo sich die Werlhofsche Krankheit unmittelbar an den Typhus angeschlossen hätte, mit Ausnahme des oben von Westphalen mitgeteilten. Kurz vor dem Tode schwerer Fälle sind Stasen, Blutungen, Nekrosen, Decubitus wohl von ihm beobachtet worden. Im Obuchowhospitale kommen im Laufe des Jahres 2—3 Fälle Werlhofscher Krankheit zur Beobachtung, welche sehr häufig nahe Beziehungen zur Tuberculose erkennen lassen. Ob man vom Typhus hämorrhagicus oder Werlhofscher Krankheit spreche, sei doch nur eine Frage der Bezeichnung.

Westphalen: Es handelt sich nicht nur um eine Bezeichnung, sondern um eine verschiedene Aetiologie. In einem Falle sind die Toxine des Typhus die Ursache, im anderen die noch unbekannte Noxe der Werlhofschen Krankheit. Er betont nochmals das Fehlen aller Gelenkerscheinungen in seinem Falle.

Kernig: Die Gelenkaffectionen gehören nicht unmittelbar zur Werlhofschen Krankheit; er hat viele Fälle dieser Krankheit ohne Gelenkaffectionen gesehen. Es ist auffallend, dass unter den vielen rheumatischen Gelenkkrankheiten des heurigen Winters sich kein Purpurafall im Hospitale gefunden hat. Umgekehrt ist der einzige Purpurafall im Hospitale bei der Section wider alles Erwarten als Lungentuberculose erkannt worden. Wie weit die Werlhofsche Krankheit als primär anzusehen sei, erscheine ihm strittig und ebenso, wie weit es richtig sei, nach Ablauf des Typhus von einem Typhus hämorrhagicus zu sprechen. Die Bezeichnung sei nicht entsprechend und unglücklich gewählt. Ein Gegenstück wären die hämorrhagischen Pocken, wo die Blutung im Frühstadium in die Pusteln hinein stattfinde.

Düring: Auch bei anderen Krankheiten würde eine hämorrhagische Diathese beobachtet, so bei der Scarlatina und auch bei der Lues. Bei der letzteren habe er bei einem Aufenthalte in Kleinasien besonders maligne Formen beobachtet; im 4.—5. Monat des Krankheitsverlaufes trat colossale Anämie auf, die Maculae wurden schwarz pigmentiert, profuse Blutungen traten besonders in den Muskeln ein, der Tod erfolgte in kurzer Zeit. Eine specifische Intoxication liege jedenfalls vor, hier sei es die luetische, dort die typhöse. Die Dermatologen sehen im Morbus maculosus Werlhofii eine Krankheit sui generis, die auf einer Gefässalteration beruhe.

Westphalen: Blutungen treten beim Typhus auch in einem frühen Stadium auf, und Gerhardt hat einen hämorrhagischen Fall sogar im Recidiv gesehen.

Kernig: Aus der äussersten Seltenheit dieser Fälle ergebe sich schon der Schluss, dass nicht das Typhustoxin als solches die Ursache sein könne, es müsse noch etwas Besonderes hinzutreten.

Westphalen: Es ist nicht unmöglich, dass die Disposition des Individuums hierbei eine Rolle spielt, eine gewisse minderwertige Anlage des Gefässsystems, wie etwa bei der Hämophilie.

Petersen: Lues haemorrhagica habe er nur im Findelhause bei Säuglingen gesehen.

Masing: Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Purpura hämorrhagica und Tuberculose verweist er auf einen Ausspruch Landouzys, nach welchem Purpura immer durch Tuberculose bedingt ist.

Petersen: Die ungefähr 15 Fälle von Purpura hämorrhagica, welche er gesehen, waren alle durch Tuberculose bedingt.

Albanus: Im erst besprochenen Falle verführte die Drüse in der Supraclaviculargrube zur Fehldiagnose eines Carcinoms. Wie wichtig zur Entscheidung daher die Röntgenuntersuchung sei, lehre auch ein von ihm beobachteter Fall: grosse Drüsenpakete über den Schlüsselbeinen und in den Achselgruben, über dem manubrium sterni eine grosse Dämpfung, Radialpuls links fehlend. Das Röntgenbild zeigte dagegen einen pulsierenden Tumor. — Ferner erkundigt er sich nach dem Wert der Guajacprobe für die Diagnose der Darmblutungen.

Westphalen: Die Guajacprobe hat nur eine Bedeutung, wenn kein Fleisch in der Nahrung gegeben worden ist.

Petersen: Ist die Wassermannsche Reaction im besprochenen Falle gemacht worden?

Westphalen: Nein, da sie kaum nötig war.

IV. L. v. Lingen: Zur Casuistik der Fremdkörper in der Bauchhöhle.

Vortr spricht in der Einleitung über das Vorkommen von Fremdkörpern in der Bauchhöhle bei Gelegenheit operativer Eingriffe in der Abdominalhöhle, kommt auf die beiden Statistiken Neugebauers zu sprechen und fügt diesen zehn Fälle aus der Literatur in den letzten Jahren hinzu. Es werden der verschiedenartige Verlauf, die in Frage kommenden Operationen u. s. w. besprochen. Es gehören vom rein klinischen Standpunkt, wenn man davon absieht dass die Eröffnung der Bauchhöhle zwecks operativen Eingriffs, also zu Heilzwecken, als conditio sine qua non aufgefasst werden muss, in dieses Gebiet auch solche Fälle, wo Fremdkörper in verbrecherischer Absicht in die Vagina eingeführt werden und nach Durchbohrung des Scheidengewölbes oder der Uteruswand in die freie Bauchhöhle gelangen und dort verbleiben. Auf den eminenten principiellen Unterschied vom ethischen Gesichtspunkt aus zwischen den Fällen, in welchen im Versehen während der Operation ein Instrument oder eine Compresse, so zu sagen in der Hitze des Gefechtes, vergessen worden, und dem zielbewussten Handeln gemeiner Personen, brauche ich nicht näher einzugehen. Die auf diese Weise in die Bauchhöhle verirrten Corpora aliena stehen mit den bei der Operation zurückgebliebenen nur in sofern in naher Beziehung, als sowohl die auf dem einen, wie dem anderen Wege eingedrungenen Fremdkörper durch mancherlei Complicationen für den Träger eine grosse Gefahr involvieren, in einer grossen Anzahl von Fällen einen späteren operativen Eingriff erheischen und gelegentlich auch ein forensisches Nachspiel haben können. Mit Recht machen die Autoren darauf aufmerksam, dass sich die Fälle in letzter Zeit zusehends mehren, wo in der Absicht, einen Abort hervorzurufen, von unberufener Seite Instrumente — ausschliesslich kommen hier Bougies und steife Catheter in Betracht — in die Vagina oder den Uterus eingeführt werden. Ich habe in der Literatur 13 hierher gehörige Fälle gefunden (Jakobsohn, Pawlow, zwei Fälle; Olenin, vier Fälle; Wasten, zwei Fälle; Bärendrecht, Weibel, Perl, Ranzi). Vier Fälle stammen aus der deutschen (Centralbl. f. Gynäk. 1908 Nr. 43 und 52; Wiener med. Woch. 1909 Nr. 42), neun aus der russischen Literatur (Shurn. akush. i shensk. bol. 1909 Nr. 2. 5 u. 6). Man kann mit Sicherheit annehmen, dass auch von diesen Fällen hier und da ein Mal einer publiciert wird, die weitaus grösste Mehrzahl wird nicht an die Oeffentlichkeit gebracht.

Aus den in knapper Form mitgeteilten 13 Krankengeschichten geht hervor, dass in 11 Fällen operativ vorgegangen werden musste, um das harte Bougie zu entfernen und zwar musste in 6 Fällen laparotomiert und in 5 Fällen das Scheidengewölbe eröffnet werden. In einem Fall bahnte sich der Catheter nach Vereiterung der Umgebung den Weg durch den Damm nach aussen, in einem Fall fehlt jede Angabe. Was den Zeitraum anbetrifft, welchen das Bougie in der Bauchhöhle verweilt hat, so ist als kürzester der von zwei Tagen erwähnt, als längster drei Monate. In manchen Fällen ruft der Fremdkörper, wenn er unter aseptischen Cautelen

eingeführt wurde und nicht lange verweilt, gar keine Reizerscheinungen hervor, in der Mehrzahl aber bleibt das Eindringen nicht ohne Folgeerscheinungen, indem Reactionserscheinungen von Seiten des Peritoneums und Netzes auftreten. Das Bougie liegt dann in einer von Netz und Darmschlingen gebildeten mehr oder weniger abgeschlossenen Höhle. Zu einer Darmperforation, welche durchaus im Bereich der Möglichkeit liegt, ist es in keinem der 13 Fälle gekommen, alle 13 Pat. genasen. Die in letzter Zeit zunehmende Frequenz derartiger Fälle macht es dem Arzt zur Pflicht, die Hebammen auf die Gefahr dieser Manipulation aufmerksam zu machen. Derartige dunkle Existenzen dem Gericht zu übergeben scheitert an den Schwierigkeiten der Verhältnisse, da die Pat. als Mittwissende die schuldige Person nicht angeben wollen.

Den oben angeführten 13 Fällen will ich noch zwei Fälle aus unserer Privatklinik hinzufügen, von denen der eine von dem verstorbenen Collegen Dr. Frantzen, der andere von mir neulich operiert wurde. In dem von Frantzen 1902 in der Privatklinik beobachteten Fall handelte es sich um eine Dame aus den besseren Ständen, welche in der Meinung schwanger zu sein, sich behufs Unterbrechung der vermeintlichen Schwangerschaft von einer Hebamme ein Bougie einführen liess, das die Uteruswand perforiert hatte und in die Bauchhöhle gewandert war. Das Bougie lag quer über den Uterus verlaufend neben dem linken Ovarium nach hinten zum Douglas umbiegend. Die Temp. betrug 38,0, Puls 90. Die Operation wurde am folgenden Tage vorgenommen. Nach Eröffnung des Douglas wurde das Bougie mit hackenförmig gekrümmtem Finger gefasst und entfernt. Jodoformgazedrainage. Die Temperatur stieg ein Mal auf 38,2, blieb im Uebrigen normal, Pat. wurde gesund entlassen.

Im November 1909 beobachtete ich folgenden Fall: die 36-jährige unverheiratete Pat. A. N. wurde mir von einem Collegen mit der Diagnose Cystoma ovarii zwecks Operation zugeschickt. Pat. gab an, dass sie 2 Mal geboren hat und die Menstruation regelmässig gewesen ist. Im Frühling 1909 hat Pat. gemerkt, dass der Leib an Umfang zunahm, anfangs langsam, in letzter Zeit rascher. Nur während der letzten drei Wochen hat Pat. an Schmerzen im Leibe gelitten, früher hatten keine Schmerzen oder Erscheinungen, die für eine peritoneale Reizung gesprochen hätten, bestanden. Am 5./XI. hatte Pat. ein Mal Erbrechen und Frösteln.

Stat. praesens 7./XI. 1909. Ernährungszustand befriedigend, Aussehen etwas anämisch, Temp. 37,4, Puls 108 (Abends 39,2, Puls 110). Zunge belegt, innere Organe normal. Leib gleichmässig vorgewölbt, Nabel verstrichen, Striae, Circumferenz des Leibes in Nabelhöhe 85 Ctm., Abstand von der Symphysis bis zur Tumorkuppe 33 Ctm. Bei der Palpation fühlt man einen fluctuierenden, wenig beweglichen und bei der Berührung nicht empfindlichen, die Bauchhöhle fast ausfüllenden Tumor. Auf der Kuppe desselben fühlt man undeutlich eine apparte, kleinfaustgrosse, bei Berührung schmerzhafte Resistenz, kein Ascites. Aeussere Genitalien normal, Portio klein, äusserer Muttermund leicht geöffnet, im Douglas ein Körper zu fühlen, welcher als Uteruskörper angesehen wurde. Diagnose: Cystoma ovarii (Krankenbogen 1876 der Privatklinik). Pat. fieberte vom 7. Nov. bis zum 17. Nov., die Temperatur betrug in den ersten sechs Tagen 38.0—39,2 und war vom 17. Nov. an normal. Die Ursache des Fiebers konnte trotz mehrfacher Untersuchung nicht festgestellt werden, es blieb nichts Anderes übrig, als den Darm zu beschuldigen, da an den inneren Organen keine Abnormität zu finden war und das Bild durchaus nicht an das einer Stieldrehung erinnerte; die Palpation des Leibes über dem Tumor war absolut unempfindlich.

Coeliotomia abdom. 22./XI. Längsschnitt in der Linea alba, es liegt der gespannte cystische Tumor vor, Punction desselben. Beim Herausholen der Cystenwand erweist es sich, dass Darmschlingen flächenhaft mit der unteren Partie der Cystenwand und unter einander verwachsen sind. Bei der Trennung derselben bemerkte ich einen länglichen schwarzen Körper, der als ein Stück eines Bougies erkannt wurde. Das obere Ende liegt in der Regio epigastrica in einer von Netz, verklebten Darmschlingen und Cystenwand gebildeten Höhle und lässt sich rechts von der Cyste nach unten in der Richtung zum rechten Scheidengewölbe verfolgen. Nach Ablösung der mit der Cystenwand verwachsenen Darmschlingen und injicierten Netzpartien war die Cyste, welche vom rechten Ovarium ausgegangen und dessen drei Finger breiter Stiel um 180° gedreht war, entfernt. Nach Resection der injicierten Netzpartie, erweist es sich bei der Besichtigung des Darmconvoluts, dass die Spitze des Bougies gegen die Dünndarmschlingen gerichtet ist. An dieser Stelle ist die Darmschlinge in Form eines Dreiecks von der Serosa in einer Ausdehnung zon 6—8 Ctm. entblösst, die Muscularis bloss gelegt, die Ränder blutig imbibiert. Der Defect wird in der Weise geschlossen, dass, soweit dieses möglich, die einander gegenüberliegenden Serosaränder durch Naht genähert werden; wo wegen des zu breiten Serosadefectes dieses nicht möglich ist, wird das Netz mit zwei Nähten auf den Defect fixiert. Die festeren Verwachsungen zwischen den Darmschlingen werden nicht gelöst. Bei der nun folgenden Inspection der Genitalorgane ergibt sich Folgendes: der Uterus ist retrovertiert, von normaler Grösse, der Peritonealüberzug weist nirgends Veränderungen auf, welche als Folge einer stattgehabten Verletzung hätten gedeutet werden können. Der Douglas ist verödet, der Uterus durch alte Stränge breit verwachsen. Die linksseitigen Adnexa, gleichfalls in narbigen Verwachsungen, werden gelassen. An der Stelle, wo das Ende des abgebrochenen Bougies über dem rechten Scheidengewölbe lag, finden sich sugillierte frische Erosionen. Peritoneum mit Catgut, Fascie mit Seide genäht, Michel'sche Klammern auf die Haut. Die Cyste, über mannskopfgross, enthält 4000 Cbcm. seröser Flüssigkeit. Der an seinem unteren Ende abgebrochene Katheter ist 27 Ctm. lang, aus Hartgummi, wenig biegsam. Glatter postoperativer Verlauf, Pat. verliess am 15-ten Tage in bestem Wohlsein die Privatklinik. Bei der späteren Ausforschung der Pat. konnte ich nur erfahren, dass sie Anfang August, also drei Monate vor der Operation von einer Hebamme untersucht worden ist, welche Gravidität diagnosticierte, was Pat. strict in Abrede stellte. Ob die Hebamme bei der Untersuchung irgend welche Manipulationen, wie die Einführung des Bougies, vorgenommen, weiss Pat. nicht anzugeben. Als ich der Pat. den soliden Katheter vorhielt und die Frage an sie richtete, wie dieser in die Bauchhöhle gelangt sei, blieb sie mir die Antwort schuldig. Trotz der negativen Aussagen der Pat. bleibt mir nichts Anderes übrig, als anzunehmen, dass die Hebamme in der Meinung, dass Gravidität vorläge und in dem Glauben, den stillen Wunsch der Klientin zu erfüllen, wenn sie die Schwangerschaft unterbricht, das Bougie durch das hintere Scheidengewölbe hindurch in die Bauchhöhle eingeführt hat. Dass der Fremdkörper den Uterus perforiert hat, ist nicht anzunehmen, dagegen spricht die Erfahrung, dass derartige Instrumente viel häufiger das Scheidengewölbe durchbohren, desgleichen spricht dagegen das normale Aussehen des peritonealen Ueberzugs des Uterus. Hingegen sprechen die abgelaufenen Residua einer Entzündung im Douglas wohl dafür, dass das Trauma hier stattgehabt. Die festen Verwachsungen zwischen den Darmschlingen lassen darauf zurückschliessen, dass der Fremdkörper vor einiger Zeit — entsprechend den Angaben der Pat. drei Monate vor der Operation — eingeführt worden war. Zu diesen Reactionserscheinungen von Seiten des Peritoneums müssen in den letzten Tagen neue hinzugekommen sein, wofür das Fieber, die Empfindlichkeit im Epigastrium entsprechend der Stelle, wo das Bougie seinen Reiz auf das Darmconvolut ausübte, und die ganz frischen Verklebungen neben den alten sprechen. Die Spitze des harten Bougies hatte schon bedenkliche Schädigungen an der Serosa verursacht, so dass die Befürchtung begründet ist, dass vielleicht in kürzester Zeit die Spitze des Bougies die von der Serose entblösste Darmwand perforiert und eine tötliche Peritonitis zur Folge gehabt hätte. In meinem Fall muss noch der Umstand in Berücksichtigung gezogen werden, dass ein die Darmschlingen an ihrer ausweichenden Bewegung hindernder grosser, fast un beweglicher Tumor vorlag, welcher rein mechanisch durch sein Wachstum das Bougie immer mehr fixierte, an seinem Ausweichen hinderte und gegen die Darmschlingen andrückte. Wenn auch neben den oben citierten Fällen auch meine beiden in Heilung übergingen, so illustriert doch mein letzter Fall, eine wie grosse Gefahr der Trägerin ein solcher Fremdkörper droht.

(Autoreferat).

Discussion:

Fick: Vor einigen Jahren habe ich zwei Fremdkörper extrahiert, welche bei einer Appendicitisoperation zurückgelassen worden waren, und konnte hierbei die Fremdkörpereinwanderung in den Darm beobachten.

Dobbert: Es ist ein grosser Unterschied, ob Fremdkörper bei einer Operation in der Bauchhöhle zurückgelassen werden, oder ob sie durch criminelle Abortsmanipulationen hineingelangen. Im ersten Falle sind sie aseptisch oder sollen es sein, im zweiten sind sie meistens sehr septisch. Im ersten Falle ist die Notwendigkeit eines baldigen Eingriffes nicht so dringend, im zweiten sind meistens so stürmische septische Erscheinungen vorhanden, dass ein sofortiger Eingriff erforderlich ist. Der erste Fall kann jedem Operateur passieren, und ist ihm daraus kein Vorwurf zu machen; Redner ist es bisher noch nicht passiert. Als vorbeugende Massnahme muss das genaue Abzählen des gesamten Instrumentariums (Instrumente, Compressen, Tupfer u. s. w.) vor der Operation und vor Schluss der Bauchhöhle empfohlen werden.

Schrenck: Die Zählmethode ist allgemein bekannt und geübt. Bei der Beckenhochlagerung der zu operierenden Frauen verschwinden die Compressen nicht so leicht wie bei anderen Lagerungen, besonders wenn nur eine grosse Compresse zum Bedecken des Darmes genommen wird.

Heuking: Die Zählmethode ist gewiss gut, kommt aber

nur bei reinen, aseptischen gynäkologischen Operationen in Betracht. Nicht durchführbar ist sie in der allgemeinen chirurgischen Praxis, bei eitrigen Processen in der Bauchhöhle, wo man nie im voraus weiss, was man finden und was an Instrumentarium man brauchen wird, wobei es passieren könnte, dass ein Fremdkörper in der Bauchhöhle zurückbleibt. Redner selbst ist dies Malheur einmal passiert bei einer Omphalectomie bei einem Kinde. Hier war eine Compresse in der Bauchhöhle zurückgelassen worden. Der Tod trat nach 6 Tagen infolge Herzschwäche, nicht Peritonitis, ein, und bei der Section fand sich die Compresse zwischen zwei Darmschlingen fest zusammengeknotet in Adhäsionen eingekapselt.

Dobbert: Wenn die Bauchhöhle nicht geschlossen werden kann, sondern tamponiert werden muss, so kann leichter eine Compresse vergessen werden und einheilen. Seit 15 Jahren hat sich ihm die Zählmethode bewährt nicht nur bei glatten, reinen Operationen sondern auch bei unreinen.

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

Nachtrag zum Protocoll vom 15. März 1910.

Beim Verlesen des Protocolls vom 15. März weist Kernig in der Sitzung vom 12. April darauf hin, dass in der Discussion am 15. März das Bestehen einer eigenen klinischen Form, der Purpura rheumatica ausser Acht gelassen worden ist. Wie er sich durch Nachschlagen in einigen Handbüchern überzeugt hat, werden ja doch bis jetzt drei klinische Formen der Purpura unterschieden: Purpura simplex, Purpura rheumatica seu Peliosis rheumatica (Schoenlein) und endlich Purpura hämorrhagica seu Morb. maculosis Werlhofii. Er kann mit Sicherheit bestätigen, dass gelegentlich alle drei Formen rein beobachtet werden, stimmt aber Eichhorst darin bei, dass Uebergänge zwischen Purpura rheumatica und Purpura hämorrhagica vorkommen können. Klinisch ist es doch nicht bedeutungslos, ob das Krankheitsbild beherrscht wird, wie beim Morbus maculosus, von den Purpura-Flecken und den Blutungen, oder ob es beherrscht wird von den Gelenkschmerzen, neben welchen sich Purpura-Flecken finden. Er erinnert sich bestimmt einen Fall gesehen zu haben, der durchaus als Gelenkrheumatismus imponierte bei welchem sich aber Purpura-Flecken an den Gelenkgegenden reichlich fanden. Ebenso erinnert er sich, Fälle gesehen zu haben, die der alten Bezeichnung Peliosis rheumatica Schoenlein entsprachen, nämlich Purpura nur an den Unterschenkeln und Füssen neben rheumatischen Schmerzen. — Bezüglich des Morbus maculosus fand Kernig bei Laache (Band II des Epsteinschen Handbuchs) ebenfalls einen Hinweis auf die erwähnten Beziehungen zur Tuberculose. Laache sagt, dass die Individuen oft zarter, zuweilen tuberculöser Constitution sind und dass ausgebildete Lungenschwindsucht die Ursache des Morb. maculosus darstellen kann.

(Autoreferat).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— An dem Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ist der Lehrstuhl für innere Klinik für vacant erklärt. Bewerber haben ihr Gesuch an den Director des Instituts, Prof. Dolganow (Kirotschnaja, 41), bis zum 15. Juli einzusenden. Dem Gesuch sind beizufügen: 1) die wissenschaftlichen Arbeiten; 2) eine Autobiographie (curriculum vitae). Personen, die schon einen Lehrstuhl anderweitig inne haben, werden nicht zugelassen. Das Gehalt beträgt 3000 Rbl.; Pensionsberechtigung der Unterrichtsanstalten.

— Das Bakteriologische Institut an der Universität in Moskau soll zur Erinnerung an seinen Gründer, den kürzlich verstorbenen Professor G. Gabritschewskij, fortan dessen Namen führen.

— In Kasan ist dank der hochherzigen Spende von 500000 Rubeln seitens J. und A. Schamow ein Musterhospital erbaut, das allen modernen Anforderungen entspricht.

— Der Millionär S. Schtschukin hat der Universität Moskau 100000 Rbl. gespendet zur Errichtung eines psychologischen Instituts. Hierbei hat er die Bedingung gestellt, dass das Institut unter der Leitung von I. Tschelpanow stehen soll.

— Vom 15. bis zum 22. September soll in Moskau der 4. Congress der russischen Eisenbahnärzte stattfinden.

— Vom 10. bis zum 14. September wird in Brüssel ein Congress für Berufskrankheiten der Arbeiter stattfinden. Anmeldungen werden bis zum 1. Sept. (n. St.) angenommen und sind zu richten an das Secrétariat Général du 2. Congrès international des maladies professionelles, rue Lambermont 2, Bruxelles. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 20 Francs. Folgende Programmfragen sind festgestellt: 1) Sind Berufskrankheiten von Unfällen während der Arbeit zu unterscheiden? Worin bestehen die Unterscheidungsmerkmale? 2) Wie ist es gegenwärtig mit der ärztlichen Aufsicht und der ärztlichen Hilfeleistung in Fabriken, Bergwerken und Werkstätten bestellt? 3) Der gegenwärtige Stand der Bekämpfung der Ankylostomiasis. 4) Die Häufigkeit der Augenverletzungen und Sehstörungen infolge von Berufserkrankungen. 5) Berufliche Vergiftungen. 6) Arbeiten bei comprimierter Luft.

— Vom 4. bis zum 8. October findet in Brüssel im Weltausstellungspalast der 2. internationale Congress für Nahrungshygiene und rationelle Ernährung des Menschen statt.

— Die Medicinische Poliklinik an der Universität in Berlin beging am 2. Mai die Feier ihres 100-jährigen Bestehens.

— Die Stadtverwaltung von Berlin hat beschlossen, der Universität gelegentlich der bevorstehenden Jahrhundertfeier 200000 Mark zur Errichtung eines Stipendienfonds zu überreichen.

— Cholera. Britisch-Indien. In Kalkutta starben vom 27. März bis zum 2. April 71 Personen an der Cholera. — Niederländisch-Indien. Vom 13. bis zum 19. März erkrankten in der Stadt Soerabaja 191 Personen und starben 104, in dem zugehörigen Bezirk 40 (25).

— Pest. Britisch-Indien. Vom 13. März bis zum 2. April erkrankten 86499 Personen und starben 75000. — Türkei. In Djedda erkrankten vom 18. bis zum 24. April 5 Personen und starben 7. In Lohaia erkrankten 17, starben 7. Unter den Nagetieren wurde ebenfalls die Pest constatiert. In Basra erkrankten am 27. April 2 Personen, von denen 1 starb. — Chile. Laut einer Meldung vom 4. April fanden in Antofagsta 6 Erkrankungen statt, in Santiago 1. Auch in Iquique und Taltal sind Pesterkrankungen vorgekommen. — Ecuador. Vom 1. bis zum 15. März erkrankten in Guayaquil 12 Personen und starben 3, in Milagro 2 (2).

— Genickstarre. Preussen. Vom 24. bis zum 30. April wurden 9 Erkrankungen und 5 Todesfälle constatiert.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 24. bis zum 30. April wurden 2 Erkrankungen constatiert. — Oesterreich. In derselben Woche wurden Erkrankungen an Poliomyelitis constatiert: in Niederösterreich 1 (Wien), in Böhmen 1, in der Bukowina 2.

— Die Cholera in Russland. I. officielles Bulletin vom 4. Mai.

	Erkrankt und gestorben vom 25. April bis zum 1. Mai	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie*)	Beginn der Epidemie
Gouv. Jekaterinoslaw	16 (3)	144 (26)	10. Jan. 1910
darunter			
Stadt Jekaterinoslaw . . .	12 (2)	12 (2)	26. April »
Kreis Bachmut	2 (—)	112 (19)	10. Jan. »
» Slawjanosserbsk . . .	— (—)	18 (4)	7. März »
» Werchnednjeprowsk. .	1 (1)	1 (1)	25. April »
» Mariupol	1 (—)	1 (—)	30. » »
Gouv. Witebsk	1 (1)	2 (1)	21. » »
darunter			
Stadt Polozk	1 (1)	1 (1)	29. » »
Kreis »	— (—)	1 (—)	21. » »
Gouv. Charkow, Kreis Kupjansk	10 (3)	10 (3)	29. » »
Stadt Moskau	1 (1)	1 (1)	29. » »
Summa. . .	28 (8)	157 (31)	

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 18. bis zum 24. April 1910 599 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 35, Typh. exanth. 4, Febris recurrens 2, Pocken 19, Windpocken 13, Masern 267, Scharlach 71, Diphtherie 75, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 32, an anderen Infectionskrankheiten 81.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 1062 + 40 Totgeborene + 87 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 14, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 1, Pocken 14, Masern 94, Scharlach 23, Diphtherie 11, Keuchhusten 12, crupöse Pneumonie 61, katarrhalische Pneumonie 158, Erysipelas 3, Influenza 12, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 120, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 49, andere Magen- und Darmerkrankungen 45, Alcoholismus 10, angeborene Schwäche 65, Marasmus senilis 27, andere Todesursachen 300.

---

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Todesfälle.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 24. April 1910 12181. Darunter Typhus abdominalis 394, Typhus exanth. 16, Febris recurrens 15, Scharlach 247, Masern 198, Diphtherie 230, Pocken 160, Windpocken 7, Cholera 0, crupöse Pneumonie 130, Tuberculose 705, Influenza 178, Erysipel 110, Keuchhusten 9, Hautkrankheiten 72, Lepra 0, Syphilis 437, venerische Krankheiten 295, acute Erkrankungen 1906, chronische Krankheiten 1806, chirurgische Krankheiten 1517, Geisteskrankheiten 3402, gynäkologische Krankheiten 212, Krankheiten des Wochenbetts 50, verschiedene andere Krankheiten 77, Choleraverdächtig 8.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Kaluga der Arzt am dortigen Hospital des Roten Kreuzes Dr. Dm. Essaulow, geb. 1861, approbiert 1888; 2) in Kiew infolge einer Infection bei einer Operation Dr. S. Schalita, geb. 1851, approbiert 1877; 3) in Odessa Dr. E. Preismann; 4) am 5. Mai in Estland Dr. Otto von Grünewaldt, geb. 1830, approbiert 1853. In den Jahren 1878—1890 war er Director des Evangelischen Hospitals in Petersburg, darauf zog er sich auf sein Gut Haakhof zurück. An dem deutschen Vereinsleben hat er sich lebhaft beteiligt und die Posten eines geschäftsführenden Secretärs, Vicepräses und Präses bekleidet. Bei seinem Rücktritt wurde er zum Ehrenpräses gewählt. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir in einer der nächsten Nummern. 5) Dr. Edlefsen, Prof. der medicinischen Klinik an der Universität in Kiel, im Alter von 68 Jahren. 6) Geh. San.-Rat. Dr. Waetzold in Wiesbaden im Alter von 56 Jahren. Er war den Petersburger Collegen als Leiter der Curanstalt Dietenmühle wohl bekannt und erfreute sich bei seinen Patienten des besten Rufes als gewissenhafter und pflichtgetreuer Arzt. 7) Dr. Herbert L. Burell, Prof. der Chirurgie an der Harvard Universität in Boston.

Herr Geheimrat Dr. L. Berthenson hat uns folgende 2 Listen von Mitgliedsbeiträgen für die Russische Liga zur Bekämpfung der Tuberculose zugesandt, mit der Bitte um Veröffentlichung.

Wirkliche Mitglieder, welche einen lebenslänglichen Beitrag eingezahlt haben: Weljaminow N. A. 50 R., Mayer Paul 50 R., Pawlow E. W. 50 R., Poljakowa R. P. 50 R., Poljakow L. S. 50 R., Poljakow F. P. 50 R, Stachowitsch A. A. 50 R., Stachowitsch M. P. 50 R., Graf Sitzor P. J. 50 R., Schidlowskij S. W. 50 R.. Gräfin Schuwalowa E. I. 100 R., Jawein G. J. 50 R.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 1 R. eingezahlt haben: Andro de Buy, Ginglott B. W., Anitschkowa E. P., Anitschkow M. M., Beljarminow I. I., Berthensohn M. L., Frau Bosse, von Desen A. R., Kornil M. I., Paul S. I., Plaksin S. W., Poroschin M. N., Ssibirjakow L. M., Ssuschkow D. I.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 2 R. eingezahlt haben: Bosse M. A., von Desen O. W., Ssasonowa M. G., Stschensnowitsch W. W., Schaufuss L. I., Schaufuss N. K., Schuhmacher A. A., Schuhmacher O. K.,

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 3 R. eingezahlt haben: Bogdanowitsch W. N., Hiltebrandt W. A., Goremikina A. I., Goremikin I. L., Jelisseew G. O., Katakasi K. M., Kurmakow N. N., Kublizkij-Piottuch A. F., Cui Z. A., Markelow S. I., Peretz O. A., Schabanowa A. N.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 5 R. eingezahlt haben: Ametistow A. K., Graf Brel-Plater F. J., Gruss A. F., Gruss N. I., Sacher A. B., Quadri W. W., Michailow D. A., Nemirowitsch-Dantschenko W. I., Nemirowitsch-Dantschenko E. N., Ssoloijewa E. N., Freimann J. I., Christiansen G. K.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 10 R. eingezahlt haben: Wolkow M. M., von der Flit I. L., von der Flit J. J.

Einmalige Spenden: Kuy Z. A. 12 R., Paul S. I. 5 R., Peretz O. A. 7 R., Unbekannter 1 R. In Summa laut der dritten Liste — 830 R. und mit den früheren, in den beiden ersten Listen enthaltenen Beiträgen (s. Nr. 18 der St. Pet. Med. Wochenschr.) 7309 R.

L. Berthenson.

Petersburg, 25. April 1910.

IV. Liste.

Wirkliche Mitglieder, die einen lebenslänglichen Beitrag eingezahlt haben: Fürstin Abamelek-Lasarewa M. P. 50 R., Fürst Abamelek-Lasarew S. S. 50 R., Anrep von W. K. 50 R., Kaplan M. W. 50 R., Katakasi M. W. 50 R., Mstzichowskaja A. M. 100 R., Mstzichowskij K. L. 100 R., Pommer A. I. 50 R., Pommer A. J. 50 R., Rafalowitsch A. F. 50 R., Rafalowitsch G. W. 50 R., Rein G. E. 50 R., Schanjawskaja L. A. 100 R.

Wirkliche Mitglieder, die den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 1 R. eingezahlt haben: Antschutina L. N., Wladitschko S. D., Ginger S. G., Manasseina N. I., Manassein M. P., Ssolowjowa (Allegri) P. S., Schaufuss K. N., Schaufuss T. A.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 3 R. eingezahlt haben: Andrejewa R. L., Belkin K. N.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 im Betrage von 5 R. eingezahlt haben: Anrepp von P. M., Gräfin Nierod A. Th., Graf Nierod M. E., Ssuchodolskaja J. F., Trojanow A. A.

Einmalige Spenden: Rodokonaki E. M. 100 R. — Zusammen nach der IV. Liste — 939 R. und mit den früher eingezahlten Beiträgen — 8248 R. In diese Summe sind nicht eingeschlossen die von Dr. A. A. Wladimirow gesammelten Beiträge.

A. Berthenson.

7. Mai 1910.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 21. Sept. 1910.

Tagesordnung: Fuhrmann: Tetanie und spasmophile Diathese.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 27. Sept. 1910.

Tagesordnung: E. Masing: Ueber Frühsymptome der Tuberculose.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

A. Peters. Die Erkrankungen des Auges im Kindesalter. Bonn. Fr. Cohen. 1910.

E. de Grosz. Compte-rendu. Budapest. 1910.

F. Koch. Hässliche Nasen und ihre Verbesserung. Berlin. Wega. 1910.

W. Siegel. Therapeutisches Taschenbuch der Lungenkrankheiten. Berlin. Fischer-Kornfeld. 1910.

A. Wolff-Eisner. Handbuch der Serumtherapie und experimentellen Therapie. München. J. Lehmann. 1910.

M. Kirschner. Lehrbuch der Militär-Gesundheitspflege. Leipzig. S. Hirzel. 1910.

W. P. Shukowsky. Ueber Lebercysten im Kindesalter. Sonderabdruck aus dem «Archiv der Kinderheilkunde». Band I. Stuttgart. F. Enke.

W. P. Shukowsky. Congenitales Sarcom der Nebenniere bei einem achttägigen Kinde. Sonderabdruck aus dem «Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung». Bd. 69, Heft 2.

«Временникъ» Общества содѣйствія успѣхамъ опытныхъ наукъ и ихъ практическихъ примѣненій имени Х. С. Леденцова, состоящаго при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ и Императорскомъ Московскомъ Техническомъ Училищѣ. Вып. 1 и 2. Москва. 1910.

Вѣстникъ С.-Петербургскаго Врачебнаго Общества взаимной помощи. С.-Петербургъ. 1910.

Годовой отчетъ общества попеченія о сиротахъ-дѣтяхъ врачей за 1909 годъ.

К. Ф. Шаабакъ. О непосредственныхъ и отдаленныхъ результатахъ при хирургическомъ лѣченіи выпаденія влагалища и матки возстановленіемъ тазового дна. Докладъ.

C. Bach. Zur Organisation Internationaler Congresse mit besonderer Berücksichtigung der psychiatrischen. Sonderabdruck aus der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift. 1910. Nr. 1.

F. Penzoldt und R. Stintzing. Handbuch der gesamten Therapie. Elfte Lieferung. Jena. G. Fischer. 1910.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
unter der Mitwirkung von
Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.
Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg.
Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).
unter der Redaction von
Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.
№ 21 St. Petersburg, den 22. Mai (4. Juni) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Aus dem Alexandrastift für Frauen in St. Petersburg. Director Dr. C. Wiedemann.

Ueber Nierendecapsulation und Eclampsie.

Von

Dr. med. C. Hein.

Der Mitteilung eines eigenen, mit beiderseitiger Nierendecapsulation behandelten Falles von Eclampsie schicke ich einige kurze Daten aus der Geschichte dieser Operation voraus.

Die Nierendecapsulation ist von Reginald Harrison in die chirurgische Therapie der Nierenkrankheiten eingeführt worden, indem der genannte Autor im Jahre 1878 seine erste derartige Operation ausführen und im Jahre 1896 über 3 weitere in derselben Weise erfolgreich behandelte Fälle von acuter Scharlach- und Influenzanephritis berichten konnte. Die Operation besteht nach Harrison in Freilegung der Niere und Spaltung der Kapsel — mit oder ohne nachfolgende Nephrotomie. Sie ist indiciert, wenn im Laufe der Nephritis acut urämische Erscheinungen auftreten und die von Harrison entdeckte acute Schwellung des Organs mit intrarenaler Drucksteigerung — ein Zustand, der von ihm „Nierenglaukom" genannt wurde, — angenommen werden muss.

Wesentlich anders ist die Stellung, die Edebohls der Nierenentkapselung in der Therapie der Nierenkrankheiten anweisen wollte. Sie sollte keine Palliativoperation im Harrisonschen Sinne sein und auf die im Gefolge der Nephritis auftretenden acut urämischen Zustände beschränkt bleiben, sondern in erster Linie als direct heilender Factor bei der Behandlung der chronischen Nephritis in weitesten Grenzen Berücksichtigung finden. Massgebend für die Empfehlung einer systematischen Verwendung der Nierendecapsulation in jedem Falle von chronischer Nephritis war für Edebohls die zufällig gemachte Beobachtung, dass nephritische Processe bei gleichzeitig bestehender Wanderniere günstig beeinflusst wurden durch eine aus letzterer Indication ausgeführte Nephropexie. In dreien dieser Fälle hatte er Gelegenheit, später eine secundäre Operation auszuführen und sich dabei von der Existenz einer neugebildeten Bindegewebskapsel zu überzeugen, in der zahlreiche, starke, zum Nierenparenchym ziehende Gefässe nachgewiesen werden konnten. In der dadurch bedingten Hyperämisierung des Organs und der Besserung seiner Ernährungsverhältnisse glaubt E. den Grund für seine guten, unten noch zu besprechenden Resultate gefunden zu haben.

Ueber eigene experimentelle Untersuchungen, die seine Ansicht stützen könnten, verfügt Edebohls nicht. Zahlreiche von anderer Seite vorgenommene Untersuchungen sind der Frage gewidmet, ob tatsächlich die nach Nierendecapsulation sich bildende neue Bindegewebskapsel durch besonderen Gefässreichtum ausgezeichnet ist und für die Regeneration des Organs im Edebohlsschen Sinne in Betracht kommen könnte. Das Resultat dieser Untersuchungen ist kein eindeutiges, doch verhält sich die Mehrzahl der Autoren ablehnend zu der genannten Frage. Häufig konnte eine Neubildung von Gefässen überhaupt nicht constatiert werden. Treffend erscheint die Ansicht von Zondek: selbst wenn die Bindegewebskapsel Gefässe enthalten sollte, „so dürften diese doch ohne irgendwelchen Einfluss auf die Secretionsvorgänge selbst sein, sondern nur zur Ernährung des in Wucherung begriffenen Bindegewebes dienen". Das Experiment liefert somit keinerlei Stützen für die Edebohlssche Hypothese.

Wenig Beweiskraft besitzt auch das reiche klinische Material, über das Edebohls verfügt. Bis zum Jahre 1904 konnte er über 72 Fälle berichten, in denen sich ihm die Entkapselung sowohl bei der parenchymatösen als auch bei der interstitiellen Nephritis bewährt hatte. Wenn unter diesen 72 Fällen auch nur 17 völlige Heilerfolge verzeichnet sind, so bedeutet auch diese Zahl Ausserordentliches gegenüber einer Erkrankung, die bisher für irreparabel gehalten wurde, und man hätte tatsächlich Veranlassung, mit Edebohls anlässlich seiner ersten am 10. I. 1898 ausgeführten Operation von einem „Markstein in der Geschichte des Morbus Brightii" zu sprechen. Die Dinge scheinen indess anders zu liegen. Die Heilerfolge Edebohls' sind stark angezweifelt worden; seine Krankenberichte sind — namentlich in-

bezug auf die Richtigkeit seiner Diagnosen — wenig erfreulich kritisiert worden (Zondek, Gauss). Nichtsdestoweniger hat eine Reihe namhafter Chirurgen den Edebohlsschen Vorschlag nachgeprüft, um dabei freilich zu vollkommen negativen Resultaten zu gelangen. So hat Rovsing in 10 Fällen von wahrer chronischer Nephritis nach dem chirurgischen Eingriff in keinem Falle eine Besserung erzielt. Rosenstein, Riedel, Kümmel, Franke, die auf dem deutschen Chirurgencongresse 1904 ihre Erfahrungen mitteilten, erklärten gleichfalls, keinen wahren therapeutischen Erfolg erzielt zu haben, und es scheint wenigstens in Deutschland seit dem genannten Congress die Frage der Nierendecapsulation beim Morbus Brightii in negativem Sinne erledigt zu sein.

Nach den angeführten klinischen und experimentellen Daten erscheint ein solches ablehnendes Verhalten gewiss berechtigt. Nichtsdestoweniger beweisen zahlreiche, bis in die neueste Zeit hineinreichende Publicationen, dass es gewisse pathologische Zustände der Nieren gibt, bei denen die Nierendecapsulation als symptomatische Behandlungsmethode gute Dienste zu leisten imstande ist. Soweit wir die Literatur überblicken, gehören hierher: erstens Nierenkoliken, die zuweilen nach Kümmel und Greff durch eine „ungemein verdickte Nierenkapsel" verursacht sein können; zweitens findet die Nierendecapsulation Anwendung bei der sog. „essentiellen Nierenblutung", und drittens ist hier zu nennen die Oligurie und Anurie, das Harrisonsche Nierenglaukom. Von besonderem Interesse ist nun die dritte der genannten Indicationen, weil ihre Uebertragung auf geburtshilfliches Gebiet Veranlassung gab zur Anwendung der Nierendecapsulation bei Eclampsie. Ich schalte hier einige kurze Bemerkungen zur Pathogenese der Eclampsie ein.

Zweifel hat die Eclampsie die „Krankeit der Theorien" genannt. Soviel Hypothesen und Erklärungsversuche, als Forscher sich mit dem Wesen der Krankheit befasst haben. In einem, dem wichtigsten Punkte, dürfte indess doch Einigkeit herrschen: die Eclampsie gehört in die grosse Gruppe der Graviditätstoxikosen, d. h. derjenigen Vorgänge im Organismus der Schwangeren, die durch das vielgesuchte Graviditätstoxin hervorgerufen werden. Ohne diese Vorstellung von toxischen Stoffen, deren Productionsstätten früher in die Organe der Mutter, neuerdings mehr in den Foetus und seine Adnexe verlegt werden, steht der Geburtshelfer den verschiedensten Tatsachen aus der Physiologie und Pathologie der Gravidität ratlos gegenüber. Die Schwierigkeiten bei der Deutung des Krankheitsbildes und die Differenzen in der Auffassung desselben beginnen bei dem Versuch, diese grundlegende Tatsache der Autointoxication gegenüber den sonstigen bei Eclampsie beobachteten Organstörungen abzugrenzen. Hier, in diesem Zusammenhange interessiert uns besonders die Niere, die bekanntlich fast stets im normalen Graviditätsverlauf Störungen ihrer Tätigkeit, die physiologische Schwangerschaftsalbuminurie, zeigt. Es handelt sich hierbei nicht um eine „Nephritis", obgleich auch Cylindrurie normaler Weise beobachtet wird, sondern um degenerative Veränderungen des Nierenparenchyms, die sog. Leydensche Schwangerschaftsniere, oder um einen Zustand, den Ribbert neuerdings als Nephrose der eigentlichen Nephritis gegenübergestellt wissen möchte. Von diesen Zuständen einer normalerweise verminderten Leistungsfähigkeit gibt es nun fliessende Uebergänge zu den schweren Störungen der Nierenfunction, wie sie fast constant bei der Eclampsie beobachtet werden. Letztere dominieren so sehr im Krankheitsbilde der Eclampsie, dass es nicht wunderbar erscheint, wenn frühere Autoren, so Frerichs, Eclampsie und Urämie einfach identificierten.

Wenn nun auch zugegeben werden muss, dass diese Frerichssche Auffassung mit sonstigen Tatsachen auf dem Gebiete der Schwangerschaftspathologie im Widerspruch steht, so muss doch andererseits hervorgehoben werden, dass dann einer einseitigen Betonung des gravidotoxischen Moments in der Aetiologie der Eclampsie, den Erscheinungen der acuten Niereninsufficienz gegenwärtig offenbar nicht die Bedeutung für das Zustandekommen des eclamptischen Symptomencomplexes zuerkannt wird, die sie zu verdienen scheinen. Die Eclampsie ist zwar keine Urämie; sie ist aber nach Ahlfeld ein der Urämie nahe verwandter Zustand oder, wie Wyder sich ausdrückt, eine durch die Schwangerschaft modificierte Urämie. Seitz sprach kürzlich von einem „allgemeinen Körpergift" und einem „specifisch spasmophilen" Gift als Bestandteilen des Eclampsietoxins. Statt dieser Zweiteilung, die vollkommen in der Luft schwebt, könnte man eher eine gravidotoxische und urämische Componente des Eclampsiegiftes unterscheiden und damit die beiden wichtigsten Tatsachen aus der Symptomatologie der Eclampsie zum Ausdruck bringen: erstens das in 80 % beobachtete Aufhören der Krankheit nach spontaner oder künstlicher Entbindung und zweitens das nahezu constante Darniederliegen der Nierenfunction. Diese beiden Tatsachen liegen auch einer modernen Eclampsiebehandlung zu Grunde. Aus ihnen ergibt sich — neben der Forderung einer beschleunigten Entbindung — die Notwendigkeit, alle diejenigen Massnahmen in Anwendung zu bringen, die sich auf die gestörte Nierentätigkeit beziehen und eine schnelle Eliminierung der retinierten mütterlichen oder kindlichen Stoffwechselproducte bezwecken. Als letztes und modernstes in der Reihe derjenigen Mittel, die eine möglichst intensive Anregung der Ausscheidungsorgane bewirken sollen, steht nun die Nierendecapsulation.

Um die wichtigste Frage gleich vorwegzunehmen: sprechen die bisherigen klinischen Erfahrungen, die Nierendecapsulation bei Eclampsie betreffend, zu Gunsten dieser Operation als diureseanregendes Mittel. Sitzenfrey gibt an, dass unter 53 Fällen nur 10 Mal der diuretische Effect ausgeblieben sei. Ferner ist die Frage von Interesse, wie die Wirkungsweise der Nierenentkapselung zu erklären ist. Da der Effect in den genannten 53 Fällen ein sofortiger war, so ist zunächst einleuchtend, dass von einer Wirkungsweise in dem oben besprochenen Edebohlsschen Sinne nicht die Rede sein kann, da hier die Besserung der Nierentätigkeit, wenn überhaupt, so erst 5—6 Tage nach der Operation mit der Entwickelung neuer Gefässcollateralen erwartet werden kann. Man ging daher auf die alte Harrisonsche Beobachtung zurück und sprach von Nierenglaukom. Die während der Operation an Eclamptischen erhobenen Nierenbefunde scheinen einer solchen Auffassung eine Stütze zu bieten. Man konnte in der Tat nicht selten constatieren, dass während der Operation nach Durchtrennung der capsula fibrosa das Nierenparenchym über den Operationsschnitt hervorquoll, als Beweis des erhöhten Druckes, unter dem das ganze Organ gestanden hatte. Es ist nun weiter verständlich, dass mit Aufhebung des Kapseldruckes bessere Circulationsverhältnisse geschaffen werden und die Nierensecretion angeregt werden kann. Nicht in allen Fällen von Nierendecapsulation konnte indess eine acute Nierenschwellung mit Erhöhung des intrarenalen Druckes beobachtet werden: teilweise handelte es sich auch um ein normal grosses oder sogar geschrumpftes, häufig matsches und ödematöses Organ, indem von einer mechanischen Behinderung der Nierensecretion nicht gut die Rede sein konnte. Da sich aber auch in diesen Fällen zuweilen eine Steigerung der Diurese constatieren liess, glaubte man auch hier einen Zusammenhang zwischen Operation und Harnsteigerung construieren zu können. Man verwies zu dem

Zwecke auf die Möglichkeit einer nervösen Beeinflussung der Harnabsonderung, die durch Druck und Zug am Plexus renalis zustande kommen könnte, und erinnerte an gewisse Tatsachen aus der Pathologie der Niere — so die reflectorische Anurie der gesunden Niere bei eingeklemmtem Nierenstein, auch die Polyurie bei Ureterenkatheterismus. Füge ich noch die Erklärung von Sippel hinzu, der zufolge die Entlastung des Nierenparenchyms durch Eröffnung zahlreicher oberflächlicher Lymphspalten zustande kommt, so dürften damit die wichtigsten Hypothesen über die Wirkungsweise der Nierendecapsulation bei Eclampsie hergezählt sein.

Ich wende mich nun den praktischen Ergebnissen der Operation zu. Sitzenfrey hat kürzlich 58 Fälle von Nierendecapsulation bei Eclampsie zusammengestellt, mit einer Gesamtmortalität von 39,6 %. Zieht man indess nur die Fälle von doppelseitiger Decapsulation in Betracht (53 Fälle) und scheidet man ferner diejenigen Fälle aus, in denen der Exitus in keinem Zusammenhange mit der Eclampsie steht, sondern auf zufällige Complicationen zurückgeführt werden muss, so ergibt sich nach Sitzenfrey eine „gereinigte" Mortalität von 33,3 %. Diese Zahl erhöht sich auf 34,5 %, wenn wir die beiden einzigen aus Russland bekannten Fälle (unser Fall 1908 und der Fall Skrobansky 1909) hinzufügen.

Die im Alexandrastift für Frauen gemachte Beobachtung bezieht sich auf folgenden Fall schwerster Eclampsie:

Am 4. II 1908 11. Uhr 30 Min. abends wurde die 19 Jahre alte I-para Bronislawa Sch. in das Hospital aufgenommen. Als Kind — Scharlach mit anschliessender Nephritis. Nach ihrer Verheiratung einmal abortiert. Letzte Menses am 20./V. 1907. Schwangerschaftsverlauf normal bis auf zeitweise auftretende Kopfschmerzen. In der letzten Zeit der Gravidität — Schwellungen der unteren Extremitäten. Status praesens: Temperatur 36,8, Puls — 72. Oedeme des Gesichts und der unteren Extremitäten. Herz, Lungen bieten keine Besonderheiten. Harn schwarzbraun, gerinnt beim Kochen zu einer starren Säule. Sonsorium frei. I. HHL. 1 Querfinger Eröffnung, Kopf mit kleinem Segment im Beckeneingang. 1 Uhr nachts erster leichterer eclampt. Anfall. Chloralhydrat 2,0 per Clysma, Digalen 1,0 subcutan. 2 Uhr 23 Min. II. Anfall. Sensorium benommen, Pat. ist aber imstande, Diuretin, Fol. uvaeursi zu sich zu nehmen. 4 Uhr 20 Min. III. und 9 Uhr 45 Min. morgens IV. Anfall. Herztöne nach demselben nicht mehr nachweisbar. Länger anschliessendes Coma, leichter Icterus. Puls 54, gespannt. 10 Uhr 15 Min. vormittags vaginale Hysterostomotomie (Dr. Luchsinger). Glatter Verlauf. Kind nach Perforation frischtot extrahiert. Nach mehrstündiger Pause um ½4 Uhr nachmittags V. Anfall, dem im Laufe des 5. II. 5 weitere Anfälle folgen. Therapie: Darmspülung mit 6 Liter NaCl-Lösung, Coffein, subcutan Morphium, Digalen subcutan. Am 6. II. Leicht comatöser Zustand. Keine weiteren Anfälle. Puls zwischen 100—120, scheint qualitativ gebessert. Harnmenge nicht controllierbar, da Pat. unter sich lässt. Am 7. II: Sensorium scheint etwas freier. Puls 120, stark gespannt. Bei der anhaltenden starken Oligurie wird die Nierendecapsulation beschlossen und um 11 Uhr vormittags von mir beiderseitig, wie folgt, ausgeführt: Bergmannscher Lendenschnitt. Durchtrennung der Fettkapsel. Capsula fibrosa incidiert. Die Nieren erscheinen blauschwarz, ödematös, etwas kleiner als normal, von ihrer Kapsel schlaff umgeben. Sie werden allseitig bis zum Hilus aus der fibrösen Kapsel ausgelöst. Reposition der Niere in ihre Fettkapsel. Vereinigung der Muskelhautwunde. Am 7. II. werden im Laufe des Tages ca. 3 ccm. Harn per Katheter gewonnen. Allgemeinbefinden nicht gebessert. Ansteigen der Temperatur — 40°. Puls frequenter und kleiner geworden. Am 8. II. 1 Uhr morgens exit. let. in tiefem Coma.

Wir unterstreichen inbezug auf obigen Fall zunächst die Abwesenheit jeglicher Kapselspannung. Ferner muss bei epikritischer Prüfung desselben zugegeben werden, dass die Ausführung der Decapsulation zu spät erfolgte: die scheinbare Besserung 24 Stunden nach der Entbindung — keine Anfälle, Besserung der Pulsqualität — trug Schuld an der Verzögerung.

Ich komme hier auf die praktisch äusserst wichtige Frage zu sprechen, von welchen Symptomen im Krankheitsbilde der Eclampsie man sich bei der Bestimmung des Zeitpunktes für die Vornahme der Operation leiten lassen soll. Edebohls plädierte auf Grund mehrerer interessanter Fälle von Decapsulation bei Eclampsie und weiter fortbestehender Gravidität für die Ausführung der Operation als erster und eventuell einziger therapeutischer Massnahme. Da dieser Vorschlag gegen den obersten Grundsatz der modernen Eclampsiebehandlung, die beschleunigte Eliminierung des Schwangerschaftsproductes verstösst, ist er wohl allgemein abgelehnt worden. Dasselbe gilt für eine der Freiburger Klinik (Gauss) entstammende Proposition, Accouchement forcé und Nierendecapsulation bei jeder Eclamptischen in einer Sitzung zur Ausführung zu bringen. Da 80 % aller entbundenen Eclamptischen auch ohne Decapsulation genesen, so wären dieselben somit unnützerweise einem Eingriff unterworfen, der heute, nach Sitzenfrey, noch eine Eigenmortalität von 1,37 % besitzt. Die Mehrzahl der Autoren steht daher auf dem Standpunkt: erst entbinden und dann eventuell decapsulieren.

In dem Bestreben, eine möglichst präcise Indicationsstellung für die Nierendecapsulation zu schaffen, ist der Grundsatz aufgestellt worden, dass die Operation bei der Puerpera ausgeführt werden soll, wenn entweder schwere Anfälle post partum andauern, oder die Nierenfunction 10—12 Stunden nach der Entbindung keine Neigung zeigt, sich zu bessern. Bis vor kurzem glaubte man in der Häufigkeit der Anfälle einen Massstab zu besitzen für die Schwere der Erkrankung. Seitz hat indess kürzlich nachgewiesen, dass ein Parallelismus in dieser Beziehung nicht besteht. Aehnlichen Schwierigkeiten begegnet man, wenn die Diurese als bestimmendes Moment für die Vornahme der Operation in Betracht gezogen werden soll. Die Stockung derselben ist bei Eclampsie wahrscheinlich eine ganz constante Erscheinung. Ahlfeld hat mit Recht darauf hingewiesen, dass die relativ häufige Angabe über „eiweissfreie" Eclampsien entweder auf diagnostische Irrtümer zurückzuführen ist oder in ungenügenden Harnuntersuchungen ihre Erklärung findet. Ungenügend auch aus dem Grunde, weil die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden — Bestimmung des Albumengehalts, der Formelemente etc. — nicht ausreichend sind, um ein Urteil über die functionelle Leistungsfähigkeit der Niere zu ermöglichen. Wenn Letzteres auch zugegeben werden muss, so besitzt doch bis auf Weiteres die Beobachtung der Nierentätigkeit ausschlaggebende Bedeutung bei der Indicationsstellung der Nierendecapsulation. Es ist aber selbstverständlich, dass neben diesen Erscheinungen der Niereninsufficienz gleichzeitig bestehenden Veränderungen in Leber, Lungen, Gehirn etc. weitgehendste Berücksichtigung geschenkt werden muss. Insbesondere gilt dieses für cerebrale Störungen, da es Fälle von foudroyanter Eclampsie gibt, die ganz unter dem Bilde eines apoplectischen Insults verlaufen und in denen eine Nierendecapsulation von vornherein aussichtslos und unnütz ist.

Zum Schluss wäre noch kurz die Frage zu berühren, ob nach Einführung der Nierendecapsulation in die Therapie der Eclampsie die Heilungsresultate bei dieser Krankheit bessere geworden sind. In zahlreichen Publicationen lesen wir von fraglosen Wirkungen und lebensrettenden Erfolgen, unter Hinweis auf das Schwinden der Anfälle oder auf eine Steigerung der Diurese. In Bezug auf ersteren Punkt muss betont werden, dass das Schwinden der Anfälle in keinem Falle ein Massstab sein kann für den Wert der Operation, deren ganzes Wesen darin besteht, die Nierensecretion anzuregen. Aber auch die diuretische Wirkung der Nierendecapsulation muss mit einiger Vorsicht bewertet werden. Der Fall Gauss — Nierendecapsulation vor der Entbindung, Ausbleiben der diuretischen Wirkung

und Besserung auch bezüglich der Nierentätigkeit erst p. partum — spricht dafür, dass die Entleerung des Uterus eine wichtige Vorbedingung ist für die normale Tätigkeit der Niere. Es wird demnach meist schwierig, oft unmöglich sein, zu entscheiden, ob im gegebenen Falle der diuretische Effect mehr der Decapsulation oder mehr der Entbindung zuzuschreiben ist.

Die Mortalität bei Eclampsie wird für deutsche Hospitäler und Kliniken gegenwärtig auf rund 20 % berechnet. Einem Vortrage von Dr. Wiedemann entnehme ich die Angabe, dass im Alexandrastift für Frauen die Mortalität an Eclampsie bei 121 Fällen gleich 8,7 % ist. Aehnlich lauten die Angaben aus anderen Petersburger Gebäranstalten (so nach Sudakow 6 % für die akademische geburtshilflich-gynäkologische Klinik und nach Rabinowitsch — auf Grund eines Materials von 146 Fällen — 6,1 % für das Marien-Gebärasyl). Ein definitives Urteil über den Wert der Nierendecapsulation wird wohl erst möglich sein, wenn zukünftige Statistiken eine Herabsetzung dieser Mortalitätsziffer ergeben haben werden. Vorläufig lässt sich nur sagen, dass die Nierendecapsulation bei Eclampsie theoretisch vollkommen berechtigt erscheint, und dementsprechend Aussicht vorhanden ist, mit dieser neuen Behandlungsmethode dieses und jenes bereits verloren gegebene Menschenleben zu retten.

Literatur.

1. Harrison: ref. Münch. med. Wochenschrift 1901, pag. 1509. 2. Zondek: Mitteilungen aus d. Grenzgeb. f. Chir. u. Med. Gedenkband f. Mikulicz: 1907. 3. Gauss: Centralbl. f. Gynäk. 1907, Nr. 19, pag. 521. 4. Rovsing: Mitteil. aus d. Grenzgeb. f. Chir. und Med. Bd. 10, H. 3 u. 4. 5. Ahlfeld: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. LXIII, H. 2. 6. Wyder: Verh. d. deutsch. Ges. f. Geb. u. Gyn. 1901, pag. 262. 7. Seitz: Archiv f. Gyn. Bd. 87, H. 1. 8. Kümmel und Greff: Handb. d. Chir. 9. Gatti: Arch. f. klin. Chir. Bd. 87, H. 3. 10. Sitzenfrey: Beiträge z. kl. Chir. Festband f. Wölffer, 1910. 11. Sippel: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 30, pag. 619. 12. Wiedemann: St. Pet. Med. Wochenschr. 1909, pag. 372. 13. Skrobansky: Shurnal akuscherstwa 1909, pag. 938. 14. Sudakow: Shurnal akuscherstwa 1910, pag. 983. 15. Rabinowitsch: Shurnal akuscherstwa 1910. pag. 984.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. F. Pentzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing: Handbuch der gesamten Therapie in 7 Bänden. 4. Auflage. Jena. Verlag von G. Fischer. 1909—1910. Lieferungen 8—11.

Die 8. Lieferung enthält den Schluss der Abhandlung von A. Denker über die Behandlung der Erkrankungen des Kehlkopfes, ferner die chirurgische Behandlung der Kehlkopfkrankheiten von O. v. Angerer, die Behandlung der Krankheiten der Luftröhre und der Lungen von D. Gerhardt, die Behandlung der Lungentuberculose von F. Pentzoldt, die Behandlung der Erkrankungen des Brustfells und Mittelfellraumes von R. Stintzing und den Anfang der Abhandlung von C. Hirsch über die Behandlung der Krankheiten des Herzens, die in der 9. Lieferung zu Ende geführt wird. In der 9.—11. Lieferung sind enthalten: Behandlung der Erkrankungen des Herzbeutels und der Blutgefässe von Ch. Bäumler, chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Herzens und des Herzbeutels von E. Kreuter, Behandlung der Erkrankungen der Harn- und der männlichen Geschlechtsorgane (mit Ausschluss der venerischen Erkrankungen) von W. v. Leube und P. Wagner, Behandlung der Erkrankungen der Harnblase von L. Casper, Technik der äusseren Blasenoperationen und Behandlung der Verletzungen und Missbildungen der Blase, der Urethra und der Geschlechtsorgane des Mannes von H. Heineke und die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten, der eitrigen Pleuritis und der Krankheiten des Mittelfells von H. Lenhartz, womit der 3. Band abschliesst. In der 9.—10. Lieferung ist ausserdem der Anfang des 5. Bandes enthalten, der von der Behandlung der Erkrankungen des Bewegungsapparates handelt und an dessen erster Stelle die orthopädische Behandlung im allgemeinen von M. v. Kryger steht. Es folgen allgemeine Gymnastik und Massage von H. v. Baeyer, Behandlung des acuten und chronischen Gelenkrheumatismus, der rheumatoiden und Muskelerkrankungen von H. Lenhartz, Behandlung der Rhachitis, Osteomalacie und des multiplen Myeloms von O. de la Camp, allgemeine Prophylaxe der venerischen Erkrankungen und Behandlung der Gonorrhöe und ihrer Complicationen von C. Kopp, Behandlung der venerischen Helkose und der Syphilis von A. Jessionek und der Anfang des Abschnittes über die Behandlung der Hautkrankheiten von G. Riehl. Die 11. Lieferung bringt ausser den obengenannten Capiteln den Anfang des 4. Bandes, die Therapie der Erkrankungen des Nervensystems, die mit der Abhandlung über allgemeine Prophylaxe und Diätetik dieser Krankheiten von R. Stintzing eingeleitet wird und welcher folgen: Ernährungscuren bei Nervenkrankheiten von O. Binswanger und allgemeine Hydrotherapie von R. v. Hösslin, deren Fortsetzung noch aussteht.

Die Fälle des in dem grossen Werk enthaltenen Materials macht eine eingehende Besprechung der einzelnen Abschnitte unmöglich. Alles in allem muss man sagen, dass trotz der Mitarbeiterschaft so vieler Kräfte das Werk doch einen einheitlichen Eindruck macht, was auf eine vorhergegangene gründliche Durcharbeitung des Anlageplanes schliessen lässt und den Herausgebern alle Ehre macht. Die einzelnen Abschnitte sind in der neuen Auflage sorgfältig umgearbeitet, einige Capitel ganz neu verfasst, den Fortschritten der Wissenschaft ist überall Rechnung getragen und die Zahl der Abbildungen stellenweise recht bedeutend vermehrt. In der Anordnung der Capitel mutet es einen etwas sonderbar an, dass die chirurgische Behandlung der Krankheiten der Lungen und Pleura auf die Behandlung der Urogenitalorgane folgt, während ihr der Platz doch im Anschluss an die innere Behandlung der Organe des Thorax zukommt, wo sie auch im Inhaltsverzeichnis zum 3. Bande angeführt ist. Diese Verschiebung wird wohl durch irgend welche äusseren Gründe bedingt sein. Ferner wäre es vielleicht praktischer gewesen, die Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane – die nichtvenerischen wie die venerischen—in einem Bande zusammenzufassen, wie es in der 2. Auflage der Fall war, anstatt sie zu trennen und in Band 3 und 5 zu bringen. Eine solche Anordnung würde auch mehr dem Einteilungsprincip des Werkes entsprechen, in welchem die Therapie nach den Organsystemen gegliedert ist. Diese Bemerkungen sollen jedoch durchaus nicht zu Ungunsten des Werkes aufgefasst werden, das in seiner nahezu encyklopädischen Vollkommenheit allen Anforderungen entspricht, die an ein Hand- und Nachschlagebuch gestellt werden können.

F. Dörbeck.

Dr. S. Fränkel: Praktischer Leitfaden der qualitativen und quantitativen Harnanalyse nebst Analyse des Magensaftes. Mit 6 Tafeln. 2. Auflage. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. VIII+102 Seiten.

Das Buch ist aus Vorträgen entstanden, die der Verfasser, Docent an der Wiener Universität, in praktischen Kursen über Harnanalyse für Aerzte, Apotheker und Chemiker gehalten. Es enthält diejenigen Untersuchungsmethoden, die sich in der Praxis bewährt haben und mit den gewöhnlichen Hilfsmitteln leicht auszuführen sind. Die bei den verschiedenen Reactionen stattfindenden chemischen Vorgänge werden genau erklärt, was dem Buch als Vorzug angerechnet werden muss. Die Anordnung des Stoffes ist übersichtlich, die Darstellung klar. Die Tafeln tragen wesentlich zum Verständnis bei. Das Buch kann besonders Anfängern auf dem Gebiet der klinischen Harnanalyse bestens empfohlen werden, eignet sich aber auch für den praktischen und Hospitalarzt zur gelegentlichen Orientierung.

F. Dörbeck.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 9. März 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär: Fuhrmann.

1. Iversen: Ueber ein neues Arsenpräparat Ehrlichs und seine Wirkung bei Febris recurrens (Erscheint im Druck).

Tiling hält den Vergleich des Mittels mit dem Chinin und dessen Wirkung bei Malaria doch nicht für ganz

gelungen, da ja die Wirkung des neuen Arsenpräparates auf das Rückfallfieber sehr viel prompter zu sein scheint, und fragt, ob denn wirklich der intravenösen Application der Vorzug zu geben sei, da dieselbe ja doch stets ein gewisses Risiko mit sich bringe.

Iversen: Die intravenöse Anwendung verdient den Vorzug, weil sie bei genügender Technik ungefährlich sei, keine Schmerzen bereite und sicher und prompt wirke, während die subcutane Einspritzung schmerzhaft sei und zu einem Infiltrat führe.

Westphalen fragt, ob der Gehalt an Arsen sehr gross sei und die Wirkung auf letzteres zurückzuführen sei.

Iversen: Nach Ehrlich komme es nicht nur auf das Arsen als solches an, sondern auch auf die anderen Componenten, deren Anwesenheit die Wirkung des Arsens zu unterstützen scheine.

Westphalen: Sollte es sich um sehr grosse Arsengaben bei dieser Therapie handeln, so müsste man mit der blutzerstörenden Wirkung des Arsens rechnen. Sind nicht Methämoglobinurie oder Hämoglobinurie beobachtet worden?

Lecenius: 50 Pat. sind ja eine ganz hübsche Zahl. Sind als Folge der Behandlung nicht vielleicht Sehstörungen oder sonstige Schädigungen beobachtet worden?

Iversen hat keine Störungen beobachtet. Im allgemeinen hat er allerdings die Pat. nur durch 24 Tage beobachten können, aber bei 3 Pat. konnte die Beobachtung auf 3 Monate ausgedehnt werden. Alle 3 sind beschwerdefrei, desgleichen ein vierter Pat. 1½ Monate nach der Behandlung.

Hörschelmann erinnert angesichts der ausgesprochenen Anschauung, dass die Combination des Arsens im Präparat eine Rolle spiele, an eine Erfahrung aus der Therapie der Diphtherie noch aus der Vorserumzeit, wo vorgeschlagen wurde, die Localbehandlung combiniert mit Kali chlor. und ac. mur. durchzuführen, und die Wirkung des ersteren wurde dabei erhöht, der Herztod sollte sehr viel seltener vorkommen.

2) Moritz: Asthenia universalis congenita und das Stillersche Phänomen (Erscheint im Druck).

Discussion:

Westphalen möchte Moritz widersprechen, dass das Kältegefühl und die Kälte der Extremitäten solcher Patienten auf eine Herzschwäche zurückzuführen sei, vielmehr handle es sich wohl um vasomotorische Erscheinungen, und zwar um Gefässpasmen auf Grund der sehr labilen Vasomotoren. Darauf beruhe auch die Blässe solcher Kranken, die eben durchaus noch «blutarm» seien, wie man sich oft mit Hilfe der Talquistschen Blätter überzeugen kann. Des weiteren verweist er auf die zu wenig citierte Anschauung Rosengarts, dass die Enteroptose auf einem Hemmungszustand beruhe, dass wir gewissermassen in derselben ein Festhalten am fötalen Zustand erblicken. Aus der Art, wie der Enteroptotiker zu trinken pflegt, glaubt Westphalen die Beschwerden, die bei solchen Kranken ganz typisch immer wiederkehren, nämlich den Druck im Magen und das Gefühl des Vollseins durch Zerren seitens des gefüllten Magens am plexus solaris erklären zu können.

Amburger: Bei zwei anderen Erkrankungen findet man auch sehr häufig das Stillersche Symptom. — Bei der Tabes einerseits, — es ist möglich, dass eben die Astheniker unter den Luetikern besonders leicht an Tabes erkranken. Andererseits glaubt er, eine Coïncidenz zwischen Asthenie und morbus Basedowii bemerkt zu haben.

G. Tiling: Die costa decima fluctuans sollte ausschlaggebend sein bei der Indicationsstellung zur Operation der Wanderniere. Ist eine solche vorhanden, d. h. handelt es sich um Astheniker und Enteroptotiker, so pflegt eine Nephropexie nur vorübergehenden Nutzen zu bringen, und die Operation unterbleibt daher lieber ganz.

Moritz: Es fragt sich doch, ob es sich nur um Gefässspasmen handle bei dem Entstehen der Blässe und Kälte der Extremitäten und dem Kältegefühl der Astheniker, vielmehr lassen sich zu enge Gefässe annehmen. Allerdings sind nicht alle Astheniker blutarm, andererseits beweist ein normaler pCt.-satz an Hämoglobin noch nicht, dass keine Anämie vorhanden. Es scheint eben, dass bei diesen Zuständen eine Hypoplasie des Gesamtblutes vorliegt. Solche Pat., die dann 80—90 pCt. Hämoglobin aufweisen, verlieren gelegentlich ihre anämischen Beschwerden unter einer Eisenarsentherapie, wobei der Hämoglobingehalt auf 120 pCt. steigen kann.

Protocolle des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg 1909/10.

II. Sitzung vom 10. October 1909.

Vorsitzender: Netschajew. Schriftführer: Kosakow und Hesse.

1. Goldberg: Demonstration eines Kranken mit einem Lipoma arborescens des Kniegelenks.

Goldberg demonstriert einen infolge einer Geschwulst im Kniegelenk operierten Kranken. Die entfernte Synovialkapsel stellt das typische Bild des sogenannten Lipoma arborescens dar. Dieser Fall ist höchst interessant dadurch, dass die Blutuntersuchung eine starke positive Wassermannsche Reaction gab. Die Anamnese lässt auf eine hereditäre Form schliessen, was uns die Möglichkeit gibt, hier das Lipoma arborescens als luetischen Ursprungs zu bezeichnen im Gegensatz zur allgemein angenommenen tuberculösen Aetiologie.

(Autoreferat).

Discussion.

Prof. Zeidler unterstreicht den grossen Wert der Wassermannschen Reaction in ähnlichen Fällen.

2. Grekow: Demonstration einer infolge acuter Magendilatation operierten Kranken.

Discussion:

Sokolow beobachtete gleichfalls einen Fall von acuter Magendilatation im Ambulatorium des städtischen Kinderhospits bei einem einjährigen Kinde nach dem Genusse von «Bliny» (Pfannkuchen). Der allgemeine Zustand war schwer; das Kind schrie vor Schmerzen im Bauche, dessen oberer Teil stark gebläht war; in scrobiculo tympanitischer Schall, Gallenerbrechen, die Blase leer. Vermittelst einer Sonde wurden aus dem Magen circa ein Liter Flüssigkeit und Ueberreste der «Bliny» entfernt — dabei gingen viele Gase ab, wonach die Blähung sofort nachliess und der allgemeine Zustand ein bedeutend besserer wurde. Die Mutter weigerte sich, das Kind im Hospital zu lassen, doch soll es vollständig hergestellt sein. Dieser Fall erregt Interesse, weil einige Autoren, auf klinische Untersuchung gestützt, behaupten, bei Kindern fehle die Klappenvorrichtung der cardia, da der fundus ventriculi nicht vorhanden sei; andere hätten die Klappenvorrichtung der cardia auch bei Leichen nicht constatieren können.

Grekow weist in seinem Fall auf die Drehung der grossen Curvatur nach vorn hin, Prof. Leshaft dagegen, gestützt auf seine Experimente an Tieren, negiert die Möglichkeit einer Drehung.

Sokolow erwähnt die von Dr. Krewer und von ihm demonstrierten dilatierten Mägen. Im zweiten Falle, wo der Magen mit der Milz verwachsen war, platzte dieselbe bei der Dilatation—es erfolgte eine Peritonitis mit tödlichem Ausgang.

Grekow: Prof. Leshaft hat unter normalen Bedingungen gearbeitet, bei uns aber gab es pathologische Verwachsungen.

Netschajew lenkt die Aufmerksamkeit auf die Aetiologie — stets seien Hinweise darauf, dass der Magen mit fermentierenden Massen überfüllt gewesen sei. Ein Student in Dorpat starb nach einem übermässigen Blinygenuss infolge einer Magendilatation und reflectorischer Herzparalyse.

3. Ryshkow: Demonstration einer Kranken mit primärem Carcinom der äusseren Genitalien.

Dieser Fall ist durch die grosse Verbreitung der Neubildung höchst interessant. Die Patientin, 30 Jahre alt, ist vor zwei Tagen ins Obuchowhospital eingetreten. Vor zwei Jahren bemerkte sie an den Genitalien eine Geschwulst, die allmählich sich verbreitete. Sie menstruiert vom 15. Lebensjahre an je 3—4 Wochen 3—4 Tage, nicht viel, ohne Schmerzen; die letzten neun Jahre menstruierte sie nicht mehr. Im 19. Lebensjahre hatte sie ein Kind, welches starb. Bei der Inspection constatiert man, dass beiderseits, die grossen und kleinen Schamlippen, sowie das Clitorisgebiet von einem Neoplasma bedeckt sind, welches auf die Symphysengegend und weiter nach oben bis drei Finger über die Symphyse sich erstreckt. Seitwärts verbreitet sich die Geschwulst bis zu den Inguinalfalten. Die Höhe der Neubildung über der Hautfläche beträgt 1½ Cm. Sie hat ein kleindrüsenhaftes Aussehen. Bei der Vaginaluntersuchung konnte der Uterus nicht deutlich gefühlt werden. Sein vaginaler Teil ist ohne Veränderung, die vordere Wand der Vagina ist zu ⅔ vom Tumor durchwachsen, die hintere Wand ist frei. Die Patientin uriniert selbst 2—3 mal am Tage mit Schmerzen.

(Autoreferat).

Discussion:

Hesse proponiert, da dieser Fall inoperabel ist, Fulguration anzuwenden.

4. Kastanajew: Uebersicht der operativen Tätigkeit der gynäkologischen Abteilung des Obuchowhospitals während der drei Sommermonate des Jahres 1909.

In den 3 Sommermonaten wurden in der gynäkologischen Abteilung des Obuchowhospitals 419 Operationen ausgeführt: 319 geburtshilfliche und 100 gynäkologische.

Zu den geburtshilflichen Operationen gehören: 238 mal Entfernungen der Eireste und Curettement des Uterus nach Aborten; 2 mal Eröffnung der Fruchtblase; 12 mal wurde der Metreurynter angewandt; 11 mal wurde die Zange angelegt, 19 mal Wendung auf den Fuss und Extraction des Kindes; 2 mal Perforation des Kopfes bei totem Kinde mit nachfolgender Extraction, 2 mal Extraction des Rumpfes und Kopfes bei Fuss- und Steisslage, 1 mal Extraction des im Uterus während der Entbindung abgerissenen, zurückgebliebenen Kopfes (Wöchnerin zugestellt von einer Station der Nicolai-Bahn); 5 mal wurde der Kaiserschnitt gemacht, dabei wurde 3 mal der Vaginalkaiserschnitt bei Eklampsie gemacht. Bei den 3 soeben genannten Operationen starb die erste Wöchnerin bald nach der Operation infolge von Eklampsie, die zweite am 11. Tage nach der Operation infolge einer eitrigen rechtsseitigen Pleuritis, die dritte Operierte genas, obgleich die Eklampsieanfälle trotz schneller Entbindung noch fortdauerten, es waren während 9 Tagen noch 58 Anfälle. In den 2 letzten Kaiserschnittoperationen wurde die typische Methode nach Dührssen angewandt, in den 3 ersten dagegen wurde nach der von Bumm vereinfachten Methode operiert. Einmal hat Vortragender den klassischen Kaiserschnitt infolge Eklampsie bei extrauteriner Gravidität, die schon den 8. Monat erreicht hatte, machen müssen. Es gelang, ein lebendes Kind 1700 g. schwer zu retten, die Mutter jedoch starb bald nach der Operation. Die Placenta sass in der erweiterten Tube, die Frucht hatte sich in der freien Bauchhöhle entwickelt, die Fruchtblase mit Tube wurden entfernt, trotz grosser Verwachsungen sogar mit Bauchorganen.

Gynäkologische Operationen. Sogenannte kleine gynäkologische Operationen gab es 59: 15 mal Curettement des Uterus mit Cervicalerweiterung; 3 mal Entfernung von Cervicalpolypen, 2 mal Naht alter Perinealrupturen; 3 mal Naht frischer, traumatischer (sub coitu) Rupturen des Fornix vaginae; 1 mal Excision von acuten Condylomen der äusseren Genitalien; 4 mal Incisionen bei vereiterten Glandulae Bartolinii, 24 mal Incisionen bei Beckeneiterungen, davon 2 mal durch die Bauchwand, 22 mal per vaginam, durch die vordere Vaginalwand mit Abpräparierung der Blase 5 mal, durch die hintere Vaginalwand 17 mal.

Grosse gynäkologische Operationen, d. h. mit Eröffnung der Bauchhöhle gab es 41, davon per vaginam 8 mal, per laparotomiam 33 mal.

Per vaginam wurde entfernt: 1 mal ein adeno-carcinomatöser Uterus, 5 mal Fibromyome des Uterus, ferner je ein Fall von colpotomia anterior — es wurde eine rechtsseitige Ovarialcyste mit hypertrophischer Tube beseitigt, 1 mal colpotomia posterior bei Pyosalpingitis. Per laparotomiam wurde 12 mal bei Cancer uteri operiert, in 10 Fällen operierte Vortragender nach der von Wertheim angegebenen Methode. Vortragender gibt einen Ueberblick über die Statistik der Mortalität und der erreichten Resultate bei Operationen des Cancer uteri nach den früheren Methoden, weist auf die Vorzüge der Wertheimschen Methode hin, die er, gestützt auf seine Erfahrung, aufs wärmste empfiehlt; dann gibt er in Kürze die Technik der Operation nach Wertheim an und geht zur genaueren Beschreibung seiner 10 operierten Fälle über. Das Alter der Patientinnen war zwischen 26—30 Jahren, alle litten an Cancer cervicis uteri. In seinem ersten Falle sondierte Vortragender den Ureter, um schneller und sicherer denselben finden und isolieren zu können, die Sonde blieb während der ganzen Operation liegen, ohne jegliche schlimme Folgen danach; in den weiteren Fällen wurde ohne Sondierung operiert, da der Ureter in den meisten Fällen leicht sichtbar ist. In einem Falle, wo die Cancerinfiltration auch schon die Blasenwand ergriffen hatte und wo die Cystoskopie nichts Positives gezeigt hatte, wurde die Blase lädiert, sie wurde zugenäht, leider trat keine Verwachsung der Nahtstelle ein. In 6 Fällen wurden auch die vergrösserten Beckendrüsen exstirpiert, die alle, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, schon carcinomatös waren. In 8 Fällen wurde das Operationsfeld durch Umnähung des Peritoneums isoliert, sowohl von der Bauchhöhle als auch von der Scheide aus. In 2 Fällen, wo das Operationsfeld und die Wunde selbst nicht für aseptisch gehalten werden konnten, wurde die Wundhöhle in die Vagina drainiert, von seiten der Bauchhöhle dagegen wurde die Isolierung durch Peritonealnaht erreicht. Von den 10 Operierten starben infolge der Operation zwei Patientinnen, eine am Tage der Operation bei schnell fortschreitender Herzschwäche, die andere am dritten Tage an einer Peritonitis. Die 3. Patientin, der während der Operation die Blase beschädigt wurde, starb nach 4 Monaten an Kachexie. Sieben Patientinnen genasen, sind teils entlassen, teils befinden sie sich noch in Behandlung. Ferner wurden 8 mal per laparotomiam Ovarialcysten entfernt, darunter war eine Parovarial-, eine Dermoidcyste. In 2 Fällen war der Stiel der Cysten gedreht, eine Cyste platzte vor der Operation, was jedoch reactionslos für das Peritoneum verlief. In 2 Fällen waren die Ovarialcysten mit Schwangerschaft vergesellschaftet, einmal mit einer 6-wöchentlichen, das andere Mal mit einer 3-monatlichen. In einem von diesen Fällen verlief die Gravidität normal, im anderen, wo die Operierte am Typhus abdominalis erkrankte, kam es zum Abort während des Typhusverlaufes. Zehn Laparotomien wurden bei Tubengraviditäten der ersten Monate gemacht, bei profusen Blutungen in die freie Bauchhöhle und bei schwerer acuter Anämie. In 6 Fällen wurde ein Tubenabort, in 4 Fällen eine Tubenruptur constatiert, in 4 Fällen fand man eine der Dauer der Schwangerschaft entsprechend grosse Frucht vor. Ferner wurden per laparotomiam ein Fibroma uteri, das mit seiner oberen Grenze den Nabel erreichte, dann eine tuberculös erkrankte Tube entfernt, einmal wurde die prolabierte Gebärmutter an die Bauchwand fixiert.

In 14 Fällen bei Laparotomien hat Vortragender den Querschnitt nach Pfannenstiel angewandt, und zwar 5 mal bei Entfernungen der Ovarialcysten, 7 mal bei Operationen infolge extrauteriner Gravidität; einmal bei Exstirpation einer tuberculös inficierten Tube, einmal bei der Fixation des Uterus an die Bauchwand. Der Querschnitt nach Pfannenstiel kann, laut Meinung des Vortragenden, nicht vollständig den gewohnten Längsschnitt in der Linea alba ersetzen oder gar verdrängen. Dieser Querschnitt hat seine Vorzüge vor dem Längsschnitte (Fehlen von Hernien nach den Operationen, grössere Zugänglichkeit ins kleine Becken, Abbandensein von Darmeventration, Narbenlagerung in der mit Haar bedeckten Gegend, frühes Aufstehen der Operierten); die Schattenseiten des Querschnittes dagegen sind — Begrenzung des Operationsfeldes (man kann die Bauchwunde nicht nach Belieben erweitern). Deshalb müssen strenge Indicationen für den Querschnitt nach Pfannenstiel sein. Bei grossen Tumoren, die über die Nabelgegend hinaufreichen, bei weiten Verwachsungen im Becken und in den höher gelegenen Bauchgegenden, endlich bei nicht genauer Diagnose der Art der Erkrankung, wo es vielleicht nötig sein könnte, den Schnitt zu verlängern, um das Operationsfeld zur Inspicierung der oberen Bauchgegend zu erweitern, hier ist der Längsschnitt durch die Linea alba entschieden dem Querschnitt vorzuziehen. Bei allen Laparotomien wurde sowohl zur Ligatur als auch zur Naht Jodcatgut gebraucht. Es wurden keinmal Nachblutungen, was ja viele Chirurgen vor der Catgutanwendung bei Ligaturen zurückhält, keine Exsudate am Stumpf, keine Eiterung in der Bauchwunde beobachtet. An Haltbarkeit, an Biegsamkeit und Elastität steht Catgut in nichts der Seide nach, deshalb empfiehlt Vortragender Catgut aufs wärmste als Nähmaterial anstatt Seide. In 7 Fällen hat Vortragender mit gutem Erfolge Spinalanästhesie (Tropococain) angewandt.

(Autoreferat).

Discussion:

Wasten: Anfangs hatte man auf die Methode von Wertheim grosse Hoffnungen gesetzt, die sich aber nicht bewährt haben. Die anfangs so grosse Mortalität hat sich jetzt zwar verringert, doch ist sie immer gross genug, und der Procentsatz der Recidive ist bedeutend grösser als es wünschenswert wäre. Es ist begreiflich, dass im Anfangsstadium des Krebses das Operieren nach Wertheim weniger Recidive gibt als die Entfernung per vaginam, bei den weiterschreitenden Krebsen sind die Recidive häufig, und die Operation ist schwer, da sie sogar bei geübten Operateuren gegen zwei Stunden dauert. Wertheim hat jetzt schon die Indicationen zur Operation nach seiner Methode enger gestellt. Er weigert sich, in vernachlässigten Fällen zu operieren, wo er es früher getan hat. Wahr ist der auf dem Congress in Rom geäusserte Ausspruch, dass vom Messer bei der Behandlung des Krebses nichts mehr zu erwarten sei und man deshalb andere Behandlungsmethoden suchen müsste. Der Schnitt nach Pfannenstiel ist sehr gut und vorteilhaft in kosmetischer Hinsicht, doch ist die Erreichbarkeit bei demselben nur auf das kleine Becken beschränkt; die grossen Geschwülste kann man nur entfernen, wenn man ihren Umfang vorher verkleinern kann und wenn es keine Verwachsungen gibt (Cysten). Wenn man während der Operation höher in der Bauchhöhle eine Besichtigung oder eine Manipulation vornehmen müsste, wäre es bei diesem Schnitte unmöglich. Bei diesem Schnitte gibt es weniger Hernien als beim Mittellinienschnitt, wobei aber auch die Operateure selbst die Schuld trifft, da sie den Record der Schnelligkeit auf Kosten der Sorgfalt des Nähens nehmen wollen. Zur Apo-

neuresennaht muss man unbedingt Catgut nehmen; wird mit Seide genäht und kommt es zur Eiterung, so wären die Verhältnisse bei einem Schnitt nach Pfannenstiel bei Entfernung der Nähte und der Eiterentleerung sehr ungünstig. Beim Mittellinienschnitt legt Wasten mehrere Seidennähte durch die ganze Dicke der Bauchwand an; sie dienen zur Verminderung der Spannung und zum Erlangen der Sicherheit der Etagennähte. Er hält dies für äusserst wichtig, da er gesehen hat, wie gross die Spannung beim Erbrechen ist und dass infolge des Erbrechens ein Durchschneiden der Nähte und Auseinandergehen der muskularaponeurotischen Nähte stattfindet. Seiner Meinung nach ist der Schnitt nach Pfannenstiel bei der Sectio alba sehr geeignet.

Prof. Zeidler weist auf die Anwendung dieses Schnittes bei Sectio alba hin.

Grekow bewillkommnet die neue Methode des operativen Eingriffes. Bei strenger Asepsis und guter Naht braucht man das Entstehen einer Hernie der Linea alba auch beim Mittellinienschnitt nicht zu befürchten; was die Methode nach Wertheim anbetrifft, so kämpfen die Anhänger derselben selbst mit dem Procentsatz der Mortalität, der Autor selbst aber stellt gewisse Grenzen sowohl bei der Indication zum operativen Eingriff als auch während desselben. Mit Jodcatgut ist er sehr zufrieden, dank seiner guten Asepsis und Resorptionsfähigkeit.

5. Giese. Bericht über den XVI. internationalen Congress in Budapest und den Jahrescongress der deutschen Neuropathologen in Wien.

6. Sternberg: Allgemeine Eindrücke vom XVI. internationalen Congress in Budapest und Bericht über die Section der Immunitätsforschung.

Referent L. Oeser.

9. Congress Russischer Chirurgen in Moskau vom 19.—24. December 1909.

(Fortsetzung).

Vereinigte Sitzung mit dem Congress Russischer Therapeuten am 20. December.

Programmfrage: «Die chirurgische Behandlung des runden Magengeschwürs und deren entfernte Resultate.

13) Prof. K. M. Sapjeshko (Odessa): Die chirurgische Behandlung des nichtcomplicierten runden Magengeschwürs. — Auf Grund eines grossen experimentellen Materials (100 Tierexperimente) ist Vortrag. zu folgenden Schlüssen gekommen: 1) Verletzungen der Magenschleimhaut, das heisst Ausscheidung oder Zertrümmerung von Stücken derselben, führen nicht zur Ulcusbildung. Einpinselung der Wunde mit Jod, Kot oder Bakterienaufschwemmungen haben auch kein Magengeschwür zur Folge, die Wunden verheilen schnell. 2) Durchschneidung beider n. n. vagi und gleichzeitige Traumatisierung des Magens führt auch nicht zur Bildung eines Ulcus ventriculi. 3) Die Unterbindung der Magenarterien und gleichzeitige Traumatisierung der Schleimhaut und Einführung verschiedener Lösungen in die Gefässe gingen mit Ulcusbildung einher. Vortrag. zieht hieraus den Schluss, dass Embolien und Thrombosen Ursache des runden Magengeschwürs sind; andere Ursachen sind nur prädisponierende. Die Therapie erörtert S. nur kurz: 1) Ein nicht tiefes Ulcus mit guter Ernährung heilt von selbst, ein chirurgischer Eingriff ist nicht notwendig. 2) Bei tiefen Magengeschwüren und schlechter Ernährung oder Pylorusstenose muss die Gastroenterostomie gemacht werden. 3) Bei callösen, perforierenden Geschwüren muss der Gastroenterostomie die Resection vorgezogen werden.

14) Prof. W. P. Obraszow (Kiew): Zur Frage der Pathogenese und der Behandlung des Magengeschwürs. Vortrag. meint, dass das jetzt häufigere Vorkommen des Magengeschwürs durch einen stärkeren Fleischgebrauch und durch eine Vernachlässigung der Fasten zu erklären ist. Als Beweis dafür kann das seltene Vorkommen des Magengeschwürs bei Bauern dienen. Ausserdem spielen bei der Entstehung des Ulcus Prädisposition, Diathese und erhöhte Verletzbarkeit der Schleimhaut eine Rolle.

15) H. Westphalen (Petersburg): Ueber interne Behandlung des nicht complicierten runden Magengeschwürs und über Resultate derselben. Vortrag. führte die experimentellen Arbeiten Katzensteins über Ulcus ventriculi an, die die Pathogenese etwas beleuchten. Bis jetzt bestand die Behandlung (nach v. Leube) hauptsächlich in vollständiger Ruhe im Bette und geringer, nicht reizender Speisezufuhr. Als erster verliess dieses Princip Lenhartz, der seinen Kranken reichliches und verschiedenartiges Essen erlaubte; die Resultate erwiesen sich als nicht schlecht, doch fand die Methode wenig Anhänger. Die englischen Aerzte bestehen auf Speiseenthaltung. In den meisten Fällen liegt eine directe Notwendigkeit einer medicamentösen Behandlung nicht vor, doch gibt es Fälle, wo man ohne Medicamente nicht auskommt. Beliebt ist Bism. subnitric. in grossen Dosen, es lindert die Schmerzen und verringert die Magensecretion. Schmerzstillend wirkt auch Argent. nitr. und Olivenöl. Vortrag. konnte bei 150 von seinen Fällen Nachuntersuchungen anstellen über Spätresultate nach 2 Jahren nach interner Behandlung oder nach operativen Eingriffen (die Fälle wurden von Dr. Fick operiert). Auf Grund dieses Materials kommt Vortrag. zu folgenden Schlüssen: 1) durch eine resp. mehrere interne Curen wurden geheilt und waren noch 2 Jahre gesund 53 pCt.; 2) durch Operation wurden geheilt und noch 2 Jahre gesund — 30 pCt.; 3) nicht geheilt durch Operation — 13 pCt. Auf die Frage, weshalb diese Krankheit so verschieden verläuft, lässt sich zur Zeit noch keine genügende Antwort geben, weil die eigentliche Ursache des Ulcus ventriculi unbekannt ist.

Prof. W. D. Scherwinskij meint, auf den Vortrag von Prof. Sapjeshko bezugnehmend, dass das Experiment die Frage nicht entscheiden kann. Eine grosse Rolle spielt in der Ulcusfrage die Hyperacidität. Interne Behandlung gibt 50 pCt. Heilung, bei chirurgischer Behandlung wird nur die locale Ursache entfernt, die allgemeinen Bedingungen bleiben aber; daher ist ein operatives Eingreifen nur in hartnäckigen Fällen indiciert.

Priv.-Doc. Jawein: Im Vortrage von Prof. Sapjeshko ist keine Antwort auf die Frage, wie die Hyperacidität bei Verletzungen der Schleimhaut wirkt. Hyperacidität ist eine Neurose des Magens, daher muss bei der Behandlung auch das Nervensystem berücksichtigt werden. Keine Recidive in 2 Jahren ist eine noch zu geringe Beobachtungsdauer. J. hat ein Recidiv nach 6 Jahren beobachtet.

An weiteren Debatten von Seiten der Therapeuten nahmen noch teil: I. A. Benderskij, Prof. Malkow, Priv.-Doc. Gorbatschew, Prof. Wagner, M. I. Pewsner, Priv.-Doc. Pletnew, R. A. Luria, H. Westphalen.

16) Prof. Openchowski (Charkow): Ueber das Erkennen der Localisation des Magengeschwürs. (Verlesen durch den Assist. P. F. Iwanow). Auf Grund von 34 eigenen Fällen und auf Grund der Anatomie der Nerven empfiehlt Prof. O. folgendes Schema: Schmerzhaftigkeit in der Höhe der 4.—7. Brustwirbel entspricht der Localisation des Ulcus an der kleinen Curvatur, — 7. und 10. Wirbel — dem Corpus ventriculi, — 10.—12. Wirbel — an der grossen Curvatur.

17) Prof. Spisharnyi (Moskau): Die chirurgische Behandlung der Folgen des Magengeschwürs. Vortrag. teilt das grosse Material der Facultätsklinik von 15 Jahren mit. Wegen Magengeschwürs sind 113 Operationen gemacht, 111 Gastroenterostomien und 2 Resectionen. Auf die ersten 15 Fälle kommen 5 Todesfälle (33 pCt.), auf die letzten 92 — 1 Todesfall (1,8 pCt.). Von den 2 Resecierten starb einer. 59 Patienten sind nachuntersucht, — 23 mehrfach im Verlauf von 7 Jahren, von diesen sind 9 gestorben (11 pCt.). Gute Resultate sind in 54 Fällen zu verzeichnen, befriedigende in 10, Recidive in 4, Carcinom in 1 Falle. Nach Resectionen werden Recidive nicht seltener beobachtet als nach Gastroenterostomien, doch ist die Prognose beim ersterwähnten Eingriff bedeutend ernster, daher empfiehlt Vortrag. die Resection nur bei Carcinom des Magens.

18) F. S. Borodenko (Charkow): Zur Frage der Function des autonomen Centrums des Pylorus, die die 2. Phase der Magensecretion reguliert. Nach Pawlow beginnt die 1. Phase der Magensecretion durch Reizung des Centralnervensystems (die psychische Phase), die 2. Phase (die reflectorisch-chemische nach Pawlow) tritt ein durch Einwirken eines speciellen Secretins (nach Edkins) oder Hormons (nach Conheim). Das Aufhören der 2. Phase wird bedingt durch einen Impuls, der durch das Regulationscentrum im Pylorus durchgeht. Der Ausfall oder die Abschwächung dieses Impulses bringt eine beständige Magensecretion mit sich. Das Vorhandensein dieses autonomen Centrums erklärt das Vorkommen von Störungen in der Secretionstätigkeit des Magens, es ist auch eine Gegenindication zur vollständigen Pylorusresection.

19) S. F. Derjuschinski (Moskau): 3 Fälle idiopathischer Magenerweiterung, durch Pylorectomie geheilt. Vortrag. empfiehlt für callöse Magengeschwüre die Resection. Bei wiederholten Blutungen soll die Jejunostomie ausgeführt werden.

20) S. J. Spassokukozkij (Saratow): Durchschneidung von innen als normale Methode der Wiederherstellung der verengten Oeffnung

bei Gastroenterostomie. Um die verengte Gastroenterostomieöffnung zu erweitern, wird vom Vortrag. der Magen eröffnet und die Enden der Oeffnung erweitert, dann werden Nähte angelegt. Da bei Gastroenterostomie Verengerungen vorkommen, ist sie keine ideale Methode, daher wird von S. öfter versucht, die Resection zu machen. Das Material des Vortrag. beträgt 165 Fälle von Gastroenterostumie mit 2 pCt. Mortalität, 14 Fälle von Resection mit 14 pCt. Mortalität, 5 Fälle von Ulcus ventric. perforat. mit 20 pCt. Mortalität und von Durchschneidung von innen der verengten Oeffnungen ohne Todesfall, 97 Pat. sind nachuntersucht: 7 — gestorben, 60 — gute Resultate, 30 — schlechte.

Prof. S. P. Fedorow (Petersburg): Das uncomplicierte runde Magengeschwür muss ausschliesslich intern behandelt werden und nur, wenn lange interne Curen nicht helfen, muss operativ vorgegangen werden. Bei Geschwüren der kleinen Curvatur geben Resectionen die besten Resultate (12 pCt. Mortalität), bei Geschwüren des Pylorus — die Gastroenterostomie.

Prof. J. K. Spisharnyi (Moskau) schliesst sich der Meinung Prof. Fedorows an.

Prof. Sapjeshko (Odessa) meint, dass in der Zukunft die chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi die Regel sein wird.

S. J. Spassokukozkij (Saratow) hat in 10 Jahren in Smolensk 189 Operationen wegen Ulcus ventr. gemacht, davon waren 187 Bauern, was gegen die Meinung Prof. Obraszows spricht, dass das Ulcus in den besseren Klassen häufiger ist. Die Behandlung muss der Therapeut haben, doch müssen complicierte Fälle dem Chirurgen übergeben werden. Die Methode der Zukunft wird die Resection sein.

J. E. Rosenzweig teilt 14 eigene Fälle mit, 12 wurden operiert — Gastroenterostomie — 1 Todesfall.

Prof. Sapjeshko (Odessa) bittet die Mitglieder des Congresses, jeden Fall von Resection bei Magengeschwür mitzuteilen und bei Gastroenterostomien breite Oeffnungen anzulegen.

21) F. K. Rose (Charkow): Akromegalie und Hypophysis (mit Krankendemonstration eines wegen Adenom der Hypophyse Operierten). In der Literatur sind 6 Fälle, die operiert sind, beschrieben — 3 von Hochenegg und je 1 Fall von v. Eiselsberg, Kocher und Krause. 2 Fälle endeten tödlich gleich nach der Operation. Vortrag. hat seinen Fall am 27. X. 1909 operiert. Die Technik wird genau geschildert, die Nase wurde nach rechts abgeklappt. Es wurde 3—3,5 grm. des Hypophysentumors entfernt, ein Teil der Hypophyse blieb zurück. Die Höhle der sella turcica wurde drainiert, die Drains durch die Nasenlöcher herausgeleitet. Prima intentio. Die histologische Untersuchung des Tumors erwies gutartiges Adenom (Struma hypophyseos). Der Effect der Operation war auffallend, nach 10 Tagen waren die Schuhe d. Pat. zu gross, die Hand konnte zur Faust geballt werden, die Lippe und Zunge verkleinerten sich; psychisch war Pat. angeregter. Das Roentgenbild zeigt Verkleinerung der Sella turcica.

Prof. S. P. Fedorow weist auf das grosse Interesse hin, das der demonstrierte Fall bietet — es ist der 1. Fall dieser Operation in Russland und der 8. in der Weltliteratur — und fragt den Vortrag., ob er an der Leiche auch die Methode nach Loewe versucht.

F. K. Rose: Die Methode Loewe (pharyngotomia suprahyoidea) hat er an 8 Leichen versucht, doch nur 1 Mal kam er auf die sella turcica. Die nasale Methode ist sicherer.

22) Priv.-Doc. A. A. Opokin (Kasan): Zur Frage der Laminectomie bei Wirbelsäulenfractur (mit Krankendemonstration). Auf Grund seines Falles und nach dem Studium der Literatur kommt Vortrag. zu folgenden Schlüssen: Die Symptomatologie und Pathologie der verschiedenen Quetschungen des Rückenmarks ist noch wenig erforscht, daher sind Mitteilungen beobachteter und operierter Fälle sowie der Sectionsprotocolle erwünscht. Die Radiographie ist ein sehr wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. In der Indicationsstellung zur Operation muss individualisiert werden, das schablonenmässige Einteilen in frühe und späte Operationen ist nicht zulässig. Bei Fracturen der Wirbelbögen oder der Proc. spinosi mit Erscheinungen seitens des Rückenmarks muss verhältnismässig schnell zur Laminectomie geschritten werden. Die einfache Laminectomie ist bei Fracturen der osteoplastischen vorzuziehen. Eröffnung der Dura muss vermieden werden; wenn es aber doch notwendig ist, muss die Dura peinlich mit Catgut vernäht werden. Bei queren Verletzungen des Rückenmarks ist die Laminectomie nutzlos.

Priv.-Doc. Bereskin (Moskau) meint, dass die Indicationen zur Laminectomie recht enge sind.

L. J. Malinowski (Podolien) teilt einen eigenen Fall von Laminectomie mit, es wurde mit dieser Operation bei einem 18-jährigen Pat. mit Skoliose und Parese der unteren Extremitäten ein gutes Resultat erzielt.

23) Prof. J. K. Spisharnyi (Moskau): Eine neue Methode der vollständigen Zungenexstirpation bei Tumoren derselben. Bei grossen Neubildungen der Zunge, besonders wenn sie auf den Mundboden übergehen, bekommt man mit den bis jetzt geübten Verfahren nicht genügenden Zugang. Vortrag. macht eine pharyngotomia suprahyoidea.

Nach Eröffnung des Pharynx bekommt man guten Zutritt, die Zunge wird an ihrer Basis gelöst und mit den betreffenden Teilen des Mundbodens und den Drüsen entfernt (Genauere Technik und Krankengeschichte cf. Russki Wratsch Nr. 5, 1910). Vortrag. hat bei 5 Patienten seine Methode mit Erfolg angewandt.

Priv.-Doc. Minz (Moskau): Die Pharyngotomia suprahyoidea gibt zweifellos viel Raum für Operationen im mittleren und unteren 1/3 des Pharynx, zu dem oberen 1/3 dagegen ist der Zugang nicht günstig, der arcus ist viel höher.

E. Hesse.

(Fortsetzung folgt).

Dr. med. Otto von Grünewaldt †.

Am 8. Mai starb zu Reval im Alter von 80 Jahren Dr. med. Otto v. Grünewaldt, ein Mann, der jahrzehntelang in hervorragender Stellung hier unter uns gewirkt. Das Bild seiner vornehmen Persönlichkeit steht den Zeitgenossen und einstigen Collegen noch in lebendiger Erinnerung, und auch unter den jüngeren Generationen unserer Aerzteschaft, die ihn nicht mehr persönlich gekannt, ist sein Name hochgeachtet.

Geboren am 30. März 1830 auf dem Gute Koik in Estland, besuchte Otto v. Grünewaldt die Ritter- und Domschule zu Reval und studierte hierauf 1848—52 Medicin an der Universität Dorpat, an der er 1853 auf Grund seiner Dissertation «Succi gastrici humani indoles physica et chemica ope fistulae stomachalis indagata» zum Dr. med. promoviert wurde. Als Student gehörte er der damals sich constituierenden Corporation «Baltica» an, trat aber zugleich, und mehr noch im späteren Leben, in nahen persönlichen Verkehr mit Landsleuten der «Livonia», die ihn auch zu ihrem 50jährigen Jubiläum 1872 als Ehrenphilister aufnahm. Nach weiterer Ausbildung im Auslande (Prag, Wien, Paris, Berlin) und vorübergehender militärärztlicher Tätigkeit in Helsingfors, liess er sich 1857 als praktischer Arzt, speciell Frauenarzt, in St. Petersburg nieder. Hier war er successive: 1857—60 Ordinator am Hebammeninstitut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Stadtaccoucheur, 1872—74 Professor am gen. Institut, 1878—1890 Director des Evangelischen Hospitals. Besonders in letztgenannter Stellung entwickelte er eine überaus segensreiche Tätigkeit, die hier bis heute unvergessen ist.

v. Grünewaldt gehörte zu denjenigen Gynäkologen, die schon mitten in praktischer Tätigkeit stehend, die gewaltigen Wandlungen, die durch die Anti- resp. Aseptik in Geburtshilfe und Gynäkologie hervorgerufen wurden, miterlebten, und an dem Aufschwunge ihres Specialfaches tätigen Anteil nehmend, die neuen Errungenschaften in Methode und operativer Technik sich erst zu eigen machen mussten. Er tat es mit begeistertem Energie und mit Erfolg. Zugleich war er in seinem Specialfach wiederholt auch literarisch tätig, und seine Arbeiten fanden die Anerkennung der Fachgenossen.

Einer der bekanntesten und gesuchtesten Frauenärzte unserer Stadt, widmete er sich auch seiner ausgebreiteten Privatpraxis mit voller Hingabe.

Und doch waren es seine ärztlichen Tätigkeiten und Leistungen nicht allein, die ihm das rückhaltlose Vertrauen, die dankbare Anhänglichkeit seiner zahlreichen Patientinnen gewannen: erst Mensch, — dann Arzt! — und v. Grünewaldt war ein edler Mensch, ein wahrer Edelmann, wie von Geblüt, so von Charakter. Seiner ritterlichen äusseren Erscheinung entsprach der innere Adel seines Wesens. Hier waren frische Tatkraft mit feinem Zartgefühl, vornehme Zurückhaltung mit gewinnender Liebenswürdigkeit und wohltuender Herzenswärme wunderbar gepaart. Zudem war er ein begnadeter Redner, geistvoll und formvollendet war alles, was er sprach, waren seine wissenschaftlichen Vorträge wie seine Gelegenheitsreden. Und wer das Glück hatte, ihn im engeren Kreise seiner Freunde gesellig verkehren zu sehen, der lernte ihn auch als bezaubernden humorvollen Gesellschafter kennen.

So war v. Grünewaldt von Natur zu führender Rolle berufen und tatsächlich hat er auch eine solche in unseren Aerztekreisen jahrzehntelang unbestritten innegehabt, vor allem im «Verein St. Petersburger Aerzte», dem er be-

sonders nahe stand. Der Verein betrauert in ihm den letzten seiner Stifter und zugleich seinen Ehrenpräsidenten. Von der Gründung des Vereins (1859) an hat er dem Ausschuss angehört, zuerst als geschäftsführender Secretär (1859—61), dann als Vicepräses (1861—65) und darauf ununterbrochen volle 25 Jahre lang (1865—1890) als Präses! Solange der Verein sich seines Vorsitzes erfreuen durfte, schien es ganz selbstverständlich, dass er ihn 25 Mal der Reihe nach alljährlich zu diesem Amte wiederwählte, und unermüdlich nahm der vom allgemeinen Vertrauen der Mitgliederschaft getragene Präses die Wahl immer wieder an. Geradezu glänzend vertrat v. Gruenewaldt den Verein bei der Feier des 25-jährigen Jubiläums (1884), wobei er auch den Festvortrag: «Ueber die Wandlungen der Anschauungen und Principien in der Geburtshilfe und Gynäkologie während der letzten 25 Jahre» hielt.

Kurz vor seinem Abschiede von Petersburg 1890, aus Anlass der Feier der 500-sten Sitzung, wurde ihm in dankbarer Anerkennung seiner Verdienste um den Verein eine Ehrengabe (Schreibzeug und Präsidentenglocke) dargebracht. Als er noch in demselben Jahre in den Ruhestand trat und Petersburg verliess, verlieh der Verein ihm die höchste Würde eines Ehrenpräsidenten. Ferner war er auch Mitbegründer der geburtshilflich-gynäkologischen Section des Vereins. Auch der «Deutsche Aerztliche Verein» zählte ihn seit 1865 zu seinen Mitgliedern und in der Folge zu seinen Ehrenmitgliedern.

Volle 20 Jahre sind vergangen, seit v. Grünewaldt die Berufsarbeit hier niederlegte und sich in seine geliebte Heimat auf sein Landgut Haakhof in Estland zurückzog. Dort widmete er sich der Verwaltung seines Gutes, allgemeinen Interessen des Landes und der Niederschrift seiner Familiengeschichte: «Vier Söhne eines Hauses». So sehr er aber auch in und mit seiner alten, nun wiedergefundenen baltischen Heimat lebte,—seine Petersburger Freunde und Collegen vergass er nicht. Bei verschiedenen Anlässen hat er immer wieder Gelegenheit genommen, uns Beweise seiner treuen Anhänglichkeit zu geben. Als 1902 die Centennarfeier der Universität Dorpat auch in Petersburg festlich begangen wurde, kam er eigens herüber, um hier die Festrede auf die Alma Mater zu halten. Damals haben wohl die meisten von uns ihn zum letzen Male gesehen. Den Genuss eines Otium cum dignitate haben schwere körperliche Leiden ihm nur zu bald getrübt. Gleich in den ersten Jahren seines Ruhestandes musste er sich einer Nephrectomie unterwerfen, die er über Erwarten gut überstand, so gut, dass er auch später noch der Jagd obliegen konnte, der er seit jeher leidenschaftlich ergeben war. Vor wenigen Jahren musste er noch eine Sectio alta durchmachen. In letzer Zeit stellte sich ein zunehmendes Siechtum ein, von dem der Tod ihn nun erlöst hat.

In heimischer Erde, im Erbbegräbnis zu Orrisaar ist er bestattet worden. Mit Stolz kann seine Heimat Estland ihn unter den besten ihrer Söhne nennen, aber auch wir hier dürfen, in dankbarer Erinnerung an sein Berufsleben, von Dr. med. Otto v. Grünewaldt sagen: «Er war unser!».

Auch wir ehren sein Andenken!

B.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Das Peter-Paul-Hospital beging am 16. Mai die Feier seines 75-jährigen Bestehens. Im Grossen Saal des Hospitals versammelten sich um 1 Uhr tags die Aerzte des Hospitals mit dem Oberarzt Dr. Smirnow an der Spitze, Stadtverordnete, Vertreter der medicinischen Welt u. s. w. Nach einem Gottesdienst gab der Chefarzt einen Ueberblick über die Geschichte des Hospitals, worauf die Glückwünsche entgegengenommen wurden. Im Namen des Medicinischen Instituts für Frauen sprach Professor Ssalaskin, der Gehilfe des Stadthaupts Demkin gratulierte im Namen der Stadtverwaltung, Dr. Netschajew übermittelte die Wünsche der Oberärzte der städtischen Hospitäler. Schriftliche Glückwünsche waren vom Stadthauptmann und vielen anderen Personen eingelaufen.

Aus der in diesem Anlass herausgegebenen umfangreichen Festschrift, die viele statistische Daten, Pläne und Kartogramme enthält, ist zu ersehen, dass das Hospital infolge eines Befehls des Kaisers Nicolaus I vom 25. April 1830 erbaut wurde. Es gab damals in St. Petersburg nur 3 Krankenhäuser, und das Bedürfnis nach einem grösseren Hospital war dringend geworden. Der Kaiser befahl daher, 400000 Rubel aus der Staatskasse zwecks Errichtung eines Hospitals mit 200 Betten anzuweisen. Am 30. Juli 1832 erfolgte die Grundsteinlegung des Hospitals und am 16. Mai 1835 wurde der vollendete Bau eingeweiht. Die Baukosten betrugen 684303 Rbl. und die innere Einrichtung kostete 128235 Rbl. Das Hospital wurde in den folgenden Jahren bedeutend erweitert und ausgebaut. Einen Wendepunkt in der Geschichte des Hospitals bedeutete der Uebergang desselben gleichzeitig mit anderen Hospitälern an die Stadtverwaltung im Jahre 1884. Wenn auch die Zahl der Betten um 260 zugenommen hat, so entspricht dies noch lange nicht den Bedürfnissen der ärmeren Stadtbevölkerung, denn das Hospital bleibt ständig überfüllt, und zu den 660 etatmässigen werden ca. 1000 ausseretatmässige ergänzt, so dass die Zahl der stationären Kranken pro Tag ca 1600 beträgt. Seit 1887 besteht am Hospital ein Ambulatorium, in welchem die Zahl der poliklinischen Patienten von 12178 im Jahre 1887 auf 90209 im Jahre 1909 gestiegen ist. Die Gesamtzahl der stationären Kranken betrug im Jahre 1908 17492. Eine besondere Bedeutung erlangte das Hospital, als es mit dem Medicinischen Institut für Frauen vereinigt wurde, indem es zu einer klinischen Lehranstalt wurde. Hierdurch wurden viele neue Einrichtungen und Ergänzungen nötig, die sonst in den Stadthospitälern fehlen. Aus dem Verzeichnis der zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten der am Hospital beschäftigten Aerzte ist zu ersehen, ein wie reges wissenschaftliches Leben dort herrscht. Es wäre nur zu wünschen, dass im Hinblick auf die wissenschaftliche Bedeutung des Hospitals die vielfachen Misstände, die erst vor kurzem bei der Revision aufgedeckt wurden, möglichst beseitigt würden und das Hospital äusserlich wie innerlich eine Gestalt annähme, die einem Residenzhospital, das zudem wissenschaftlichen und propädeutischen Zwecken dient, entspräche.

— Die Studenten der Militärmedicinischen Akademie sollen in diesem Sommer während der Ferien auf ihren Wunsch zu Militärhospitälern commandiert werden mit einem Gehalt von 25 Rbl. monatlich und freier Reise, falls sie in die ausserhalb Petersburgs gelegenen Hospitäler geschickt werden.

— Am 5. April fand die allgemeine Versammlung der Mitglieder der Gesellschaft zur Fürsorge für die Waisen der Aerzte (Общество попеченія о сиротахъ — дѣтяхъ врачей) statt. Aus dem Rechenschaftsbericht ist zu ersehen, dass das Capital der Gesellschaft am 1. Januar 1910 18086 Rbl. 43 Kop. betrug. Davon sind 3500 zur Errichtung eines Knabenasyls bestimmt. Die Zahl der Mitglieder beträgt 1775; davon entfallen 518 auf St. Petersburg, die übrigen sind im ganzen Reich verteilt. Im Jahre 1909 betrugen die Einnahmen 10956 Rbl. und 42 Kop. Im Berichtsjahr weist sowohl die Zahl der Mitglieder als auch die Summe der Beiträge eine bedeutende Zunahme auf. Die Gesellschaft besitzt ein Mädchenasyl, in welchem im Berichtsjahr 15 Mädchen verpflegt und erzogen wurden. Vorsitzender der Gesellschaft ist Dr. A. Grjasnow, Secretär Dr. M. Onizkanskij. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 3 Rbl. jährlich. Im Hinblick darauf, dass die Witwen und Waisen der Aerzte meistenteils ganz ohne Mittel zurückbleiben, ist es zu wünschen und zu hoffen, dass recht viele Collegen dem sympathischen Unternehmen beitreten.

— Während des in St. Petersburg bevorstehenden internationalen Congresses für Geburtshilfe und Gynäkologie am 9. (22.)—15. (28.) September wird in den Räumen des Kaiserlichen Instituts für Geburtshilfe und Gynäkologie, wo auch der Congress tagen wird, eine Ausstellung stattfinden, die auch nach Schluss des Congreses noch eine Woche lang geöffnet bleiben wird. Als Ausstellungsobjecte werden vom Organisationscomitee angeführt: 1) Anatomische und pathologisch-anatomische und embryologische Präparate, die Beziehungen zu den weiblichen Sexualorganen haben, sowie Abbildungen von solchen Präparaten. 2) Chirurgische Instrumente, und zwar sowohl moderne als solche, die historisches Interesse für die Geburtshilfe und Gynäkologie haben. 3) Gegenstände, die zum Gebärhaus, der Wöchnerinnenpflege und überhaupt zur Geburtshilfe und Gynäkologie Beziehung haben. 4) Gegenstände, die zur Pflege des Neugeborenen gehören. 5) Pläne von geburtshilflich-gynäkologischen Kliniken und Hospitalabteilungen. 6) Gegenstände, die Unterrichtszwecken dienen: Phantome, Moulagen, Diapositive u. dgl. 7) Bildnisse von hervorragenden Geburtshelfern und Gynäkologen. 8) Bücher, die ein bibliographisches Interesse besitzen. 9) Pharmaceutische Präparate. Die Liste der auszustellenden Objecte ist an den Secretär Dr. Redlich (St. Petersburg, Spasskaja 25) bis zum 14. August einzusenden, die Ausstellungsobjecte müssen zum 1. (14.) September im Institut (Wassili Ostrow, Universitätslinie, 3) eingeliefert werden.

— Im Juni soll in Moskau ein Congress der Pharmaceuten stattfinden.

— II. Kurländischer Aerztetag in Libau am 28., 29. und 30. Mai d. J.—Programm. Freitag, den 28. Mai 10 Uhr morgens Eröffnung des Aerztetages und Begrüssung der Erschienenen durch das Präsidium. 1) Geschäftliche Sitzung: a. Rechenschaftsbericht. b. Bestimmung des Orts und der Zeit für den III. Kurl. Aerztetag. c. Wahlen für denselben. — Pause von 10 Minuten. 2) Dr. Sadikow-Talsen: Die Bekämpfung der Lepra in Kurland i. J. 1909. 3) Dr. Christiani-Libau: Bericht über die getroffenen Massnahmen zur Bekämpfung des Carcinoms. 4) Bericht der

Commission betr. die Irrenfürsorge. 5) Dr. Ed. Schwarz-Riga: Zur Pathologie des liquor cerebrospinalis. Sitzung von 3—7 Uhr nachmittags. 1) Dr. Pelling-Mitau: Ueber anorganische Herzgeräusche. 2) Dr. Ed. Schwarz-Riga: Commotio cerebri. 3) Dr. Alksne-Libau: Ueber Pyelitis. 4) Dr. Raphael-Mitau: Ueber die Infectionskrankheiten, die Kurland in den letzten Decennien heimgesucht haben. 5) Dr. Zoepffel-Libau: Einige Bemerkungen über die Hygiene und Diätetik bei Seebadecuren. Sonnabend den 29. Mai Sitzung von 9—1 Uhr. 1) Referate über Appendicitis: a. Dr. Brehm-Libau: die Therapie der acuten Appendicitis. — b. Dr. Michelson-Riga: die Therapie der chronischen Appendicitis. — c. Dr. Tantzscher-Mitau: Diagnose und Differentialdiagnose der Appendicitis. Discussion: Dr. A. v. Bergmann-Riga, Dr. Greiffenhagen-Reval, Dr. Alksne-Libau, Dr. Rappeport-Libau und Dr. Mey-Riga. 2) Dr. Alksne-Libau: Ueber künstliche Hernien. 3) Dr. Heinrichsen-Kandau: Empyema pleurae. 4) Dr. Danilewsky-Libau: Ueber Intubation. Sitzung von 3—7 Uhr nachmittags: 1) Dr. Chr. Siebert-Libau: Zur Casuistik der lethargo-kataleptischen Zustände. 2) Dr. H. Siebert-Stackeln: Todesursachen und pathol.-anatomische Befunde bei Geisteskranken in der livl. Heil- und Pflegeanstalt Stackeln. 3) Dr. Hildebrand-Mitau: Arteriosclerosis und Nervenkrankheiten. 4) Dr. Ischreyt-Libau: Ueber Vorstufen des primären Glaukoms. 5) Dr. Braun-Libau: Die Schädigung des Auges durch Licht und ihre Verhütung. 6) Dr. Thilo-Riga: Demonstrationen. 7) Demonstration von Mikrophotogrammen, Roenthgenaufnahmen, pathol.-anatom. Präparaten. Sonntag, den 30. Mai: Sitzung von 10—1 Uhr. 1) Dr. Sedding-Hasenpoth: Referat über die Hebammenfrage. 2) Dr. Goldberg-Libau: Ueber placenta praevia. 3) Dr. Straume-Libau: Ueber einen unter dem Bilde einer phthisis florida verlaufenen Fall von malignem Chorion-Epitheliom. 4) Dr. Bidder-Mitau: Geburtshilflicher Bericht aus der Mitauer Hebammenschule. 5) Dr. Christiani-Libau: Die Indication des künstlichen Aborts.

J. A.: Dr. med. V. Zoepffel,
z. Z. Vorsitzender der Kurl. Aerztegesellschaft.

— Hochschulnachrichten.

Die Conferenz der Militär-medicinischen Akademie in St. Petersburg hat den Lehrstuhl für Infectionskrankheiten und Bakteriologie für vacant erklärt.

Der Privatdocent des Medicinischen Instituts für Frauen Dr. W. Jacobson ist zum Docenten am Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna erwählt.

Der Privatdocent für pathologische Anatomie an der Universität in Odessa, Dr. J. Posharisskij ist zum Professor für dasselbe Fach an der Universität in Warschau erwählt.

Bonn. Der Abteilungsvorsteherin am Hygienischen Institut an der Universität, Dr. med. Maria Gräfin von Linden ist der Titel Professor verliehen worden.

Freiburg i. Br. Den Privatdocenten DDr. O. Pankow (Geburtshilfe und Gynäkologie), O. Bumke (Psychiatrie), E. Gierke (pathologische Anatomie) und H. Schridde (allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie) ist der Titel a. o. Professor verliehen worden.

Philadelphia. Dr. F. T. Stewart ist zum Professor der Chirurgie am Jefferson Medical College ernannt.

— Der nächste Cyklus der Feriencurse der Berliner Docenten-Vereinigung beginnt am 3. October 1910 und dauert bis zum 29. October 1910 und die unentgeltliche Zusendung des Lections-Verzeichnisses erfolgt durch Herrn Melzer, Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus), welcher auch sonst hierüber jede Auskunft erteilt.

— Die Nachricht von dem Tode Robert Kochs macht einen um so schmerzlicheren Eindruck als erst vor kurzem die Deutsche Medicinische Wochenschrift die scheinbar tröstliche Nachricht brachte, dass seine Genesung erfreuliche Fortschritte machte und dass er eine Erholungsreise plante, nach welcher er die unterbrochenen Tuberculosestudien wieder aufnehmen wollte.

Berlin. Am 13. Mai fand die Feier des 200-jährigen Jubiläums der Charité und die Einweihung der 2. Medicinischen Klinik im Hörsaal der neuen Klinik statt. Aus dieser Veranlassung erhielten der ärztliche Director, Generalarzt Dr. Scheibe und die Assistenten der 2. Medicinischen Klinik Brugsch und v. Bergmann den Professortitel. — Die Deutsche Medicinische Wochenschrift bringt einen interessanten Aufsatz über die Geschichte der Charité von Dr. C. M. Brogsitter unter dem Titel «Erinnerungsblätter zur Zweihundertjahrfeier des Königlichen Charité-Krankenhauses und zur Einweihung des Neubaues der 2. Medicinischen Klinik» mit 8 Abbildungen.

— Wiesbaden. Infolge Ablebens des Sanitätsrats Dr. Waetzoldt hat Dr. Plessner in Gemeinschaft mit Dr. Reich, dem ehemaligen Assistenten Dr. Waetzoldts, die ärztliche Leitung der Curanstalt Dietenmühle übernommen.

— Die Cholera in Russland. 2. officielles Bulletin vom 11. Mai.

	Erkrankt und gestorben: vom 2. Mai bis zum 8. Mai	Erkrankt und gestorben: vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Stadt Moskau	— (—)	*1* (*1*)	29. April 1910
Gouv. Witebsk	— (—)	*2* (*1*)	21. » »
darunter			
Stadt Polozk	— (—)	1 (1)	29. » »
Kreis »	— (—)	1 (1)	21. » »
Stadt Kiew	*5* (*2*)	*5* (*2*)	3. Mai »
Gouv. Jekaterinoslaw	*61* (*36*)	*206* (*62*)	10. Jan. »
darunter			
Stadt Jekaterinoslaw	26 (16)	39 (18)	26. April »
Kreis »	7 (2)	7 (2)	5. Mai »
» Bachmut	6 (10)	118 (29)	10. Jan. »
» Slawjanosserbsk	20 (8)	38 (12)	7. März »
» Werchnedujeprowsk	— (—)	1 (1)	25. April »
» Mariupol	— (—)	1 (—)	30. » »
» Nowomoskowsk	2 (—)	2 (—)	5. Mai »
Gouv. Charkow	*7* (*1*)	*26* (*8*)	27. April »
darunter			
Kreis Kupjansk	5 (1)	24 (7)	27. » »
» Starobelsk	2 (—)	2 (—)	8. Mai »
Gouv. Baku, Kreis Lenkoran	— (—)	*10* (*5*)	18. April »
Summa	*73* (*39*)	*250* (*79*)	

Der Kreis Kupjansk, Gouv. Charkow, ist für cholerainficiert erklärt; das Gouvernement Charkow — für von der Cholera bedroht.

In Petersburg wurden in der verflossenen Woche laut Angabe der Sanitätscommission 12 choleraverdächtige Erkrankungen constatiert. Doch wurden nur in einem Falle Choleravibrionen gefunden.

— Cholera. Britisch-Indien. In Kalkutta starben vom 3. bis zum 9. April 76 Personen an der Cholera. — Niederländisch-Indien. Vom 20. bis zum 26. März erkrankten in der Stadt Soerabaya 137 Personen und starben 73. in dem zugehörigen Bezirk 24 (14). — Philippinen. In Manilla wurden vom 1. bis zum 31. März 3 Erkrankungen an der Cholera und 3 Todesfälle gemeldet, in den Provinzen 56 (40).

Pest. Britisch-Indien. Vom 3. bis 9. April erkrankten 27311 Personen und starben 23988. — China. In Amoy wurden im April 2 Fälle von Lungenpest mit tötlichem Ausgang constatiert; ausserdem wurden aus dem Bezirk Chao Yang mehrere Pestfälle gemeldet. — Türkei. In Djedda erkrankten vom 25. April bis 1. Mai 6 Personen und starben 5, Lohain 31 (24). — Aegypten. Vom 30. April bis 6. Mai erkrankten 83, starben 58 Personen. — Persien. Bis zum 3. April wurden 3 Pestfälle constatiert.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 1. bis 7. Mai wurden 4 Erkrankungen angezeigt. — Oesterreich. In Nieder-, Oberösterreich, Kärnten und in der Bukowina wurde je 1 Erkrankung an Poliomyelitis registriert.

— Genickstarre. Preussen. Vom 1. bis 7. Mai wurden 11 Erkrankungen und 7 Todesfälle gemeldet.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Odessa der Chefarzt des neuen Stadtkrankenhauses, Dr. M. Kakowskij, im Alter von 47 Jahren, approbiert 1888; 2) in Moskau der Privatdocent an der Universität Dr. S. Sassjazkij, 60 Jahre alt, approbiert 1873. Seit 1874 war er Lehrer an der Feldscherschule; 3) in Baden-Baden Dr. Robert Koch, geb. 11. December 1843. Ein ausführlicher Nekrolog erscheint in einer der nächsten Nummern; 4) Dr. F. Tilden Brown, Professor der Urologie an der Universität in New-York; 5) Dr. Howard T. Ricketts, Professor der pathologischen Anatomie an dem Rush Medical College in Chicago.

— **Das Verzeichnis der zur Besprechung zugegangenen Bücher findet sich auf Seite III des Umschlags.**

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 5. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift“. 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi medizīny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Pathologie und Therapie.

Medizinsk. Obosren. 1909.

G. Wladimirow: Ueber Angioneurosen im Kindesalter. (Nr. 12).

In der vorliegenden Arbeit berücksichtigt W. speciell die vasomotorischen Neurosen. Das Centrum für das vasomotorische System liegt im verlängerten Rückenmark. Wahrscheinlich gibt es jedoch ein vasomotorisches Centrum in der Hirnrinde, von da ziehen die Bahnen zu den subcorticalen Knoten, von diesen durch die Varolsbrücke zum vasomotorischen Hauptcentrum, von hier aus ziehen die Vasomotoren durch die Seitenstränge des Rückenmarks und treffen in der grauen Substanz mit den Centren niederer Ordnung zusammen und nach Durchtritt durch die vorderen Wurzeln der Rückenmarksnerven treten sie mittelst der Rami communicantes in die Ganglien des Grenzstranges des Sympathicus. Es können also als Ausgangspunkt einer abnormen Reizung sowohl die Knoten in der Gefässwand dienen, als auch die erwähnten Centren im Rückenmark, in der Medulla oblongata und in der Corticalsubstanz. Es kann nun entweder durch Reizung der Vasomotoren eine locale Anämie, Syncope locale oder durch Lähmung eine Hyperämie, Asphyxia localis verursacht werden. Verf. hat bei einem sechsmonatlichen Kinde eine solche Asphyxia localis beobachtet. Bei dem sonst gesunden Kinde wurden ab und zu die Füsse blau und kalt. Die Sensibilität war dabei intact. Einmal stellte sich die Erscheinung nach einem eclamptischen Anfall ein. In diesem Anfall konnte neben der Asphyxie auch die Syncope locale beobachtet werden; auf dem dunkelblauen Fond der Fusssohlen traten weisse Flecke auf, welche dann erst wieder rot und dann blau wurden. Die Asphyxia localis hielt 4 Tage an. Ein anderes Mal konnte Verf. am selben Kinde die Syncope locale eines grossen Zehs beobachten, welcher dabei totenbleich wurde. (doigts morts). Die physiologische Asphyxia localis unterscheidet sich von der oben beschriebenen dadurch, dass sie 1) durch den Einfluss einer niedrigeren Temperatur verursacht wird, 2) tritt bei ihr nicht Syncope locale und Erythrodermie auf, 3) hat die Asphyxia localis als Angioneurose, einen paroxysmalen Charakter. Einen zweiten Fall beobachtete Verf., bei dem es sich um eine Combination von vasomotorischen und sensiblen Symptomen handelte mit gleichzeitigen secretorischen Störungen, Hyperhydrosis, sowie Störungen der Temperaturempfindung. Das Zusammenfallen eines eclamptischen Anfalls mit der Asphyxia localis im ersten Fall braucht kein zufälliges zu sein. Es ist vielmehr anzunehmen, dass während des Spasmus der Hautgefässe, ein gleicher Spasmus der Hirngefässe bestand, der eine Asphyxia localis im Hirn und dadurch Krämpfe zur Folge hatte. Wenn diese Annahme richtig ist, so ist es klar, weshalb keine anatomischen Veränderungen des Centralnervensystems eclamptischer Kinder zu finden sind. Dann ist die Genese der Eclampsie ein Gefässkrampf und die Therapie hat sich gegen diesen und gegen die Ischämie zu wenden, nicht aber mit warmen Bädern Ableitung auf Darm und Haut zu erstreben. Angezeigt wäre das Amylnitrit.

L. Diwawin: Ueber die Anwendung des Thiosiamins und des Fibrolysins in der alltäglichen Praxis. (Nr. 12).

Verf. macht Mitteilung über 2 Fälle von Hautverbrennung und über einen Fall von traumatischer Verlötung des Dünndarmes, in welchen das Thiosiamin mit Erfolg angewandt wurde. Das Fibrolysin ist bedeutend teurer. D. verwendete: Thiosiamin 1,5; Anästhesin 1,0; Spirit. vini 70°—10,0. Injiciert wurde über einen oder zwei Tage ein Gramm der Lösung.

O. Bronstein: Zur Bakteriologie der asiatischen Cholera. (Diagnose, Vaccination, Serumtherapie. (Nr. 12).

Ein Sammelreferat.

Ss. Jarussow: Material zur Frage über die Einwirkung des Atoxyls auf den Verlauf der Febris recurrens. (Nr. 12).

J. resümiert, dass der Einwirkung des Atoxyls zuzuschreiben ist 1) eine kürzere Dauer der Krankheit, weil dieselbe häufiger auf einen Anfall beschränkt wird, 2) eine Abkürzung der Dauer des zweiten und dritten Anfalles, 3) eine Verlängerung der ersten Apyrexie, 4) eine Verminderung der Spirochäten im Blute während des zweiten und dritten Anfalles, 5) ein günstiger Verlauf und weniger Todesfälle.

N. Tschekaninskaja: Erkrankung des Auges infolge einer Entzündung des Sinus frontalis. (Nr. 13).

Patientin befiel mit Kopfweh und Schmerzen in der Stirn. Nach 2 Tagen stellte sich Fieber ein, darauf Schnupfen und gesteigerte Schmerzen in Stirn, Auge und Schläfe. Die Augenbewegungen schmerzhaft, die Lider geschwollen. Tags darauf Eitersecretion aus der Nase und Abklingen der Schmerzen. Jetzt bemerkte Pat. eine Dislocation des Augapfels und Doppelsehen. Die Untersuchung ergab einen Tumor der oberen inneren Wand der Augenhöhle, welcher in den Knochen ohne scharfe Grenzen überging und schmerzhaft war. Im Röntgenbilde war ein deutlicher Schatten am Ort des Sinus frontalis erkennbar. Unter Compressen besserten sich die Erscheinungen am Auge. Zur Radicalbehandlung wurde Pat. an einen Nasenspecialisten gewiesen.

Ss. Steriopulo: Der gegenwärtige Stand der specifischen Tuberculosebehandlung. (Nr. 14).

Ein Sammelreferat.

A. Ssinew und R. Drosdowitsch: Der Blutkaliagar nach Dieudonné zur Gewinnung der Choleravibrionen. (Nr. 14).

S. und D. haben mit diesem Nährboden sehr gute Resultate erzielt.

W. Archangelski: Ueber Echinococcus der Leber. (Nr. 15).

Hier war die seltene Erscheinung eines primären Echinococcus der Lunge. Eine secundäre Infection mit dem Fränkelschen Diplococcus, welche zur Eiterung und nachherigem Durchbruch in den Bronchus führte veranlasste die Aushei-

lung des Echinococcus. Wahrend der Expectoration der Chitinmembran, wurde Pat. stark asphyctisch.

K. Woskressenski: Polyperistitir rheumatica acuta. (Nr. 16).

W. veröffentlicht 5 Krankengeschichten. Er hebt die rheumatische Grundlage dieser Periostitis besonders hervor, da häufig Lues als aetiologisches Moment angenommen wird, weil Jodkali gute Dienste leistet und die Periostitis rheum. recht selten ist. Auch Natr. salic. bewährte sich in diesen Fällen.

A. Gerschenson: Consultation für Säuglinge in Odessa (Nr. 16).

Verf. schildert die segensreiche Einrichtung, die zum Heil der Kinder in Odessa ins Leben gerufen ist. Der lebhafte Zuspruch beweist, dass das Bedürfnis nach solchen Einrichtungen durchaus vorhanden ist.

W. Woltke: Ueber die Diagnose der von einem Aortenaneurysma ausgehenden Hämatome. (Nr. 17).

Krankengeschichte eines Falles von Hämatom, welches sich durch Ruptur eines Aortenaneurysmas gebildet hatte, mit welchem die Kranke 4 Monate lebte.

W. Kolli und B. Egis: Die Diphtherie bearbeitet nach dem Material des Morosowschen Kinderhospitals in Moskau aus den Jahren 1903—1907. (Nr. 17).

Ist zum Referieren nicht geeignet.

W. Iwanow: Statistisches über Krebstumoren und deren Complicationen. (Nr. 17).

Ist zum Referieren nicht geeignet.

Th. Brugsch und D. Pletnew: Die experimentellen Grundlagen der functionellen Diagnostik der Pankreas. (Nr. 17).

Die Arbeit erschien in verkürzter Form in den «Verhandlungen» des XXV. therapeutischen Congresses von 1908 in Wien.

J. Ziklinskaja: Die Darmflora und ihre Bedeutung für Leben und Gesundheit des Menschen. (Nr. 18).

Ein Sammelreferat.

E. Marzinowski: Ueber Culturen der Leischmania tropica (s. Ovoplasma orientale tropicum), den Parasiten der «Orientbeule». (Nr. 18).

Die Parasiten des Blutes wachsen nur auf Blutnährböden. Parasiten zeigen dabei niemals ein so reiches Wachstum wie Bakterienculturen und während des Wachstums ist eine Veränderung des Nährbodens nicht wahrnehmbar. Auf künstlichen Medien vermehren sich die Parasiten nicht nur, sondern machen noch ihre eigentümlichen Entwickelungsformen durch, so dass es dank diesem Umstande möglich ist, alle Entwickelungsstadien zu beobachten, wie sie unter natürlichen Verhältnissen im beissenden Tiere vor sich gehen. Ein Moment, welcher die genauere Classification der Parasiten ermöglicht. Eine Anzahl schöner Photogramme illustrieren die Publication. Verf. hat 2 Falle von «Orientbeule» beobachtet.

M. Bermener und O. Bronstein: Zwei Fälle des Pendinschen Ulcus. (Nr. 18).

Zwei Krankengeschichten über die «Orientbeule».

L. Rosenthal: Ueber experimentelle Leukämie. (Nr. 18).

Experimentelle Untersuchungen an Hühnern, welche, wie Ellermann und Bang beobachteten von einer der menschlichen Leukämie entsprechenden Krankheit befallen werden. Wertvoll ist die Tatsache, dass die Leukämie künstlich beim gesunden Huhn erzeugt werden kann und zwar durch Injection einer Emulsion aus Organen eines leukämischen Huhnes. Die Ergebnisse der Rosenthalschen Untersuchungen lassen sich schwer in ein Referat zusammendrängen.

N. Nikolski: Ueber die Bestimmung des opsoninischen Index. (Nr. 18).

Verf. stellt folgende Thesen auf: 1. Entgegen der Wrightschen Schule muss den Leukocyten eine active Rolle im Process der Phagocytose zuerkannt werden. 2. Sowohl bei Kranken als auch bei Gesunden unterliegt die phagocytäre Befähigung der Leukocyten grossen Schwankungen. 3. Analog dem opsoninischen Index muss auch die phagocytäre Kraft der Leukocyten bestimmt werden. 4. Zur Bestimmung der phagocytären Eigenschaften des Blutes muss der opsonino-phagocytäre Index dienen.

Ss. Fedynski: Ueber die Dosierung des Serums bei Diphtherie. (Nr. 18).

F. hat ein grosses Material bearbeitet. Nach seinen Eindrücken sind die Gefahren der Seruminjection jedenfalls viel geringer als die Gefahr der Diphtherieinfection. Die Dosierung ist Erfahrungssache. Doch sind die grossen Dosen insofern von grossem Wert, als sie auch bei schweren Fällen mit Complicationen wirksam sind und den Verlauf der Krankheit günstig gestatten. In einigen Fällen versagt das Serum aus unbekannten Gründen.

Mickwitz.

Charkowski med. shurn. Bd. VI.

D. Grinew: Untersuchungen von Serolipase. (Nr. 5).

Bei Versuchen über die Fermentbildung der Lipase im Serum des Menschen und verschiedener Tiere, wie Kaninchen, Meerschweinchen, Hund, Ziege, Hammel, Kalb und Pferd wurde die Stärke der fermentativen Kraft durch Titration mit $^1/_{20}$ Normal-KHO vor und nach Einwirkung des Serums auf eine 1 pCt. Monobutyrinlösung bestimmt. Dabei liess sich feststellen, dass das Serum durch Erwärmen auf 65—70° ihre fettspaltende Eigenschaft verliert. Doch kann das Serum reactiviert werden durch Zusatz frischen Serums einer anderen Tierart, wobei die Fermentwirkung sogar bedeutend verstärkt wird. Ebenso wird die fettspaltende Wirkung des Pankreassaftes durch das inactivierte Serum erhöht, welches eine Erwärmung bis auf 90° verträgt. Die Verstärkung der fettspaltenden Wirkung ist besonders evident bei kleinen Dosen des Normalserums, erreicht jedoch ein Maximum, über das hinaus eine weitere Verstärkung ausbleibt. Die inactivierten Sera, die eine positive Wassermannsche Reaction mit syphilitischem Antigen geben, weisen auch stärkere fettspaltende Wirkung auf, als normale Sera. Irgend ein Parallelismus oder sonst eine Gesetzmässigkeit zwischen Lipasegehalt und Diphtherieantitoxingehalt der Sera war nicht zu beobachten. Ein gewisses Verhältnis scheint zwischen Lipasegehalt und Complementgehalt des frischen Pferdeserums zu existieren.

K. Georgiewski und S. Nomikosow: Beobachtungen über die Wirkung des Arsacetins beim Rückfallfieber. (Nr. 5).

An 10 Fällen von Rückfallfieber wurde in der Klinik in Charkow das von Ehrlich empfohlene Arsacetin in 10 pCt. wässeriger Lösung angewandt, wobei ein mächtiger Einfluss auf die Weiterentwickelung der Krankheit festgestellt wurde. In 6 Fällen wurde ein zweiter Anfall vermisst, in den weiteren 4 Fällen wurde die Apyrexie bedeutend verlängert. Nur in einem Falle war die Apyrexie von gewöhnlicher Länge und hier war ein sehr geringes Quantum injiciert worden. Bei Anwendung in den allerersten Tagen hat man es in der Hand die Erkrankung zu coupieren.

G. Belonowski: Zur Anaphylaxiefrage.

Nach einem ausführlichen Referat über den Stand der Anaphylaxiefrage werden eigene Versuche mitgeteilt, in denen bei subduraler Injection einer 10 pCt. Lecithinemulsion eiweisssensibilisierte Meerschweinchen unter anaphylactischen Erscheinungen zu Grunde gingen. Ebenso liessen sich die Tiere auch mit Lecithin sensibilisieren und reagieren sowohl auf Lecithin, wie auf Eiweissinjection mit anaphylactischem Tod.

W. Hackenbusch: Die Behandlung der Chorea Sydenhami mit Injectionen einer Lösung von schwefelsaurer Magnesia in den Rückenmarkscanal (Methode von Prof. Marinesco). (Nr. 6).

Aus Beobachtungen von 4 Fällen von Chorea Sydenhami trägt den Verf. den Eindruck davon, dass die von Marinesco empfohlene Injection von Magn. sulf. pur. in 25 pCt. Lösung in den Rückenmarkscanal ein ausgezeichnetes Mittel gegen diese Krankheit darstellt.

Ucke.

Wratschebnaja Gazeta 1909.

S. Jampolski: «Ein Tropfen Milch» (Milchversorgungsanstalten) im Kampfe gegen die Kindersterblichkeit. (Nr. 43).

Bericht über die Versuche in Paris und anderen Städten Frankreichs und in Deutschland gegen die Kindersterblichkeit durch die Versorgung der armen Bevölkerungsclassen mit guter Milch anzukämpfen.

M. Kamenew: Ueber die Milchversorgungsanstalt in Iwanowo-Woskressensk. (Nr. 43).

Bericht über die Tätigkeit der Milchversorgungsanstalt in dem Fabrikort Iwanowo-Wosnessensk für das Jahr 1908. Durchaus befriedigende Resultate, doch ist der Bericht noch nicht vollkommen abgeschlossen.

E. Hindes: Ueber den Einfluss der Wohnungen auf die Kinderentwickelung. (Nr. 43).

Enthält nichts Besonderes.

R. Gerowski: Einige Beobachtungen über die Ausscheidung des Acetons und des Ammoniaks im Harn bei Phloridzindiabetes und Diabetes mellitus. (Nr. 44).

Experimentelle Beobachtungen und Beobachtungen von 2 Patienten stimmten vollkommen mit den Angaben v. Noordens überein. G. fand, dass alle Nahrungsmittel (Eiweiss, Fette, Kohlehydrate) verschieden auf die Acidose bei Diabetes wirken können, je nach dem, wie sich der kranke Organismus zu ihnen verhält. Es besteht keine bestimmte Gesetzmässigkeit in dieser Beziehung. Es genügt nicht nur das Aceton und das Ammoniak des Urins zu bestimmen, auch das in der Atemluft ausgeschiedene Aceton muss bestimmt werden und die Menge der β-Oxyläthersäure im Urin.

W. Aristowski: Ein Fall von branchiogenem Carcinom. (Nr. 44).

Ein 59-jähriger Patient, Hebräer, zeigte bei der Untersuchung unter dem mittleren Teil des linken M. sterno-cleido-mastoideus eine kindsfaustgrosse Geschwulst. Bei der Operation erwies sich, dass der Tumor eng mit den grossen Halsgefässen verwachsen war. Zwei Tage nach der Operation Tod infolge wiederholter Blutungen.

S. Gerenstein: Ueber die Behandlung des Abdominaltyphus mit Pyramidon. (Nr. 44).

Autor empfiehlt dringend Pyramidon bei Typhus abdominalis, das ihm in mehreren Fällen gute Dienste geleistet hat.

A. Putschkowski: Irichloressigsäure bei verschiedenen Läsionen des Trommelfelles. (Nr. 44).

Nichts Bemerkenswertes.

W. Dedow: Zur Casuistik der Tetania strumipriva. (Nr. 45).

Ein Soldat von 25 Jahren litt an Basedowscher Krankheit und bat die Geschwulst am Halse zu entfernen. Zuerst wurde die linke Hälfte der Schilddrüse entfernt, worauf Patient sich 2 Monate gut fühlte. Da dann jedoch wieder Beschwerden, Atemnot und Pulsbeschleunigung auftraten, wurde auch die rechte Hälfte entfernt, wobei die Mittelpartie zurückgelassen und von beiden Seitenpartien Stücke nachgelassen wurden. Patient kam aber bald nachher ad exitum unter heftigen Krämpfen. Bei der Obduction erwies es sich, dass die nachgelassenen Stücke der Schilddrüse zum grössten Teil resorbiert worden waren, infolge dessen trat die Tetanie ein.

S. Mikeladse: Zur Casuistik der gastrischen Erscheinungen bei Malaria. (Nr. 46).

M. beobachtete eine ganze Reihe von acuten Malariafällen, die mit auf der Höhe des Anfalles Erbrechen zeigten, das von Durchfall oder bisweilen Constipation begleitet ist. Die gastrischen Erscheinungen schwinden meist mit dem Fallen der Temperatur, um beim nächsten Anfall wieder in derselben Weise einzusetzen. Das Chinin beseitigt sowohl die Temperaturerhöhungen, wie auch die gastrischen Störungen.

I. Troitzki: Die Kinderernährung mittelst Amme (Lactatio mercenaria). (Nr. 47).

T. wendet sich gegen das Ammenwesen, jede Mutter sollte ihr Kind selbst nähren und sich nicht dazu hergeben, die Kinder anderer Leute zu ernähren und das ihre dabei verkümmern zu lassen. Die Kinder sollten nicht länger wie ein Jahr an der Brust genährt werden. Weiterhin beschäftigt sich Autor mit der Frage der Auswahl einer gesunden und passenden Amme.

D. Kusnetzki: Ein Fall colossaler Elephantiasis eines Beines. (Nr. 47).

Ein Bauernmädchen von 27 Jahren litt seit ihrem 10. Lebensjahr an Schwellung des linken Beines und des Fusses; die Kranke ist schwächlich, anämisch, doch ohne irgend welche ausgesprochene Krankheiten. Eltern gesund, ebenso 3 Geschwister. Das amputierte Bein wog, trotz beträchtlichen Abflusses von Blut aus demselben, 2 Pud und 1/4 Pfd., während das Gewicht der Patientin vor der Operation im Ganzen 4 Pud 17 1/2 Pfd. betrug.

M. Galatzer: Ueber die Allgemeinwirkung von Schlammcompressen. (Nr. 48).

G. stellte fest, dass die heissen Schlammcompressen ausser einer localen auch eine allgemeine Wirkung entfalten, die sich am Puls, der Atmung, der Temperatur, dem Blutdruck bemerkbar macht, doch sind die Veränderungen dieser Art kurzdauernd, unbedeutend und unbeständig. Local wirken die Compressen schmerzstillend und aufsaugend auf alte Exsudate aller Art Lymphdrüsen (tuberculöse), auf tuberculöse Geschwüre in den Eingeweiden blieben sie ohne Einfluss.

A. Grischenko: Der Einfluss des Bergklimas auf die Lungenschwindsucht. (Nr. 48).

Die Höhe über dem Meeresspiegel, das Sonnenlicht und die Trockenheit der Luft sind die 3 Hauptfactore, die beim Bergklima auf die Tuberculose günstig einwirken. Die Jahreszeit spielt keine Rolle. Autor hat seine Beobachtungen in Davos angestellt.

S. Wermel: Das Licht als heilendes Agens. (Nr. 48).

Referierende Arbeit.

A. Pawlow: Ein Fall von bösartiger Neubildung der Sublingualdrüse. (Nr. 49).

Die bösartigen Neubildungen der Sublingualdrüse sind eine grosse Seltenheit. Ein 75 Jahre alter Kaufmann trat mit einer haselnussgrossen Geschwulst in Behandlung von Pawlow, die sich als ein Carcinom der Glandula submaxillaris sinistra erwies. 11 Tage nach der Operation Recidiv; Ausgang unbekannt.

D. Abramow: Die Choleraepidemie in Rostow a. D. im Jahre 1908 nach den Daten des städtischen Nicolaihospitals. (Nr. 49, 50).

A. empfiehlt die Vaccination mit Anticholeraserum, dem einzigen Mittel, das uns bisher noch zur Verfügung steht. Die Vaccination ist durchaus ungefährlich, die Immunität tritt am 6. Tage ein, die Sterblichkeit der Vaccinierten ist nach einmaliger Impfung um 5 ×, nach 2 maliger um 20 × geringer. Die Therapie der Cholera ist leider bei eingetretener Krankheit immer dieselbe unbefriedigende, auch die Serumtherapie gibt absolut ungünstige Resultate. Stühlern in St. Petersburg fand jedoch im Gegensatz zu anderen Autoren, dass die Sterblichkeit bei der Serumbehandlung auf 29,9 pCt. sank.

Schiele.

Chirurgie.

Chirurgija. 1909. Band 26. Nr. 155.

D. Roskatowski: Zur Kenntnis der Chloroformintoxication.

Im Anschluss an 2 Fälle von Chloroformtod erläutert Verf. die Ursachen und den Verlauf der Chloroformintoxicationen. In beiden Fällen handelte es sich um Erkrankungen des Gehirns und wurden die betreffenden Operationen am Schädeldach vorgenommen. Im ersten Fall arbeitete das Herz noch volle 5 Stunden nach dem Atmungsstillstand. Im 2. Fall trat der Tod erst nach 16 1/2 Stunden künstlicher Atmung ein.

W. Wosnessenski: Ueber die operative Behandlung des Zungenkrebses.

Auf Grund anatomischer Studien und Verwertung des in der Literatur vorhandenen Materials kommt der Verf. zum Schluss, dass bei den verschiedenen Operationsmethoden eine Reihe dauernder Heilungen zu verzeichnen ist. Leider ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle trotz weitgehendster Radicalität kein Dauererfolg aufzuweisen.

N. Dawydow: 3 Fälle von angeborener Athrophie des Musculus pectoralis major.

Beschreibung dreier Fälle dieser seltenen Missbildung.

W. Djedow: Zur Casuistik der Tumoren der männlichen Brustdrüse.

Diese Art Tumoren wird sehr selten beobachtet. Im betreffenden Fall handelte es sich um einen 24-jährigen Soldaten, welcher an einer rechtsseitigen Gynäcomastie litt. Im Laufe der Jahre entwickelte sich in der Brustdrüse eine Geschwulst. Bei der Operation konnte dieselbe nach erfolgter mikroskopischer Untersuchung als Adenom angesprochen werden.

W. Bulgakow: Zur Casuistik der Mesenterialtumoren.

Beschreibung eines Falles von Exstirpation eines Mesenterialsarkoms mit günstigem Ausgang.

N. Bogojawlenski: Ein Fall von mesenterialer Chyluscyste.

Die Mesenterialcysten an und für sich sind selten, die Chyluscysten im speciellen ganz besonders selten. In der Literatur sind 33 Fälle beschrieben worden; der vorliegende Fall ist der 34. und der 8. in der russischen Literatur. Die Chyluscysten entwickeln sich aus den Lymphdrüsen des Mesenteriums infolge von Lymphstauung. Die Punction dieser Cysten ist als unzweckmässig und gefährlich zu verwerfen und nur die Exstirpation der Geschwulst anzustreben.

P. Michalkin: Zur Actinomycose des Darmes und der Bauchwand.

In den letzten 10 Jahren wurden im Krankenhause in Nishny-Nowgorod 8 Fälle von Actinomycose beobachtet, darunter 2 Fälle, welche im Darmtractus localisiert wurden. Wenn in der Bauchwand, am häufigsten unten rechts, ein wenig empfindliches hartes Infiltrat auftritt, so hat man stets an Actinomycose zu denken.

W. Nowikow: Ueber den chirurgischen Zutritt zur hinteren und oberen Leberfläche.

Ein Vorschlag zur Operationstechnik der Leberchirurgie auf Grund anatomischer Studien im Odessaer Institut für operative Chirurgie.

W. Djedow: Ein seltener Fall von Angiom im Musculus extensor carpi ulnaris.

Es handelte sich um ein richtiges cavernöses Angiom in der Substanz des Extensor carpi ulnaris. Verf. macht mit Recht auf die Seltenheit der Localisation des Tumors aufmerksam.

E. Hesse.

Russki Wratsch. 1909.

S. Fedorow: Zur Casuistik der Nierenchirurgie: Papillom der Niere, Tuberculose. (Nr. 31).

Genaue Beschreibung 2 Fälle. Im ersten Falle handelte es sich um eine Cancer renis villosus, im zweiten um eine tuberculöse Pyonephrose mit compensatorischer Hypertrophie der anderen Niere.

A. Kadjan: Neue Methoden der Aethernarkose. (Nr. 32).

K. ist ein principieller Anhänger des Aethers, das weniger gefährlich für die Narkose ist, als das Chloroform. In der vorliegenden Arbeit werden 3 Methoden der Anwendung genau besprochen, die Tropfmethode, der Aetherrausch, und die Narkose durch den Dickdarm. Letztere ist gefährlich und nur indiciert bei schweren Operationen am Gesicht, bei denen eine andere Narkose unmöglich ist.

L. Michnewitsch: 2 Fälle von äusserlichen Odontomen. (Nr. 32).

Der erste Fall betraf einen 18-jährigen Arbeiter. Das Odontom bestand 4 Monate und hatte einen Längsdurchmesser von 23 Mlm., einen Querdurchmesser von 15 Mlm. und Höhe von 15 Mlm. Im zweiten Fall war es ein Mädchen von 16 Jahren, bei dem die Geschwulst 1 Jahr dauerte; der Längsdurchmesser war 43 Mlm., der quere 25 Mlm., die Höhe 27 Mlm. und das Gewicht 12,37 gr.

I. Grekow: Muskeltransplantation bei Defecten der Bauchdecken. (Nr. 34).

In der russischen chirurgischen Gesellschaft stellte G. 2 Kranke vor, bei welchen er genötigt war, wegen grosser Defecte der Bauchdecken eine Transplantation vorzunehmen und zwar in einem Falle beider M. sartorii, im anderen eines Stückes des M. obliquus abdominis ext. Beide Operationen verdienen die vollste Anerkennung und breiteste Anwendung; sie sind einfach, zweckmässig und begründet auf anatomische und physiologische Ergebnisse. Beide Krankengeschichten werden in extenso mitgeteilt.

Th. Butkewitsch: Ein Fall von Durchbruch eines wunden Magengeschwürs in die freie Bauchhöhle. Operation. Genesung. (Nr. 36).

Auf Grund der klinischen Untersuchung wurde die Diagnose auf Appendicitis mit Perforation gestellt. Bei der Operation erwies sich aber der Wurmfortsatz intact, in der Peritonealhöhle befand sich aber eine grosse Menge serös-eitrigen Exsudats mit Fibringerinseln. Daher wurde ein perforierter Magenulcus angenommen und demgemäss vorgegangen. Der Irrtum in der Diagnose ist verständlich, weil der Kranke über besonders heftige Schmerzen in der Ileocoecalgegend klagte und das Rovsingsche Symptom sehr deutlich ausgeprägt war.

G. Goldberg: Stichwunde des Brustkorbes mit Vorfall des Netzes. Zwerchfellsnaht. Genesung. (Nr. 37).

Casuistischer Beitrag.

N. Cholin: Zur Technik der Cholecystoenterostomie. (Nr. 39).

Ch. empfiehlt besonders Cholecystoenterostomie nach dem Typus Y.

Mühlen.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Shurn. akusch i shensk. bol. 1910. Januar.

Dieser umfangreiche Band ist Prof. Rein gewidmet anlässlich seiner 35-jährigen Lehrtätigkeit und herausgegeben von seinen Schülern.

A. Redlich: Die geburtshilflich-gynäkologische Klinik.

Beschreibung des neuen klinischen Gebäudes mit Hinzufügung von Plänen und Abbildungen.

A. Redlich: Die Anwendung der X-Strahlen zum Studium des arteriellen Systems der Gebärmutter und der Adnexa.

Eine Reihe vorzüglicher Abbildungen illustrieren die Versorgung der inneren Genitalien durch die Arterien bis in ihre feinsten Verzweigungen. Die Abbildungen beziehen sich auf Uteri im Kindesalter, im Zeugungsalter Stehende, frischer Wöchnerinnen etc.

K. Skrobanski: Experimentelle Studien über die Pathogenese der Eclampsie.

Nach einer längeren Einleitung über den jetzigen Stand der Frage führt S. seine Versuche an. Diese hat er an Katzen ausgeführt. Es wurde eine Placentaremulsion, aus Placenten von Katzen hergestellt, intravenös injiciert, die Tiere starben infolge der Einverleibung toxischer Stoffe; Kater, Katzen und schwangere Katzen gingen unter denselben Bedingungen zu Grunde. Der Zusatz einer 2 pCt. Citronensäurelösung rettet die Tiere nicht vor dem Untergang, aber diese ist doch imstande die tödliche Wirkung der Emulsionen abzuschwächen, durch Hintanhaltung der Gerinnung des Blutes.

I. Sudakow: Ueber die Eclampsiefälle in der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der Akademie.

Bericht über 55 Fälle.

S. Finkel: Der Einfluss des Normal- und Immunserums auf die giftigen Placentarstoffe.

F. zieht aus seinen experimentellen Arbeiten den Schluss, dass das Placentartoxin seine Einwirkung entfaltet sowohl bei intravenöser, wie bei intraabdominaler Einverleibung. Das Serum immunisierter Katzen setzt die Giftwirkung der menschlichen Placentaremulsion herab, ebenso das Serum nicht immunisierter Katzen.

L. Uljanowski: Histogenese des Cystomyoms der Gebärmutter.

Eine 47-jährige Frau hatte einen riesigen Tumor im Leibe, Umfang des Leibes 143 Ctm., Fluctuation. Die Diagnose wurde auf Cystoma gestellt. Bei der Operation erwies sich der Tumor als ein cystisches Myom, dessen Gewicht 2 Pud 8 Pfund betrug und das aus einem grossen und drei kleinen Tumoren bestand. Heilung. Mikroskopisch wies die Geschwulst stark erweiterte Lymphräume auf, daher dieselbe lymphangiectatischen Ursprungs.

W. Dofeldt: Das mütterliche und foetale Blut auf der Grundlage biologischer Reactionen.

Das foetale Blutserum wirkt hämolytisch auf die Erythrocyten der Mutter, das Blutserum der Mutter enthält agglutinierende Stoffe auf das Blut des Foetus in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Biologische Reactionen auf Hämolyse und Agglutination geben bei der Mutter und dem Foetus nicht dieselben Werte, was dafür spricht, dass in dem Blut bei der Passage durch die Placenta chemische Processe vorgehen.

G. Bruno: Fissura abdominis completa.

Ein casuistischer Fall.

G. Pissemski: Ein Fall von Narkosenlähmung nach dem Typus von Erb.

Ein casuistischer Fall.

N. Nejelow: Ueber den jetzigen Stand der Pubiotomiefrage.

Historischer Ueberblick.

S. Saretzki: Ueber «vitale» Färbung des Embryo.

S. untersuchte verschiedene Farbstoffe auf ihre Tätigkeit hin vom mütterlichen Organismus aus durch die Placenta zum Foetus zu gelangen. Auf verschiedene Weise wurde Trypanrot, Trypanblau, Methylenblau, Neutralrot, Alkaliechtgrün einverleibt. Einige dieser Farbstoffe gehen nicht über, andere gehen über teils ohne Beeinflussung der Entwickelung des Foetus, teils mit Schädigung desselben.

D. Abuladse: Schwangerschaft im rudimentären Uterushorn.

Bei einer 30-jährigen Frau fühlte man einen vergrösserten Uterus, von dem ein Stiel ab- und in einen kindskopfgrossen Tumor überging. Laparotomie. Von der linksseitigen Geschwulst ging die Tube ab, der Stiel war solide ohne Canal, das Lig. rot. ging von der äusseren Seite des Tumors ab. Es handelte sich um eine Schwangerschaft von 3—3½ Monate im linken Uterushorn. Genesung.

L. Daschkewitsch: Echinococcus im hinteren Douglas und der Tube.

Eine 43-jährige Hebamme hatte nach einer fieberhaft verlaufenen Geburt einen Tumor bemerkt, der zwei Jahre später nicht mehr zu fühlen war. D. fand einen Tumor in der linken Unterbauchgegend, dieser reichte 1 Finger unterhalb des Nabels. D. diagnosticierte eine intraligamentäre Cyste. Bei der Operation erwies es sich, dass der Tumor ringsum verwachsen war mit Darmschlingen, bei der Punction wird Flüssigkeit herausgelassen, einige Blasen von der Grösse eines Hühnereis und die zusammengefallene Blase werden entfernt, der Tumor sitzt hinter dem Uterus, Entfernung der linken verdickten Tube, Marlydrainage, drohende Erscheinungen von Darmparalyse, am 13. Tage beim Tamponwechsel Abgang von Faeces durch die Bauchwunde, die Fistelöffnung war nicht zu sehen und schloss sich allmählich. Genesung. Bei der Untersuchung fand man Scolices und den charakteristischen Bau der Membran. Als Ausgangspunkt sieht D. das retrocervicale Gewebe an.

A. Sulakow: Peritonisierung mit Netzstücken.

S. hat Tierversuche angestellt, er resicierte ein Stück Netz und bedeckte mit diesem den amputierten Uterushornstumpf auf der einen Seite; zur Controlle wurde beiderseits amputiert, die eine Seite mit Netz bedeckt, die andere nicht. Die bedeckte war stets von Verwachsungen mit Nachbarorganen geschützt, während die andere mit Blase etc. Verwachsungen einging. Auf den Menschen übertragen, rät S. in jedem Fall, wo eine Bedeckung der Wundflächen mit Peritoneum nicht möglich ist, diese mit Netzstücken zu versehen.

Lingen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga. Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 22 St. Petersburg, den 29. Mai (11. Juni) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Robert Koch.

Wenn ein Unsterblicher aufhört unter uns Lebenden zu weilen, so fühlen wir uns versucht, ihm in besonders hohem Masse die Totenehrungen zu bezeugen, durch welche wir sonst gewohnt sind, unsere Achtung vor den Verstorbenen auszudrücken und ihr Andenken der Nachwelt möglichst lange zu erhalten. Aber wie nichtig ist ein solches Beginnen. Jedes Denkmal, das man einem Koch in Schrift, Erz oder Stein errichtet, ist vergänglicher als das Werk seines eigenen Geistes. Das Einzige, was wir tun können, ist — vor seinen Manen in weihevoller Sammlung uns vor Augen zu führen, was wir ihm verdanken und was ihm die Unsterblichkeit verliehen hat. Es ist das Licht, das er hineingetragen hat in eines der dunkelsten Gebiete der Wissenschaft und zugleich in ein Gebiet, das wie kaum ein anderes die Menschheit im Ganzen und jeden Menschen im Einzelnen nahe berührt, — das Gebiet der Infectionskrankheiten. Sein Licht aber hat er nicht gleich einem Prometheus hell leuchtend vom Himmel gerissen, sondern er hat es selbst schaffen müssen, in harter Arbeit, Schlag für Schlag dem spröden Stein den Funken abzwingen und ihn selbst zur Flamme anfachen, mit deren Strahlen er die Finsternis verdrängte.

Als Koch seine Arbeit begann, musste er erst selbst die Methoden schaffen, deren er zu seiner Forscherarbeit bedurfte. Die Bakteriologie war noch so gut wie nicht vorhanden. Schritt für Schritt, in folgerichtigem Aufbau entwickelte er aus den ersten Anfängen heraus seine bakteriologische Technik bis zu einer Vollkommenheit, die ihn in den Stand setzte, die Erreger der Infectionskrankheiten mit Sicherheit aufzudecken, zu isolieren und der experimentellen Untersuchung zugänglich zu machen. Mag auch seitdem das von Koch errichtete Gebäude so sehr überbaut und umgestaltet worden sein, dass seine ursprünglichen Formen kaum noch zu erkennen sind, das Fundament ist doch dasselbe geblieben, wie er es in mächtigen Blöcken gefügt hat.

Ausgerüstet mit seiner Technik, drang Koch in das unbekannte Gebiet vor, und was er darin entdeckte, verdankte er nicht glücklichen Zufälligkeiten, sondern nur sich selbst. Kämpfte er sich anfänglich allein, und nur auf die eigene Kraft angewiesen, vorwärts, so schlossen sich ihm bald die Besten seiner Zeit an — ein Löffler, ein Gaffky, und, fortgerissen von der Macht des Lehrers, schaarten sich um ihn die jungen aufstrebenden Geister: wie Ehrlich, Behring, Flügge, Fränkel, Pfeiffer, Kalle, Wassermann und alle die Vielen, die, zum Teil selbst vom Hauche der Unsterblichkeit berührt, die grosse Koch sche Schule über die gesamte Culturwelt ausgebreitet haben.

Um uns die Grösse Kochs zu vergegenwärtigen, brauchen wir hier nicht zu einer ängstlichen Aufzählung all seiner Werke und Erfolge zu greifen. Sie haben in ihrer Gesamtheit die moderne Medicin durchquickt und durchdrungen; auf jedem Schritt fühlt sie der praktische Arzt, wie der experimentierende Forscher. Und mehr als das; sie leben in dem Bewusstsein eines jeden gebildeten Menschen. Unwillkürlich verbindet er mit dem Namen Kochs die Vorstellung von dem Siege über diese oder jene verheerende Seuche.

Kochs Choleravibrionen, Kochs Tuberkelbacillen! Alle wissen es, dass er nicht nur die Erreger dieser Krankheiten entdeckt hat, sondern dass er auch ihre Lebensbedingungen erforscht und in logischer Denkbarkeit die Mittel zu ihrer Verhütung und Bekämpfung errungen und der Welt geschenkt hat. Wie stolz klingen noch in unseren Ohren die Worte Kochs, die er vor zwei Jahren in Philadelphia, der Cholera erwähnend, aussprach: „Wir fürchten sie nicht!". Er selbst war es, der die Furcht vor ihr vernichtet hat; er selbst hat die von ihm entdeckten Vibrionen auf ihren Irrwegen durch die belebte und unbelebte Natur verfolgt; er selbst hat seiner Heimat die Organisation gegeben, welche sie in den Stand setzt, ohne Furcht der an ihre Grenzen wogenden Epidemie entgegenzusehen. Und wie der Cholera, so hat er auch der Malaria, der Rinderpest, der Schlafkrankheit und vielen anderen Seuchen ihre Schrecken geraubt, indem er den Kampf gegen sie in zielbewusste, durch die Ergebnisse der Forschung logisch vorgezeichnete Bahnen lenkte. Sein Grösstes aber ist sein Tuberculosewerk; es ist der weit in künftige Jahrhunderte hinausleuchtende Gipfel des Denkmals, das er sich selber gesetzt hat. Hierher richten sich die Blicke aller, die die Grauen der Tuberculose in ihrem ganzen Umfange erfasst und den Kampf mit ihr aufgenommen haben. Musste früher die Menscheit in stummer Ergebenheit diesem unerbittlichsten aller Tyrannen ihren

Tribut an Leben und Gesundheit zahlen, so hat Koch sie in den Stand gesetzt, die Zwingherrschaft zu brechen. Noch ist der Sieg nicht errungen, Koch selbst hat ihn nicht erlebt; aber er konnte in dem beglückenden Bewusstsein dahingehen, dass der Befreiungskampf, der noch Generationen lang dauern wird, doch endlich zum Ziele führen muss und zwar dank ihm. Hat nicht er den unsichtbaren Feind seiner Mysterien entkleidet, ihn sichtbar und greifbar gemacht, ihn bis in die feinsten Eigenarten seines Wesens erforscht und endlich ihm sogar selbst die Mittel abgerungen, die uns zum Widerstand gegen ihn befähigen. Als vor 2 Decennien die Welt von Kochs grösster Errungenschaft, dem Tuberculin, erfuhr, da gerieten die Geister der Alltagsmenschen in Verwirrung. Die einen wollten und konnten es nicht fassen, dass es ein specifisches Heilmittel gegen die Tuberculose geben sollte, die anderen verfielen in den Wunderglauben an eine allmächtige Panacee. Nur Koch blieb ruhig in dem Widerstreite der Meinungen; er wartete, bis sich die Wogen legen würden, und es ist ihm auch vergönnt gewesen, noch zu sehen, wie seine Mitwelt es lernte, sein grosses Geschenk zu würdigen und in rationeller Weise zum eigenen Heile zu verwenden.

Solche Wohltäter der Menschheit, wie Koch, stehen auf so hohem Piedestal, dass jede Anaylse ihrer Persönlichkeit, jedes Abschätzen ihrer positiven und negativen Charaktereigenschaften nur kleinlich erscheinen kann. Und dennoch, wenn wir uns das Gesamtbild Kochs vor Augen führen, so drängen sich uns gewisse Züge auf, durch die sich diese Koryphäe der Wissenschaft von anderen unterscheidet. Die Wissenschaft, heisst es, hat kein Vaterland. Das mag wahr sein; aber die Männer der Wissenschaft sind doch Kinder ihrer Heimat. Trug der grösste Zeitgenosse Kochs, der unsterbliche Pasteur, die Züge des sprühenden französischen Genies, so verkörperte der unsterbliche Koch selbst die exacte deutsche Arbeitstreue. Ist auch das Lebenswerk Kochs international, er selbst bleibt eine deutsche Nationalgestalt.

Ueber Tumoren der Patella.

Von

Dr. Rudolf Wanach.

In den Lehrbüchern der Chirurgie sind die Neubildungen der Kniescheibe kaum erwähnt. Selbst in einem so speciellen Werk wie Nasses „Chirurgische Krankheiten der unteren Extremitäten" [1]) findet sich auf pag. 352 nur die kurze Bemerkung: „Tumoren der Patella sind ziemlich selten. Schwartz fand unter 155 Knochensarcomen der unteren Extremitäten nur 2 Sarcome der Patella". Die Arbeit von Schwartz [2]) war mir nicht zugänglich, ich weiss daher nicht, welche Fälle von ihm citiert werden. Ein von mir operierter Fall von Sarcom der Patella veranlasste mich, die Literatur bezüglich dieser seltenen Erkrankungen durchzusehen. Ich finde im ganzen 15 Fälle von primärem Sarcom der Patella teils kurz erwähnt, teils genauer beschrieben, mit meinem Fall sind es also 16. Dazu kommen 4 Fälle von gutartigen Tumoren. Ist dieses Material auch klein, so lässt sich daraus doch in allgemeinen Umrissen das klinische Bild der Neubildungen der Patella entwerfen, was in den folgenden Zeilen versucht werden soll.

Ich beginne mit der Beschreibung meines Falles.

1. Die Patientin E. K., 37 a. n., wurde von Dr. Urwitsch an mich gewiesen. Sie gab an, dass sie vor 16 Jahren gefallen sei und sich das linke Knie verletzt habe. Das Knie schwoll stark an und die Haut wurde rot. Nach einiger Zeit bemerkte Patientin in der Gegend der Kniescheibe eine harte Geschwulst, die langsam aber stetig grösser wurde. Vor einem Jahr bekam Pat. wieder einen Stoss an demselben Knie, darnach bildete sich ein Abscess auf der Geschwulst, welcher durch einen Schnitt geöffnet wurde. Die Wunde ist seitdem nicht geheilt. — Patientin ist von mittlerem Wuchs, gutem Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute blass, keine Oedeme. Lungen ohne pathologischen Befund. Herztöne dumpf, systolisches Geräusch auf der Aorta und, schwächer, an der Herzspitze. Herzgrenzen: oben 3. Rippe, rechts normal, links nicht deutlich bestimmbar. Bauchorgane normal, Harn normal.

Das linke Knie ist stark deformiert. An Stelle der Patella findet sich eine Geschwulst von der Grösse des Kopfes eines einjährigen Kindes. Die Geschwulst ist knochenhart, höckerig, beweglich. Der obere Teil der Geschwulst ist von normaler Haut bedeckt, unten findet sich eine kleine Granulationsfläche, von geröteter, mit der Geschwulst verwachsener Haut umgeben. Die Beweglichkeit des Knies ist normal, die Bewegungen sind schmerzlos, dabei fühlt man im Gelenk hartes Reiben. Pat. wird nur durch die nicht heilende Wunde und durch die Schwere des grossen Tumors belästigt. Die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen zeigt, dass die Geschwulst scharf begrenzt ist und allseitig von einer dünnen Knochenschale umgeben ist. In ihrem Inneren sieht man zahlreiche dicke und dünne Knochenbalken in unregelmässiger Anordnung, zwischen denen sich grössere und kleinere helle Räume befinden. Von der Patella sieht man nur die hintere, dem Gelenk zugekehrte Fläche am oberen hinteren Teil der Geschwulst erhalten: nach vorne und unten zu ist die Patella von der Geschwulst nicht abzugrenzen.

Ich operierte die Kranke am 21. Juli 1906 im hiesigen Peter-Paulhospital. Bogenschnitt an der äusseren Seite der Geschwulst bis zur Tuberositas tibiae. Die Haut wird von der Geschwulst abpräpariert, wobei die Granulationsfläche samt der umgebenden veränderten Hautpartie umschnitten und mit der Geschwulst in Zusammenhang gelassen wird. Darnach wird die Geschwulst aus ihrem Zusammenhang mit den Aponeurosen, dem lig. patellae und der Kapsel des Kniegelenks gelöst. Nach ihrer Entfernung liegt die Synovialmembran in grosser Ausdehnung frei, entsprechend der Gelenkfläche der Patella findet sich in ihr ein Defect, dessen Vernähung misslingt. Um die Gelenkhöhle zu schliessen und den Streckapparat des Knies wiederherzustellen, werden aus dem Vastus externus und Vastus internus nebst ihren Aponeurosen zwei zungenförmige, ca. 3 Querfinger breite Lappen mit oberer Basis gebildet und in der Mittellinie mit einander, unten mit dem ligam. patellae vernäht. Naht der Hautwunde, unter den Hautlappen werden einige Drains und Tampons geschoben. Immobilisierender Verband. — Der weitere Verlauf war ganz glatt. Höchste Temperatur, am 4. Tage, 37,5. — Am 28. Juli Verband. Tampons, Drains und Nähte entfernt. Prima intentio. Am 5. August wurde Pat. mit einem immobilisierenden Verband entlassen. Nach 6 Wochen wurde mit passiven Bewegungen und Massage begonnen, nach ½ Jahr waren die Bewegungen des Knies normal, ebenso kräftig wie am gesunden Bein, das Treppensteigen und Gehen ist leichter als vor der Operation. — Dieses functionell vollkommene Resultat ist bis jetzt — Mai 1910, also fast 4 Jahre nach der Operation — dasselbe geblieben, von Recidiv keine Spur, die Narbe ist vollkommen verschieblich, die zusammengenähten Lappen aus den Vasti haben die Consistenz eines derben sehnigen Bandes, das bei Beugebewegungen des Knies in der Fossa intercondyloidea des Oberschenkels unter leichtem Reiben frei hin und her gleitet.

Der entfernte Tumor hat die Gestalt einer ovalen Schale, von 18 Cm. Länge, 10 Cm. Breite und 5 Cm. Dicke. Am oberen Ende seiner hinteren Fläche ist die unveränderte knorpelige Gelenkfläche der Patella deutlich erhalten. Sonst besteht die ganze äussere Hülle der Geschwulst aus einer 3—5 Mm. dicken Knochenschicht. Das Innere des Tumors besteht aus einer grossen Anzahl von unregelmässig verteilten dünnen Knochenlamellen; die Räume zwischen diesen Lamellen sind mit weichem, graurötlichem Gewebe gefüllt, das mikroskopisch aus Rundzellen mit nicht sehr reichlicher Intercellularsubstanz, Zügen von Spindelzellen und sehr zahlreichen Riesenzellen besteht. — In der Umgebung der Granulationsfläche auf der vorderen Fläche des Tumors ist die Haut unterminiert, weiterhin infiltriert und mit der Knochenschale des Tumors verwachsen. Doch ist diese Knochenschale auch an dieser Stelle nicht zerstört, sie trennt vielmehr das Innere des Tumors von der Granulationshöhle auf seiner Aussenfläche. Diese Granulationshöhle ist wohl nichts anderes als eine vereiterte Bursa mucosa präpatellaris.

Da die übrigen Fälle zum Teil in schwer zugänglichen Journalen, Dissertationen, Hospitalsberichten pu-

bliciert sind, lasse ich sie, in chronologischer Ordnung auszugsweise folgen.

2. Ein von Astley Cooper geschenktes Präparat von myelogenem cystischem Sarcom der Patella findet sich, nach Angabe von Robert Jones [3]), in der Hunterian Collection. Ueber die Krankengeschichte wird nichts gesagt.

3. L. Th. Backer [4]) (citiert nach Wilhelm Schmidt [5])) operierte 1849 einen Fungus medullaris der rechten Patella, dessen Inhalt aus Encephaloidmassen und Knochenconcrementen bestand. Heilung. Der weitere Verlauf ist unbekannt.

4. Gurlt [6]) (citiert nach W. Schmidt l. c.) beschreibt das Präparat Nr. 850 des Museum of the Royal College of Surgeons als Krebs der Patella. Wie W. Schmidt richtig bemerkt, handelt es sich zweifellos um Sarcom. «An Stelle der Patella befindet sich eine länglich ovale Masse, eine weiche, bräunliche Medullarsubstanz mit grossen Zellen in ihrer unteren Hälfte. Die ganze Masse ist von einem fibrösen Gewebe von verschiedener Dicke umgeben und enthält kleine dünne Knochenplatten und Fragmente, als wenn die Kniescheibe und die sie überziehenden Gewebe um die Geschwulst herum ausgedehnt worden sind. Femur und Tibia sowie die benachbarten Teile sind gesund, ausgenommen, dass die Synovialhaut da, wo die Geschwulst mit ihr in Berührung tritt, verdickt ist».

5. Samuel Wilks [7]) (citiert nach W. Schmidt, l. c.) beschreibt das Präparat eines 1842 in Guys Hospital operierten 24-jährigen Dienstmädchens. Vor $2^1/_2$ Jahren hatte sie sich das Knie gestossen, es blieben Schmerzen nach, 12 Monate später fing eine Geschwulst in der Gegend der Patella an zu wachsen. Das Gelenk war gesund. Amputatio femoris, Heilung. Der Tumor war 3" lang, 2" breit, er war central entstanden, gut abgekapselt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Sarcom.

6. Lücke [8]) (citiert nach W. Schmidt) operierte 1855 eine 27-jährige Patientin, die an einem «Carcinom» der Patella litt. (Man wird mit W. Schmidt auch diesen Fall den Sarcomen zuzählen müssen). Es wurde die Patella mit einem Stück äusserer Haut sowie die Gelenkenden von Femur und Tibia reseciert. Noch vor vollendeter Heilung ging die Kranke an Metastasen zu Grunde.

7) G. Hayem et G. Graux [9]) (citiert nach W. Schmidt) beobachteten eine 22-jährige Frau, die seit über einem Jahr eine hühnereigrosse, harte, höckerige Geschwulst an der Vorderseite des rechten Knies hatte, dieselbe aber nicht beachtete, da sie schmerzlos war. Pat. trat mit ausgedehnten Metastasen des Mediastinum und der Lungen ins Hospital und ging an ihnen zu Grunde. Der Tumor der Patella bestand aus Spindel- und Rundzellen, die Metastasen nur aus Spindelzellen. Der Tumor war central entstanden.

8. Wild [10]) beschreibt folgenden Fall. Eine 30-jährige Frau fiel 1877 auf das rechte Knie, es blieb eine wechselnde Empfindlichkeit zurück. Nach einer zweiten Verletzung wurden die Schmerzen bei Bewegungen und Druck stärker, sodass Pat. zeitweilig das Bett hüten musste. Zugleich schwoll das Knie langsam aber stetig an, schliesslich brach der Tumor nach einer weiteren Verletzung auf, eiterte und blutete. Im März 1881 trat sie in die Klinik ein mit einem kindskopfgrossen, ulcerierten, noch beweglichen Tumor der Patella; das Gelenk war frei. Amputatio femoris. 1 Jahr und 4 Monate nach der Operation war Pat. ganz gesund. Der Tumor — ein aus gemischten Zellen bestehendes nicht ossificierendes Sarcom — hatte die Patella zerstört, bis auf die intacte knorpelige Gelenkfläche. Die Gelenkkapsel war nicht durchbrochen.

9. R. W. Parker [11]) (citiert nach W. Schmidt) operierte 1886 ein $13^1/_2$ Jahre altes Mädchen, das 9 Monate vorher auf das rechte Knie gefallen war. Seitdem hatte sich allmählich auf dem inneren Rande der Patella eine Geschwulst entwickelt. Sie war von der Grösse einer Orange, hart, halbkugelig, mit der Patella beweglich. Keine Schmerzen. Im Scarpaschen Dreieck einige erbsengrosse Drüsen. — Der Tumor wurde samt Patella exstirpiert, das Gelenk war intact. Die Gelenkkapsel wurde nach Möglichkeit zusammengezogen, die Wunde genäht. Heilung mit steifem Gelenk. — Der Tumor war ein periostales Spindelzellensarcom, im Innern war die Kniescheibe normal. — 1889 wird ein Recidiv in der Narbe, das vor 7 Wochen nach einem Trauma entstanden war, exstirpiert. 1892 stellte Pat. sich mit Metastasen in den tiefen Lymphdrüsen des Beckens vor. Die Exstirpation gelang nicht vollständig. Ein Jahr später Tod an Erschöpfung. Metastasen in den Knochen und anderen Organen waren nicht vorhanden.

10. Robert Jones' [3]) Fall betraf ein 20-jähriges Mädchen, das 1890 aufs Knie gefallen war. Sie hatte 4—5 Tage Schmerzen, war dann gesund. 1891 wieder Fall aufs Knie, von da an zunehmende Schwellung. 12 Monate nach dem letzten Fall diagnosticierte Jones eine Bursitis präpatellaris, doch fiel ihm auf, dass die Haut über der Geschwulst blau und schwartig war. Compressivverband. 6 Wochen später war die Schwellung grösser, Fluctuation. Die Probepunction gab Blut. Incision verweigert. Die Immobilisation wurde 12 Monate fortgesetzt. Die Schwellung nahm immer mehr zu. Schliesslich willigte Pat. in die Operation. Da die Incision Sarcom erwies, wurde der Oberschenkel amputiert. — Der Tumor war 4" lang, $2^1/_2$" dick, hat die ganze Patella zerstört, mit Ausnahme der knorpeligen Gelenkfläche. Mikroskopisch: myeloides Sarcom mit zahlreichen vielkernigen Zellen. Ueber das weitere Schicksal der Kranken wird nichts berichtet.

11. Gross [12]) exstirpierte einem 69 Jahre alten Mann einen pulsierenden Tumor der Patella. Wegen Recidivs musste der Oberschenkel amputiert werden, und Pat. ging an Metastasen zu Grunde. Es handelte sich um ein myeloides, teleangiectatisches, plexiformes Sarcom.

12. Ueber einen bei W. Schmidt erwähnten Fall von N. Horai [13]) in Tokio ist mir nichts weiter als der Titel der Mitteilung bekannt.

13. Dieser Fall, aus der Klinik E. v. Bergmanns in Berlin, von Prof. Borchardt operiert, ist genau in der schon öfter erwähnten Dissertation von Wilh. Schmidt beschrieben. Das Präparat ist im Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie von Prof. Lexer [14]) abgebildet *). Die 45 Jahre alte Patientin wurde am 5. Mai 1903 in die Klinik aufgenommen. Vor $7^1/_2$ Jahren fiel Pat. auf das rechte Schienbein. Einige Wochen später Schmerzen im Knie, keine Schwellung. 2 Jahre später bildete sich an der Aussenseite des Knies eine kleine Geschwulst, die langsam grösser wurde, dabei wurde das Knie immer steifer und konnte seit 1901 nicht mehr gebeugt werden. Ein Arzt entfernte einen Teil der Geschwulst, sah aber von einem weiteren Eingriff ab, da es sich um Krebs handele und eine Amputation nötig sei. Vor Schreck wurde Pat. am ganzen Körper gelähmt. Die Wunde heilte. Vom Herbst 1902 fing der Tumor wieder an zu wachsen, die Haut wurde rot, im März 1903 bildete sich auf der Geschwulst ein blutendes Geschwür. — Anämische Frau mit atrophischer Muskulatur. Keine Oedeme. Lymphdrüsen in beiden Leisten geschwollen, rechts stärker als links. Beide Hüft- und Kniegelenke infolge der erwähnten Nervenerkrankung versteift. Der melonengrosse Tumor sitzt vorn und lateral dem rechten Knie breitbasig auf, ist unregelmässig halbkugelig, auf der Kuppe exulceriert, im übrigen die Haut mit dem Tumor verwachsen, livide. Consistenz der Geschwulst teils hart, teils weich, scheinbar fluctuierend. Der Tumor ist wenig verschieblich, nur nach unten scharf begrenzt, in allen anderen Richtungen wird er allmählich flacher, seine Grenzen verlieren sich. Die Patella nicht zu fühlen. Erweiterte Venen in der derberen Haut des Oberschenkels. Auf dem Röntgenbild sieht man Femur, Tibia, Fibula intact, die Patella geschwunden. Die Geschwulst gibt einen Schatten, der dunkler ist als der durch die Weichteile hervorgerufene. Am 11. Mai 1903 Amputation des Oberschenkels handbreit über der Geschwulst. Heilung. — Von der Patella war nur ein Teil der Gelenkfläche erhalten, die Synovialis des Gelenkes durch die Geschwulst verdrängt, aber nirgends durchbrochen. Mikroskopisch: kleinspindelzelliges Sarcom mit cystischer Erweichung, von den peripheren Knochenteilen der Patella ausgegangen. — Im December 1306, also 3 Jahre und 7 Monate nach der Operation, war Patientin vollständig gesund.

14. Der 42 Jahre alte Patient von Creite [15]) litt seit 2 Monaten ohne bekannte Ursache an Schwellung des Knies mit Erguss ins Gelenk. Die spindelförmige Geschwulst der Kniegegend begann handbreit über der Patella und reichte bis zur Tuberositas tibiae. Die Gruben seitlich von der Patella waren verstrichen, die Bewegungen stark beschränkt. Diagnose: Tuberculose des Kniegelenks. Carbolspülung, Fixation. 5 Wochen später war die Schwellung grösser, fluctuierte, verdeckte die Patella. Beim Einschnitt kam man in eine apfelgrosse Höhle, mit Blut gefüllt, deren Wände aus graurotem, weichem Gewebe bestanden. Dieses Gewebe wucherte ins Gelenk hinein, von der Patella war keine Spur vorhanden. Mikroskopisch: grosszelliges Spindelzellensarcom, an der Peripherie Osteoblasten (Riesenzellen). — Nach einigen Tagen Resection des Gelenks. Nach 5 Monaten ohne Recidiv.

15. Der von F. Kudlek [16]) beschriebene Fall ist folgender. Ein 25-jähriger Mann bekam vor $1^1/_2$ Jahren eine starke Contusion des rechten Knies, vor 1 Jahr fiel er vom Pferde, wobei das rechte Bein unter das Pferd zu liegen kam. Seitdem Schmerzen im Kniegelenk. Vor 2 Wochen fiel er mit dem rechten Knie auf den steinernen Fussboden. Oberschenkel abgemagert, Patellargegend vorgetrieben, seitliche Gruben verstrichen, Pergamentknittern bei Druck auf die Patella. Röntgendurchleuchtung: die unteren $^2/_3$ der Patella zeigen dunklere, scharf abgegrenzte Partien mit hellem, dünnem Saum. Zwischen den dunkleren Partien einzelne hellere, scharf sich

*) Herrn Prof. Lexer sage ich für seine gütige briefliche Mitteilung, sowie für die Copie des Krankenbogens meinen verbindlichsten Dank.

abhebende wellige Linien. Diagnose: centrale Neubildung der Patella, Cyste oder Sarcom. — Operation. Au der Vorderfläche hat die Neubildung den Knochen durchbrochen, greift aber nicht auf die Sehnen über. Exstirpation der Patella, Vernähung der seitlichen Quadricepsbündel. Heilung per primam in 4 Wochen. Tadellose Function des Beins. Nach 1 Jahr ohne Recidiv. — Mikroskopisch: Spindelzellensarcom, an den Randpartien Osteoblasten (Riesenzellen).

16. Endlich liegt noch ein Fall von A. Morávek[17]) vor. Ein 30-jähriger Mann litt seit 10 Monaten an Schmerzen im Knie. Nach einem Fall auf das Knie entstand eine langsam wachsende Geschwulst. Die Röntgendurchleuchtung zeigte, dass die Geschwulst gut abgekapselt war. Exstirpation der Patella. Deckung des Defectes durch einen Lappen aus dem Vastus internus. Gute Heilung, gute Function des Beins, nur die Flexion im Knie etwas behindert. Mikroskopisch: Riesenzellensarcom.

Die Sarcome sind die häufigsten primären Neubildungen der Patella. Andere maligne Tumoren sind nicht beschrieben worden; nur eine Carcinommetastase bei primärem Krebs der Prostata erwähnt W. Schmidt nach Lubarsch und Ostertag[18]). Auch die primären gutartigen Tumoren sind sehr selten.

1. Gurlt[19]) (citiert nach W. Schmidt) erwähnt in seiner über 16600 Fälle umfassenden Statistik der Geschwülste, dass von 699 Fibromen einmal die Kniescheibe der Sitz der Geschwulst gewesen ist.

2. J. H. Ray[20]) beschreibt ein Chondrom der Patella. Bei einem 9-jährigen Knaben entwickelte sich nach einer Contusion des Knies im Verlauf von 3—4 Monaten eine Geschwulst am oberen äusseren Rande der Patella. Es wurde ein Erguss im Kniegelenk constatiert. Entfernung des Tumors mit Meissel und Knochenzange. Der Tumor mass 9½ Ctm. im Durchmesser. Nach 7 Monaten recidivfrei. Das Gelenk gut beweglich.

3. Anzilotti[21]) (citiert nach Centralblatt für Chirurgie 1906, pag. 607) sah bei einem 10-jähr. Knaben eine Geschwulst am äusseren Rand der Patella, die sich seit dem 6. Lebensjahre entwickelte und 4—5 Monate nach einem Fall aufs Knie entstanden war. Die Geschwulst war hart, höckerig, verdrängte die Patella nach innen. Die Bewegungen im Kniegelenk waren behindert, es war Gelenkerguss vorhanden. Der Tumor wurde mit dem äusseren Drittel der Patella exstirpiert, dem er schmalstielig aufsass, den übrigen Knochen kapuzenförmig überdeckend. Ausserdem fand sich eine kleine Exostose auf dem Condylus extern. femoris und ein Knötchen in der Synovialis von der Structur eines Sesambeines. Die Geschwulst war ein Osteochondrom.

4. Julius Schwartz[22]) beschreibt einen Fall von Ecchondrom der Patella aus der Klinik von Prof. Lexer *). Der 12-jährige Knabe war vor 1 Jahr mit dem linken Knie auf einen Stein gefallen. Nach 8 Wochen wurde eine allmählich zunehmende schmerzlose Schwellung des Knies bemerkt. Die Conturen des Knies waren verstrichen, keine Schmerzen, Fluctuation. Streckung normal, Beugung bis 90°. — Die Knochen waren nur undeutlich durchzufühlen. Operation am 15. Juni 1906. Schnitt am medialen Rande der Patella. An ihrer Rückseite, breit dem oberen äusseren Quadranten aufsitzend, ein hühnereigrosser, runder Tumor von der Breite der Patella, mit höckeriger knorpeliger Oberfläche. Die Geschwulst wurde mit dem Meissel abgetragen. Heilung per primam, Pat. wird am 8. Juli ohne Gelenkerguss entlassen.

Zu erwähnen wäre noch ein Fall von Conferti und Pellegrini[23]) (citiert nach J. Schwartz), wenn er auch eher den multiplen Exostosen als den Geschwulstbildungen zuzurechnen ist. Ausser Exostosen in der rechten Fossa iliaca und an den Knöcheln fand sich auch eine Exostose an der hinteren Fläche einer Kniescheibe.

In Bezug auf die Aetiologie der Geschwülste wird in der Mehrzahl der Fälle ein einmaliges oder wiederholtes Trauma erwähnt. Aber abgesehen davon, dass wir über die eigentliche Ursache der Sarcombildung garnichts wissen, erscheint es nicht einmal wahrscheinlich, dass das Trauma auch nur die Gelegenheitsursache der Sarcombildung abgegeben hat, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle. Sarcome sind überhaupt leider häufige Neubildungen, Contusionen der Kniegegend passieren alltäglich, ja, es gibt wohl kaum einen Menschen, der sich nicht wiederholt die Kniee verletzt hat, und doch sehen wir, dass Sarcome der Patella und ebenso Sarcome der Gelenkkapsel, der Schleimbeutel, der Fascien und Bänder am Knie sehr selten sind. Bei unserer Unkenntnis der wahren Natur des Sarcoms können wir uns auch gar keine präcise Vorstellung über den Zusammenhang zwischen Trauma und Sarcom machen. — Andererseits sind wohl jedem Chirurgen Fälle bekannt, wo sich die Sarcombildung unmittelbar an ein circumscriptes Trauma anschliesst; mir ist ein Fall in Erinnerung, wo eine Patientin, die ich c. 5 Jahre lang beobachtete, mit der Sicherheit eines Experimentes nach jeder mit Sugillationen einhergehenden Contusion eine Sarcommetastase bekam (die primäre Geschwulst war ein auch unmittelbar nach Stoss entstandenes Spindelzellensarcom der Mamma). In solchen, wenn auch vereinzelten, Fällen ist es schwer, einen gewissen Zusammenhang zwischen Trauma und Sarcom zu leugnen. Die Frage hat auch praktische Bedeutung, seit es eine Entschädigungspflicht für Unfallfolgen gibt. Ich glaube, dass es praktisch ist, wenn wir uns nach der am meisten geübten Praxis der Versicherungsinstanzen richten. Damit ein Sarcom als Folge einer Verletzung gelten könne, wird da verlangt ein einmaliges Trauma, an das sich noch vor Schwinden der objectiv wahrnehmbaren primären Folgen des Unfalls die Neubildung unmittelbar anschliesst (cf. die interessante Arbeit von Löwenstein[24]). Halten wir uns an diese — freilich nicht ganz allgemein anerkannte — Regel, so würden nur unsere Fälle 9 und 10 mit einiger Sicherheit als traumatischen Ursprungs gelten können.

Viel leichter zu verstehen ist der Zusammenhang zwischen Trauma und den gutartigen Neubildungen. Bei allen 3 Fällen (über das Fibrom Gurlts wissen wir nichts näheres) handelt es sich um junge Individuen von 9—12 Jahren, bei denen die Kniescheibe in voller Entwickelung begriffen war (die Verknöcherung der Kniescheibe beginnt mit dem 3. Lebensjahr). Da ist es wohl denkbar, dass durch ein Trauma das regelmässige Wachstum des Knochens gestört wird, dass stark geschädigte Zellgruppen im Wachstum zurückbleiben, andere wiederum einen verstärkten Reiz erhalten und sich einseitig entwickeln. Dafür spricht auch, dass es sich nur um Chondrome und Osteochondrome handelt, d. h. die Geschwülste bestanden aus denjenigen Geweben, die normaler Weise die Patella bilden. Auffallend ist nur die Seltenheit dieser Geschwülste im Vergleich zur Häufigkeit verschiedener Verletzungen.

Das Sarcom der Patella tritt in etwas späterem Alter auf als die gutartigen Geschwülste: im 2. Decennium standen 2 Kranke, im 3. Decennium 6 Kranke, im 4. Decennium 2 Kranke und im 5. und 7. Decennium je 1 Kranker. Das weibliche Geschlecht überwiegt: 8 Frauen, 4 Männer.

Ueber die Schnelligkeit des Wachstums der Sarcome gibt uns die Zeit einen ungefähren Begriff, die zwischen den ersten Symptomen und dem Eintritt in ärztliche Behandlung verstrichen war. Diese Zeit schwankt in sehr weiten Grenzen, zwischen 2 Monaten und 16 Jahren. Auffallend sind namentlich die Fälle, wo angeblich das Leiden schon mehrere Jahre bestanden hatte (Fall 1, 8, 13). Sie legen den Gedanken nahe, dass die ursprüngliche Geschwulst nicht Sarcom gewesen ist, sondern dieses sich aus einer gutartigen Neubildung entwickelt hat, oder dass die ursprüngliche Geschwulst chronisch entzündlichen Charakters gewesen ist. Man ist da auf Vermutungen angewiesen, da man natürlich von den Kranken selbst keinen Aufschluss erwarten kann. In Fall 13 wird freilich angegeben, dass ein Arzt nach teilweiser Exstirpation die Geschwulst für „Krebs" gehalten hat; doch erweckt der Umstand Bedenken, dass trotz nur partieller Entfernung des Tumors die Wunde heilte und gegen 2 Jahre geheilt blib. In meinem Fall (Nr. 1) ist vielleicht die Deutung zulässig, dass zunächst nach dem

*) Die Kenntnis dieser Dissertation verdanke ich Herrn Prof. Lexer, der sie mir freundlichst zuschickte, wofür ich ihm meinen besten Dank ausspreche.

Trauma eine Bursitis praepatellaris entstand — sie war, neben dem Sarcom, noch zur Zeit der Operation vorhanden — und die Patientin diese Geschwulst von der Kniescheibengeschwulst nicht zu trennen verstand.

Bei den gutartigen Geschwülsten waren seit Beginn der Schwellung 3—4 Monate, 10 Monate und 6 Jahre verflossen, als die Kranken zum Arzt gebracht wurden. Den Anlass dazu gaben in allen Fällen Bewegungsstörungen und Gelenkerguss.

Was das allgemeine klinische Bild der Patellarsarcome betrifft, so ist als praktisch wichtig hervorzuheben, dass in einigen Fällen die Erkrankung nicht den Charakter einer Neubildung, sondern eher eines entzündlichen Processes hatte. Im Fall 10 lag offenbar eine mehr diffuse Schwellung vor, die Haut war cyanotisch und schwartig, später stellte sich Fluctuation ein. Es wurde eine Bursitis praepatellaris diagnosticiert. Auch im Fall von Creite (Nr. 14) schien es sich wegen der spindelförmigen Schwellung des Knies, die über die Grenzen der Geschwulst hinausging, des Verstrichenseins der seitlichen Gruben, des Gelenkergusses und der Bewegungsstörungen um eine chronische Gelenkentzündung zu handeln, es wurde die Diagnose auf Tuberculose gestellt. Im Fall 8 schwoll das Knie an, die Geschwulst brach unter Eiterung und Blutung auf, erst im weiteren Verlauf bildete sich der Geschwulstcharakter deutlich aus. In der Mehrzahl der Fälle allerdings konnte kein Zweifel sein, dass es sich um Neubildungen handelte (Fälle 1, 5, 9, 13, 15, 16). In meinem Fall war nur die Natur des Tumors nicht klar; der gute Allgemeinzustand der Patientin, das angeblich ausserordentlich langsame Wachstum der Geschwulst, ihre strenge Begrenzung, gleichmässige, knochenharte Consistenz, ihre regelmässige Form, das Fehlen von Schmerzen und Functionsstörungen liessen eher einen gutartigen Tumor vermuten, etwa ein Osteom. Erst die Untersuchung des Präparates brachte Aufklärung.

Das Allgemeinbefinden der Kranken scheint erst zu leiden, wenn sich Metastasen ausbilden; wenigstens wird in den Krankengeschichten nichts von frühzeitiger Kachexie erwähnt. Im Fall 13 allerdings ist hochgradige Anämie und Atrophie der Muskulatur vermerkt, doch lässt sich das dadurch erklären, dass Patientin an Lähmung und Versteifung des ganzen Körpers litt und infolgedessen seit längerer Zeit bettlägerig war.

Zur Metastasenbildung ist es in 4 Fällen gekommen (Fälle 6, 7, 9, 11), darunter einmal (Fall 9) nur zu Metastasen in den regionären Lymphdrüsen. Das wäre im Ganzen nicht ungünstig, wenn man berücksichtigt, dass in der grossen Mehrzahl die Patienten sich erst nach monate- und jahrelangem Bestehen der Geschwulst an den Arzt wandten. Nur muss man in Betracht ziehen, dass viele Krankengeschichten unvollständig oder zu früh nach der Operation veröffentlicht sind.

Ueber das Verhalten der Geschwulst zur Umgebung, namentlich zum Kniegelenk, lässt sich Folgendes sagen. Besonders hervorzuheben und praktisch ausserordentlich wichtig ist der Umstand, dass das Gelenk erst sehr spät von der Wucherung ergriffen wird. Der Knorpelüberzug der Patella scheint eine sehr feste und zuverlässige Barriere gegen das Durchbrechen des Sarcoms zu bilden. Auf diese Eigenschaft des Knorpelgewebes ist auch an anderen Stellen aufmerksam gemacht worden. (cf. Borchardts Bericht über ein Sarcom der Fusswurzel von 10-jähriger Dauer [25]). In meinem Fall, der sich durch lange Dauer und ungewöhnliche Grösse auszeichnet, war das Gelenk ganz gesund. In Fall 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 16 wird dasselbe ausdrücklich angegeben, obgleich in mehreren dieser Fälle die Patella bis auf die knorpelige Gelenkfläche vollständig zerstört war. Schliesslich kann natürlich auch der Knorpel von Sarcom aufgezehrt werden, und dann wird das Gelenk von der Neubildung ergriffen (Fall 6 und 14). — Für das Verhalten der Sarcome zur übrigen Umgebung, den Fascien, Muskeln, der Haut ist besonders der Ort ihrer Entstehung (ihre Entwickelung) und vielleicht auch ihre Zusammensetzung von grosser Bedeutung. Einerseits sehen wir Tumoren, die lange Zeit streng abgekapselt bleiben, sich mit einer knöchernen Schale umgeben, die mit der Neubildung zusammen wächst, und die umgebenden Gewebe lange Zeit intact lassen, — andererseits solche, die sofort in die benachbarten Fascien, Muskeln, die Haut hineinwachsen und schnell den Knochen vernichten. Die ersteren, viel gutartigeren Formen sind central entstanden — die letzteren peripher, vom Periost oder den äusseren Knochenpartien ausgegangen. Besonders typisch für die erste Gruppe sind die Fälle 1,15 und 16; aber auch die Fälle 2, 3, 4, 5, 7, 10 waren centralen Ursprungs. Diesen 9 Fällen von centralem Sarcom stehen nur 3 Fälle von sicher oder wahrscheinlich peripher entstandenen Tumoren gegenüber, (Fälle 8, 9, 13). — Von sehr grosser Bedeutung für die klinische Gutartigkeit oder Bösartigkeit scheint auch der Bau des Sarcoms zu sein, insofern als die Riesenzellensarcome bekanntlich von allen Knochensarcomen die gutartigsten sind. Wir zählen 4 Riesenzellensarcome der Patella (Fälle 1, 10, 15, 16), 3 Spindelzellensarcome (Fall 9, 13, 14), Rundzellensarcome und andere Formen 3 (Fall 7, 8, 11). Die übrigen Fälle sind nicht untersucht. Bei keinem Fall von Riesenzellensarcom wurden Metastasen beobachtet.

Inbetreff der gutartigen Neubildungen lässt sich das klinische Bild noch nicht feststellen, da erst 4 Fälle bekannt sind. Der Fall von Gurlt — ein Fibrom — stellt ein Unicum dar. Die übrigen Fälle waren ein Osteochondrom und 2 Chondrome. Ihr Ausgangspunkt war immer peripher: das äussere Drittel (Anzilotti), der obere äussere Rand (Ray), der obere äussere Quadrant der Rückseite der Patella (Lexer). Im letzten Fall ist es leicht verständlich, dass ein Gelenkerguss vorhanden und die Beugung des Gelenks behindert war, — hatte sich doch die Geschwulst innerhalb der Gelenkhöhle entwickelt. Gelenkerguss wird auch von Anzilotti und Ray erwähnt, von ersterem auch Beschränkung der Bewegungen. Die Ursache des Gelenkergusses in diesen beiden Fällen ist nicht klar, da die Geschwülste ausserhalb des Gelenkes lagen; möglich, dass eine traumatische Synovitis bestand. Anzilottis Fall ist noch dadurch bemerkenswert, dass ausser der Geschwulst der Patella noch eine Exostose am Condyl. ext. femoris und ein Knötchen in der Synovialis bestand, was der Autor als Product der chronischen Reizung deutet. — Alle Fälle von gutartigen Neubildungen wurden durch Abmeisselung und partielle Resection der Patella mit guter Function des Gelenks geheilt.

Die Diagnose des Sarcoms der Patella ist in mehreren Fällen nicht so leicht gewesen, wie man es bei der oberflächlichen Lage des Knochens erwarten dürfte. Im Beginn der Tumorbildung werden am ehesten Verwechselungen mit chronisch entzündlichen Erkrankungen — Tuberculose, chron. Ostitis — oder mit Erkrankungen und Neubildungen benachbarter Organe und Gewebe (Schleimbeutel, Fascien, Gelenkkapsel) vorkommen. Andererseits lässt sich auch bei weit vorgeschrittenen Neubildungen, wenn sie die Patella ganz zerstört haben, die Diagnose nur mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit stellen. Diagnostische Irrtümer der ersten Art erwähnen Jones (Bursitis präpatellaris) und Creite (Gelenktuberculose); fast völligen Schwund der Patella beobachteten Gurlt, Wild, Jones, Schmidt, Creite. — Als Hauptstützpunkte der Diagnose sind folgende Erwägungen zu berücksichtigen. Die garnicht seltene primäre Tuberculose der Patella — nach König findet sich bei ostaler Knietuberculose in 11,7 %

der Fälle ein Herd in der Patella — geht frühzeitig auf das Gelenk über, oder es kommt zur Bildung von kalten Abscessen und charakteristischen Fisteln; auch handelt es sich immer um einen den Knochen zerstörenden Process, die bei Sarcomen so häufige Neubildung von Knochengewebe innerhalb des Tumors oder an seiner Peripherie fehlt immer. — Von der acuten und chronischen Ostitis oder Osteomyelitis der Patella liegen ältere und neuere Beobachtungen vor (Literatur in der Dissertation von Julius Schwartz). Die bei ihnen immer, wenigstens im weiteren Verlauf auftretenden entzündlichen Erscheinungen, Necrose, Sequesterbildung, unterscheiden sie wesentlich von den Neubildungen. — Am leichtesten sind wohl Neubildungen der Kniescheibe mit Neubildungen der präpatellaren Schleimbeutel zu verwechseln (cf. die Zusammenstellung von Adrian [26]), 8 Fälle.) Wenn andere unterscheidende Merkmale fehlen, so darf man in diesen Fällen von der Röntgendurchleuchtung entscheidenden Aufschluss erwarten. In den Fällen von Kudlek und Morávek hat sie auch wertvolle Hinweise auf die Ausbreitung der Neubildung gegeben.

Die Diagnose der Chondrome machte in den Fällen von Anzilotti und Ray keine Schwierigkeiten, da sie direct palpiert werden konnten. Im Fall von Lexer ist die Diagnose vor der Operation wohl unmöglich gewesen, da das Ecchondrom an der Rückfläche der Patella sass, die Palpation der Knochen durch den grossen und stark gespannten Gelenkerguss sehr erschwert war und das Röntgenbild normale Verhältnisse aufwies. Hier schaffte erst die Operation Klarheit.

Um über die Prognose des Sarcoms der Patella etwas Bestimmtes auszusagen, dazu ist das vorliegende Material noch zu unvollständig. Jul. Schwartz bezeichnet die Prognose als nicht günstig, da trotz Amputation einige Kranke später an Metastasen zu Grunde gingen und bei den conservativ behandelten Fällen (Exstirpation, Resection des Gelenkes) es noch nicht bekannt ist, ob sie dauernd geheilt sind. Man muss zugeben, dass die Fälle meist zu kurze Zeit nach der Operation publiciert sind, oder spätere Nachrichten fehlen. Für Schmidts und meine Kranke glaube ich nach einer Heilungsdauer von 3 Jahren und 7 Monaten, resp. 4 Jahren hoffen zu dürfen, dass sie von Recidiven und Metastasen frei bleiben werden. Allerdings gemahnt der Fall von Parker zur Vorsicht, seine Kranke bekam nach 2 Jahren und 7 Monaten ein Narbenrecidiv, das sich trotz wiederholter Exstirpation wiederholte; die Kranke starb schliesslich an Metastasen in den Glandulae iliacae 7 Jahre nach der ersten Operation. Im übrigen wird man wohl nicht fehlgehen, wenn man die Prognose von der Art des Sarcoms und der Art der Operation abhängig macht. Die periostalen Sarcome, mögen sie aus Spindelzellen oder Rundzellen bestehen, oder Mischformen darstellen, sind sicher äusserst gefährlich wegen ihres frühzeitigen Uebergreifens auf die benachbarten Fascien, Sehnen, Muskeln, obgleich selbst diese Formen das Kniegelenk lange Zeit freilassen. Auch bei radicaler Operation werden wir uns hier nie vor Metastasen sicher fühlen. Jedenfalls ist in diesen Fällen sehr radicales Operieren, ohne Rücksicht auf die spätere Function des Gliedes, am besten die Amputation, am Platz. Anders steht es mit den centralen Geschwülsten, namentlich mit den centralen Riesenzellensarcomen. Diese stellen den gutartigsten Typus der Sarcome überhaupt vor. Wenn wir an die guten Resultate denken, die viele Chirurgen seit Mikulicz [27]) mit partiellen Knochenresectionen, ja mit blossem Auskratzen, bei centralen Riesenzellensarcomen der langen Röhrenknochen und der Unterkiefer erhalten haben, können wir die Berechtigung eines mehr conservativen Verfahrens für diese Art von Sarcomen der Patella nicht bestreiten, umsomehr, als in diesem Fall die conservative Operation — die Totalexstirpation der Patella — immer noch radicaler ist als bei den Diaphysenknochen. Wir werden sehen, dass wir die Totalexstirpation der Patella ausführen dürfen, ohne die Function der Extremität zu schädigen. Ist freilich die Neubildung schon in die benachbarten Gewebe hineingewuchert, dann ist die Prognose nicht besser als bei den peripher entstandenen, und dann sind auch hier die ausgiebigsten Operationen, ev. die Amputation, angezeigt.

Wie wir gesehen haben, concurrieren bei der operativen Behandlung der Patellarsarcome die Amputation des Oberschenkels und die Totalexstirpation der Kniescheibe. In 2 Fällen (Lücke, Creite) wurde auch die Resection des Kniegelenks ausgeführt. Ich glaube die Berechtigung zu diesem Verfahren in Abrede stellen zu müssen; Tumoren, die ins Kniegelenk wuchern, erfordern die Amputation. Lückes Patient starb noch vor erfolgter Wundheilung an Metastasen, Creite hat seinen Kranken nur 5 Monate nach der Operation beobachtet. — Ueber die Amputation des Oberschenkels ist weiter nichts zu sagen, als dass man sie möglichst hoch ausführen sollte, im Hinblick auf die Neigung der Sarcome in den Muskeln und Muskelinterstitien schnell sich auszubreiten.

Dagegen erfordert die Exstirpation der Patella eine nähere Besprechung. Wenn die Kniescheibe die wichtige Bedeutung für die Function des Beines hätte, die man ihr bis vor nicht langer Zeit zuschrieb, so wäre es wenig lohnend, bei malignen Neubildungen durch ihre Entfernung ein unbrauchbares Bein zu erhalten, dessen Amputation dazu noch vielleicht bessere Chancen auf Dauerheilung schaffen würde. — Dagegen ist zu erwidern, dass die Kniescheibe im Streckapparat des Knies durchaus entbehrlich ist, und ihre Entfernung ohne Schädigung der Bewegungsfähigkeit des Beines möglich ist.

Wir wissen aus der vergleichenden Anatomie, dass die Amphibien, einige Reptilien und Vogelarten keine Kniescheibe haben. Sogar das Riesenkänguruh, das für seine Fortbewegung ganz auf seine Hinterextremitäten angewiesen ist, besitzt keine Patella.

Ferner sind c. ein halbes Hundert Fälle von angeborenem Mangel der Kniescheibe beim Menschen bekannt. Die meisten von ihnen hatten auch andere Entwickelungsstörungen. Die wenigen Kranken, die keine anderen Anomalien aufwiesen (Wuth [28]), Joachimsthal [29]), konnten ihre Beine ganz normal gebrauchen, waren gute Bergsteiger, Touristen, Reiter, Schlittschuhläufer etc.

Weiter ist eine Reihe von Fällen — ich zähle 17 — in der Literatur zu finden, wo die Kniescheibe wegen verschiedener pathologischer Processe — Tuberculose, Osteomyelitis, Neubildungen, Fracturen — entfernt wurde. Der älteste Fall stammt meines Wissens aus dem Jahre 1823 (Thirian), ein Fall von Textor aus dem Jahre 1848, ein Fall von Knode aus dem Jahr 1860. Diese, sowie die Fälle von Heyfelder, Wood stammen aus der vorantiseptischen Zeit, die übrigen aus der Zeit nach Einführung der Antiseptik. Die Resultate sind: 1 Todesfall (vorantiseptisch), eine secundäre Amputation (ebenfalls vorantiseptisch), eine secundäre Resection des Kniegelenks, 3 mal unbekanntes Resultat. In 11 Fällen befriedigende oder vollkommen normale Function des Gelenkes.

Reiches Material zum Studium der Function der Patella bieten ferner die Fracturen. Die bei ihnen so häufig zu beobachtenden schweren Bewegungsstörungen bei ausbleibender knöcherner Verwachsung wurden früher ausschliesslich der Continuitätstrennung des Knochens zugeschrieben, bis zuerst vereinzelte, dann immer häufigere Beobachtungen zeigten, dass bei ungeheilten Fracturen, trotz sehr grosser Diastasen der Fragmente eine

gute Function des Streckapparates des Knies möglich ist. E. v. Bergmann [30]), Bardeleben [31]), Sonnenburg [32]), Larger [33]), Jalaguier [34]) berichten über Diastasen von 11 cm. und mehr, wobei die betr. Kranken Treppen steigen, laufen und schwer arbeiten konnten.

Endlich weist auch die Entwickelung der Kniescheibe darauf hin, dass sie eine besondere Stellung im System des Streckapparates einnimmt. Nach den Untersuchungen von Bernays tritt die erste Anlage der Kniescheibe im 2. Monat des Fötallebens in Form eines ovalen Knorpels auf, zu einer Zeit, wo weder vom Musc. quadriceps noch von seiner Sehne eine Spur vorhanden ist. Wenn die letztere erscheint, hat sie zunächst keine organische Verbindung mit der Patella, sondern zieht über ihre Vorderfläche weg. Daher wird von einigen Autoren die Patella nicht als Sesambein gedeutet, sondern als frei gewordener Knochenfortsatz der Tibia. Für eine solche Deutung sprechen besonders auch die Untersuchungen von Wuth, der bei verschiedenen Vogelarten statt der Patella entweder einen soliden Fortsatz der Tibia, oder einen Knochen fand, der mit der Tibia durch eine Synchondrose oder durch ein wahres Gelenk verbunden ist; also alle Uebergänge von einer Apophyse der Tibia zur freien Patella.

Alle angeführten Beobachtungen, die die Entbehrlichkeit der Kniescheibe für die Streckbewegungen im Knie beweisen, fanden ihre Erklärung in den neueren anatomischen Untersuchungen über den Bau des sogen. Hilfsstreckapparates, über die eigentümliche Ausbreitung der Aponeurosen der Musculi vasti und die wichtige Rolle des Tractus ileotibialis. Eine genauere Besprechung dieser Verhältnisse liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit. Ich verweise daher Interessenten hauptsächlich auf die Arbeiten von König [35]), G. Schmidt [36]) und Wwedenskij [37]).

Bei der Exstirpation der Patella kommt es darauf an, den Hilfsstreckapparat so auszunutzen, dass die Streckfähigkeit des Knies wiederhergestellt wird. Wenn schon durch Vernähung der seitlichen Fascienrisse allein bei Patellarfracturen sich gute Resultate erzielen lassen (Chaput [38]), Peyrot [39]), Walther [39]), Baudoin [40]), Vallas [40]), Martin [40]), Batut [40]), Tenderich [41])), so muss das umsomehr der Fall sein, wenn man die mehr seitlich wirkende Zugrichtung der Vastusaponeurosen nach Entfernung der Kniescheibe in die Mittellinie des Beins verlegt. Zuweilen genügt dazu die einfache Naht, wie die Fälle von Kummer [42]), Parker, Kudlek beweisen. Ich konnte den durch die Entfernung der grossen Geschwulst entstandenen Defect nicht anders decken als durch Lappenbildung aus den Musculi vasti. Auch Morávek benutzte einen Muskellappen aus dem Vastus internus. Der Erfolg spricht für die Richtigkeit dieses Verfahrens. Ausschlaggebend war für mich folgende Ueberlegung. Muskeln lassen sich gut zu plastischen Operationen verwenden, wenn man ihre Innervation berücksichtigt. Die Muskelnerven für den Extensor cruris quadriceps gehen hoch oben am Oberschenkel, etwa in der Höhe der Abzweigung der Arteria circumflexa femoris externa, vom Nervus cruralis ab und verzweigen sich sofort in eine grössere Anzahl von Aesten, die successive von oben nach unten in die Muskeln eintreten. Etwas unterhalb der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel des Oberschenkels sind die Nervenäste sämtlich in den von ihnen innervierten Muskeln verschwunden, sodass man bei Operationen unterhalb dieser Grenze Lähmungen durch Verletzung grösserer Nervenstämme nicht zu fürchten hat.

Es lässt sich also auch in schwierigen Fällen nach Exstirpation der Patella durch passende Verwendung des Hilfsstreckapparates eine vollkommene Function des Beines mit Sicherheit erzielen. Damit gewinnen wir auch die Berechtigung, bei frühzeitiger Operation der centralen Sarcome dem Patienten seine Extremität zu erhalten und uns auf die Totalexstirpation der Patella zu beschränken.

Literatur.

1. Nasse. Chirurgische Krankheiten der unteren Extremitäten. Deutsche Chirurgie, Lieferung 66. I. Hälfte. 2. Schwartz. Des ostéosarcomes des membres. Paris 1880. 3. Robert Jones. Endosteal sarcoma of the patella. Transactions of the pathological society of London. 1895. Vol. XLVI, pag. 143. 4. L. Th. Backer. Mitteilungen aus der chirurg. Abteilung des Reichshospitals zu Christiania. 1849 (ref. in Schmidt's Jahrbüchern der ges. Medicin. Bd. 70, 1851, pag. 105). 5. Wilhelm Schmidt. Ueber die von der Patella ausgehenden Geschwülste mit besonderer Berücksichtigung des primären Sarcoms. Jnaugural-Dissert. Leipzig 1907. 6. Gurlt. Beiträge zur vergleichenden pathologischen Anatomie der Gelenkkrankheiten. Berlin 1853, pag. 580. Citiert nach Ranke. Ueber die Geschwülste der Schleimbeutel, Archiv für klinische Chirurgie 1883, Band 33, pag. 413. 7. Samuel Wilks Guy's Hospital Reports Series III, Vol. III, pag. 171, 1857. (Remarks upon some of the specimens of diseases of the bone contained in Guy's Museum. 8. Lücke. Beiträge zur Lehre von den Resectionen. Arch. für kl. Chir. 1862. Bd. III, pag. 318. 9) G. Hayem et G. Graux. Gazette de Paris 1874, Nr. 24 (ref. in Schmidt's Jahrbüchern d. ges. Medicin. Band 182, pag. 95). 10. Wild. Casuistik der Periostsarcome. Zeitschr. für Chirurgie. 1882, Band 17. 11) R. W. Parker. Transactions of the Clinical Society of London 1887. Vol. XX, p. 254 und 1896, Vol. XXIX, p. 22—24. (A case of removal of right patella for primary sarcoma und Sequel to a case of removal of right patella for primary sarcoma. Recurrence after six years in the iliac glands. Death.). 12. Gross. Revue de Chirurgie, 1899, Nr. 11. Congrès français de Chirurgie, XIII session. 13. N. Horai. A case of myeloid sarcoma of the patella. Operation. Recovery.—Sei-i-Kwai. Tôkyô. 1896. XV. 37—39. 14. Lexer. Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie. III. Auflage. 1908. Band II, pag. 305. 15. Creite. Beiträge zur Pathologie der Kniescheibe. Deutsche Ztschr. für Chir. 1906. Bd. 83, pag. 179. 16. Franz Kudlek. Beiträge zur Pathologie und Physiologie der Patella. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. 1907. Bd. 88, p. 138. 17. A. Morávek. Patellarsarcom. Časopis lékařů českých, 1907, ref. in Centralbl. für Chirurgie. 1908. Nr. 43. 18. Lubarsch-Ostertag. Ergebnisse der allgem. Pathologie und pathol. Anatomie. Bd. X, p. 909. 19. Gurlt. Beiträge zur chirurgischen Statistik. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 25, pag. 421. 20. J. H. Ray. A case of chondroma of the patella. Lancet, 1905, January 21. 21. Anzilotti. Sul tumori primitivi della rotula e sulla resezione di essa. Archivio di ortopedia, 1905. Nr. 6. 22. Julius Schwartz. Ueber entzündliche Erkrankungen und Neubildungen an der Kniescheibe. Jnaug.-Dissert. Königsberg, 1909. 23) Conferti und Pellegrini. Gazetta degli Ospedali, 1904. Nr. 85. 24. Löwenstein. Trauma und Sarcom. Beiträge zur klin. Chir. Bd. 48, Heft 3. 25. Borchardt. Centralbl. f. Chir. 1899. Nr. 27. Congressbeilage. pag. 180. 26. C. Adrian. Ueber die von Schleimbeuteln ausgehenden Neubildungen. Beiträge zur klin. Chir. Bd. 38, Heft 2. 27. Mikulicz. Ueber ausgedehnte Resectionen der langen Röhrenknochen wegen maligner Geschwülste. Verhdlg. der Deutschen Gesellsch. f. Chirurgie 1895. 28. Wuth. Ueber angeborenen Mangel, sowie Herkunft und Zweck der Kniescheibe. Arch. für klin. Chir. Bd 58, Heft 4. 29. Joachimsthal. Centralbl. f. Chirurgie. 1904, pag. 135. 30. v. Bergmann. Ibidem, 1891, pag. 812 und Berliner klinische Wochenschrift 1891, Nr. 27. 31. Bardeleben. Centralbl. für Chir. 1892, pag. 675. 32. Sonnenburg. Ibidem, 1898, pag. 384. 33. Larger. Ibidem, 1884, pag. 377. 34. Jalaguier. Ibidem, 1884, pag. 815. 35. König. Zur Entstehungsgeschichte der Verletzungen des Streckapparates vom Kniegelenk. Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1897. Heft 4. 36. G. Schmidt. Die anatomische Gestaltung des Kniestreckapparates beim Menschen. Arch. für Anat. und Physiologie. Anatom. Abtlg. 1903. 37. A. Wedenskij. Ueber die Bedeutung des Hilfsapparates bei Verletzungen des Streckapparates des Kniegelenks. Arch. f. klin. Chir. Bd. 82, pag. 227. 38) Chaput. Centralbl. f. Chir. 1890, pag. 339; 1892, pag. 38; 1893, pag. 1067; 1902, pag. 1127. 39. Peyrot, Walther. Centralbl. f. Chir. 1902, pag. 1127. 40. Baudoin, Vallas, Martin, Batut. Centralbl. f. Chir. 1903, pag. 828. 41. Tenderich. Ein weiterer Vorschlag zur Behandlung veralteter ungeheilter Patellarbrüche. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 56, pag. 573. 42. Kummer. L'exstirpation totale de la rotule. Revue méd. de la Suisse romande. 1889, Nr. 11.

Referate.

Charles Greene Cumston. The symptomatology and differential diagnosis of tuberculosis of the cecum. Bost. med. and surg. Journal Nr. 7. 1910.

Allgemeine längere Abhandlung über Symptomatologie und Differentialdiagnose der Tuberculose des Coecums. 3 Perioden der Erkrankung: in der ersten Periode sind die Symptome noch undeutlich, es bestehen allerdings schon Schmerzen in der rechten fossa iliaca, Verstopfung und Durchfall wechseln. Die zweite Periode ist die chirurgische Periode, ein Tumor ist schon zu fühlen, eine Operation ist indiciert. Das dritte Stadium des Leidens ist das des Abscesses und der Fistelbildung. Der Tod ist das gewöhnliche Ende der dritten Periode. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht—Appendicitis, frühe Stadien eines Carcinoms, Actinomycose und entzündliche Tumoren, dazwischen auch Erkrankungen der Gallenblase und Hydronephrose. In der Fistelperiode müssen tuberculöse Spondylitis und Tuberculose des os ileum ausgeschlossen werden. Auch Actinomycose kann zur Fistelbildung führen, doch ist hier der Verlauf ein wesentlich anderer.

Francis H. Williams. A simple and clean instrument for vaccination. Bost. med. and surg. Journal Nr. 7. 1910.

Verf. empfiehlt ein einfaches und schnell und sicher zu sterilisierendes Instrument zum Impfen, bestehend aus einem Platinadraht in einem Glasstab als Griff. Das Ende des Platindrahts ist zu einer kleinen Schneide abgeflacht. Durch Erhitzen in einer Flamme wird das Instrument sterilisiert.

F. S. Newell. A case of eclampsia treated by direct transfusion. Bost med. and surg. Journ. Nr. 7. 1910.

Ein interessanter und seltener Fall von Eclampsie bei einer 40-jährigen Frau mit Kaiserschnitt, geheilt durch directe Bluttransfusion in die Vene; Geber des Blutes war der Bruder der Patientin. Details im Original.

J. Payson Clark. A case of leontiasis ossea. Bost. med. and surg. Journal Nr. 7. 1910.

Ein Fall dieser höchst seltenen und ätiologisch dunkeln Knochenerkrankung wird mitgeteilt (Virchow vergleicht Knochenleontiasis mit Elephantiasis der Weichteile). Es handelte sich um einen jungen Mann, die Knochenverdickungen und Deformierungen betrafen die Gesichtsknochen. Der Pat. ist viele Jahre hindurch beobachtet, früher am Gesicht auch operiert worden.

Hunter Robb. The trained and the untrained Anaesthetist. (Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1909, Mai).

Es wird empfohlen, die allgemeine Inhalationsnarkose nur von specialistisch im Narkotisieren vorbereiteten Aerzten ausführen zu lassen. Studenten und jungen Aerzten muss durch besondere «Anaesthetists» die Theorie sowie Praxis des Narkotisierens angezeigt werden. Diese nachahmungswerte und durchaus wichtige Institution der speciellen Narkotiseure, die in England schon lange besteht, wird nun also auch schon im praktischen Amerika energisch befürwortet; man kann sich dem nur anschliessen.

W. Schaack.

Bücherbesprechungen.

C. Bachem: Unsere Schlafmittel mit besonderer Berücksichtigung der neueren. Zweite verbesserte und neubearbeitete Auflage. Berlin, 1910. Verlag v. August Hirschwald. 99 Seiten.

Eine sehr übersichtliche Beschreibung der zur Zeit gebräuchlichen Hypnotica im engeren Sinne. Bei jedem Mittel werden das Chemische und Physicalische, das Pharmakologische und Klinische, die Nebenwirkungen und eventuelle Vergiftung, die Dosierung kurz und klar besprochen, sowie die Literatur hinzugefügt. Ein Register trägt zur schnellen Orientierung wesentlich bei.—Jedem Praktiker wird das Büchlein ein willkommener Ratgeber sein.

Michelson.

Erwin Stransky: Ueber die Dementia praecox. Streifzüge durch Klinik und Psychopathologie. Wiesbaden, Verlag v. J. F. Bergmann. 1909. 46 Seiten.

Name und Begriff der Dementia praecox ist in den letzten Jahren dank dem Sensationsbedürfnis der Presse für psychiatrische Dinge auch in Laienkreisen bekannt geworden. Es besteht die Gefahr, dass letztere ihn missverstehen, verdrehen und verunglimpfen. Dem will Verf. vorbeugen, indem er in einer dem gebildeten Laien verständlichen Art die Frage der Dementia praecox beleuchtet.

Einleitend hebt er das grosse Verdienst Kraepelins und seiner Schule um die psychiatrische Systematik durch die Schaffung dieser klinischen Krankheitsgruppe hervor, obgleich Verf. selbst nicht vorbehaltlos ihrer Lehre beistimmt. Nach der allgemeinen Begriffsbestimmung folgt eine generelle Psychopathologie, die Schilderung der Grundsymptome. Weiter beschreibt Verf. die verschiedenen Verlaufsformen der Krankheit, die hebephrenische, die katatonische, die paranoide, sowie die rudimentär bleibenden Fälle. Im Capitel über die Pathogenese werden die Versuche Jungs, durch die psychologische Analyse für jene einen Einblick zu gewinnen, einer ablehnenden Kritik unterzogen. Ausführlich wird die Differentialdiagnose behandelt.

Michelson.

Robert Koch †.

Am 14. (27.) Mai verschied plötzlich in Baden-Baden an den Folgen eines arteriosclerotischen Processes Robert Koch. Eine Würdigung seiner Bedeutung für die Wissenschaft und für die Menschheit finden die Leser an einer anderen Stelle dieses Blattes; hier wollen wir nur einen kurzen Abriss seines Lebenslaufes wiedergeben.

Geboren zu Clausthal im Harz am 11. December 1843, widmete er sich nach abgeschlossener Gymnasialbildung 1862—1866 dem Studium der Medicin in Göttingen. Als Student veröffentlichte er 1865 seine erste, von der Facultät preisgekrönte Arbeit «Ueber das Vorkommen von Ganglien in den Nerven des Uterus». Nachdem er eine Zeit lang als Assistent am allgemeinen Krankenhause in Hamburg gearbeitet, liess er sich 1866 als pract. Arzt zunächst in Langenhagen bei Hannover, darauf in Rackwitz in der Provinz Posen nieder. 1872—1880 bekleidete er den Posten eines Kreisphysikus in Wollstein (Kreis Bomst). Ausgerüstet mit einer hervorragenden mikroskopischen Technik, die er sich bei dem berühmten Breslauer Botaniker Ferdinand Cohn angeeignet hatte, begann er hier ohne Laboratorium seine bakteriologischen Forschungen, deren Ergebnisse er in den Schriften veröffentlichte: «Zur Aetiologie des Milzbrandes» (1876) und «Untersuchungen über die Aetiologie der Wundinfectionskrankheiten» (1878). Letztere Arbeit wurde auf Lord Listers Veranlassung ins Englische übersetzt und hatte ausserdem zur Folge, dass Koch 1880 als ordentliches Mitglied des Reichsgesundheitsamtes nach Berlin berufen wurde. Nachdem er selbst neue Methoden für die bakteriologische Untersuchung geschaffen, machte er sich an die Erforschung der Natur und Ursache der Tuberculose, welche ihn zu seiner bedeutendsten Entdeckung, der des Tuberkelbacillus führte, veröffentlicht in der Berl. Klin. Wochenschrift (1882) unter dem Titel «Beitrag zur Aetiologie der Tuberculose». Gleichzeitig setzte er seine Studien über den Anthrax fort und legte sie in einer polemischen Schrift «Ueber die Milzbrandimpfung» nieder. Das folgende Jahr 1883 gab ihm die Gelegenheit als Leiter der deutschen Choleraexpedition in Aegypten und Indien seine Methodik aufs Neue glänzend zu bewähren, indem er den Kommabacillus als Erreger der Cholera entdeckte und in Reinculturen züchtete.

Koch gehörte zu den wenigen Glücklichen, deren Verdiensten die gebührende Anerkennung auf dem Fusse folgte. So wurde er von seiner Regierung mit Titel und Ehrengabe bedacht, im Jahre 1884 als Choleracomissar nach Frankreich entsandt und 1885 zum ordentlichen Professor der Berliner medicinischen Facultät und zum Director des neu errichteten Hygienischen Institutes ernannt. Schon zu dieser Zeit konnte Koch sich auf eine von ihm begründete Schule stützen, zu der Männer gehörten wie Gaffky und Löffler. Das Jahr 1890 brachte wieder eine hervorragende Leistung Kochs an die Oeffentlichkeit, indem er auf dem internationalen Congress zu Berlin mit der Mitteilung über ein neues Heilverfahren, die Behandlung der Tuberkulose mit Tuberculin hervortrat. Um sich ungehindert der wissenschaftlichen Forschung hingeben zu können, gab er im folgenden Jahre seine Lehrtätigkeit an der Universität auf und trat an die Spitze des auf seine Anregung gegründeten Institutes für Infectionskrankheiten, das in den weitesten Kreisen unter dem Namen «Kochsches Institut» bekannt ist.

Von der englischen Regierung aufgefordert, begab sich Koch 1896 nach Südafrika, um die Mittel zur Bekämpfung der Rinderpest ausfindig zu machen. In der Tat gelang es ihm, gleichzeitig und unabhängig von Nencki, ein zuver-

lässiges Immunisierungsverfahren gegen diese Seuche anzugeben. Von hier begab er sich 1897 im Auftrage der deutschen Regierung nach Indien, um an die Spitze der deutschen Commission zur Erforschung der Pest zu treten, ging dann aber wieder nach Afrika, wo er sich im Westgebiet mit dem Studium der tropischen Malaria, des Schwarzwasserfiebers und der endemischen Pestherde (Kissiwa) befasste, und kehrte 1898 in seine Heimat zurück. In der Folge unternahm Koch von Neuem ausgedehnte Reisen, um in Italien, auf Java und den Inseln des Malayen-Archipels seine Malariaforschungen fortzusetzen. Sein letzter Besuch des Tropengebietes (1907) galt vor allem der Schlafkrankheit, deren Epidemiologie und Therapie von ihm in hervorragender Weise gefördert worden ist.

Die Verlegung seiner Studien in aussereuropäische Gebiete veranlasste ihn, die Leitung des Institutes für Infectionskrankheiten in die Hände seines Freundes und Schülers Gaffky zu übergeben, ohne jedoch seine Beziehungen zu dieser Anstalt zu lösen. Die Berliner Akademie der Wissenschaften wählte ihn an Virchows Stelle zum ordentlichen Mitgliede, die Stadt Berlin zu ihrem Ehrenbürger, der deutsche Kaiser berief ihn in den Staatsrat. Es würde zu weit führen, alle die Ehrungen aufzuzählen, welche Koch in seiner Heimat, wie in allen anderen Culturländern in so reichem Masse zu Teil wurden; nur eine, und zwar die grösste internationale Ehrung, die Verleihung der Nobel-Prämie darf nicht unerwähnt bleiben.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift ist auf Antrag des Redacteurs in die Freie Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse einstimmig aufgenommen. Aus den Statuten der Vereinigung seien die beiden ersten Paragraphen hervorgehoben. 1. Die «Vereinigung» «hat den Zweck, das Ansehen und den Einfluss der medicinischen Fachpresse zu heben und ihre gemeinsamen Interessen wirksam zu vertreten. 2. Mitglieder dieser Vereinigung können ausschliesslich die Redacteure solcher medicinischer Fachzeitschriften werden, die in deutscher Sprache erscheinen, seit mindestens 2 Jahren bestehen und den wissenschaftlichen oder den ärztlichen Standesinteressen dienen» — Die Vereinigung ist ein Mitglied der Association internationale de la Presse médicale.

— Der Nestor der Aerzte in Jalta (Krim), Dr. Friedrich Weber beging am 10. Mai die Feier des 50-jährigen Jubiläums seiner ärztlichen Tätigkeit. In Jalta lebt Dr. Weber seit 1886, wo er seine klimatische Heilanstalt Quisisana gründete, die bis jetzt unter seiner Leitung steht. Er hat sich die Dankbarkeit der Bevölkerung durch seine tatkräftige Beteiligung an verschiedenen Wohlfahrts- und Wohltätigkeitsunternehmen erworben. Unter anderem hat er in Jalta eine Section des kaukasisch-krimschen Alpenvereins ins Leben gerufen, dessen meteorologisches Observatorium ebenfalls ihm seine Entstehung verdankt.

— Der «St. Petersburger Zeitung» entnehmen wir folgendes Telegramm, das eines Comentars kaum bedarf: Pjatigorsk, 22. Mai. Dem Chef des Terek-Gebiets ist es gestattet worden, jüdischen Patienten beiderlei Geschlechts aller Kategorien das Aufenthaltsrecht für die Saison 1910 in den kaukasischen Mineralbadeorten bis zu zwei Monaten zu erteilen, aber ausschliesslich zu Curzwecken, unter der Bedingung, dass sie Zeugnisse von den Commissionen vorweisen, die vom Chef des Gebiets in den Curorten eingesetzt werden. Juden, die bei der Beschäftigung mit Gewerben ertappt werden, unterliegen sofortiger Ausweisung.

— Der 5. Internationale Congress für Medicinische Elektrologie und Radiologie findet am 13.—18. September in Barcelona statt.

— Der 2. Internationale Congress für Nahrungshygiene und rationelle Ernährung des Menschen findet in Brüssel am 4.—8. October statt.

— Der 15. Internationale Congress für Hygiene und Demographie findet am 23.—29. September 1912 in Washington statt.

— XVI. Internationaler Medicinischer Congress. Der geschäftsführende Ausschuss des XVI. Internationalen medicinischen Congresses hielt dieser Tage seine Schlusssitzung. Die wissenschaftlichen Arbeiten des Congresses sind im Umfange von 800 Druckbogen erschienen und geben ein getreues Bild des jetzigen Standes der ärztlichen Wissenschaft. Die Kosten des Congresses wurden ausser den Mitgliedsbeiträgen zur Hälfte durch den Staat und die Stadt Budapest bestritten, indem je 100000 Kronen durch die genannten Behörden zur Verfügung gestellt wurden. Die Schlussrechnung weist einen Ueberschuss auf, dem der Ausschuss einen Betrag von 20000 Kronen entnahm, welcher zur Errichtung eines «Prix de Budapest» dient. Derselbe wird durch die ärztliche Facultät der Budapester Universität verwaltet, und kommen die Zinsen zum ersten Mal beim Londoner Congress zur Austeilung. Die Documente des Congresses werden dem im Haag sich befindlichen Internationalen Ständigen Ausschuss zur Verfügung gestellt. Etwaige Aufklärungen können in diesem Jahr noch beim gewesenen Generalsecretär (Budapest, VIII., Mária-utcza 39) eingeholt werden. Hier sei auch noch ausdrücklich bemerkt, dass das aus Anlass des Congresses zur Ausgabe gelangte «Album» als Privatunternehmen mit dem Generalsecretariat in gar keiner Verbindung steht, und etwaige diesbezügliche Anfragen etc. an die Redaction des genannten Albums — Budapest, VI., Liszt Ferencz-tér 4 — zu richten sind.

— Die Cholera in Russland. 3. officielles Bulletin vom 18. Mai.

	Erkrankt und gestorben vom 9. Mai bis zum 15. Mai	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Stadt Moskau	— (—)	*1 (1)*	29. April 1910
Gouv. Witebsk	— (—)	*4 (2)*	21. » »
darunter			
Stadt Polozk	— (—)	1 (1)	29. » »
Kreis »	— (—)	2 (1)	21. » »
» Lepelsk	— (—)	1 (—)	3. Mai »
Gouv. Mogilew, Stadt Homel	2 (1)	*2 (1)*	15. » »
Gouv. Kiew	*29 (3)*	*34 (5)*	3. » »
darunter			
Stadt Kiew	19 (2)	24 (4)	3. » »
Kreis »	10 (1)	10 (1)	10. » »
Gouv. Jekaterinoslaw	*101 (50)*	*307 (112)*	10. Jan. »
darunter			
Stadt Jekaterinoslaw	27 (18)	66 (36)	26. April »
Kreis »	17 (7)	24 (9)	5. Mai »
Stadt Alexandrowsk	11 (11)	11 (11)	9. » »
Kreis »	10 (3)	10 (3)	13. » »
» Bachmut	9 (1)	127 (30)	10. Jan. »
» Werchnedneprowsk	1 (—)	2 (1)	25. April »
» Nowomoskowsk	3 (1)	5 (1)	5. Mai »
» Mariupol	— (—)	1 (—)	30. April »
» Slawjanosserbsk	23 (9)	61 (21)	7. März »
Gouv. Charkow	*7 (3)*	*31 (13)*	27. April »
darunter			
Stadt Charkow	1 (1)	1 (1)	11. Mai »
Kreis Kupjansk	6 (2)	31 (12)	27. April »
» Starobelsk	— (—)	2 (—)	8. Mai »
Gouv. Poltawa	*4 (1)*	*4 (1)*	9. » »
darunter			
Stadt Krementschug	3 (1)	3 (1)	9. » »
Kreis »	1 (—)	1 (1)	12. » »
Gouv. Taurien	*14 (6)*	*14 (6)*	11. » »
darunter			
Kreis Perekop	2 (1)	2 (1)	11. » »
» Melitopol	4 (3)	4 (3)	11. » »
» Dneprowsk	8 (2)	8 (2)	11. » »
Stadt Rostow a/Don	*3 (1)*	*3 (1)*	15. » »
Gouv. Baku, Kreis Leukoran	— (—)	*10 (5)*	18. April »
Summa	*160 (65)*	*413 (147)*	

Die Städte Kiew und Jekaterinoslaw sowie die Kreise Jekaterinoslaw, Alexandrowsk, Werchnedneprowsk, Mariupol, Nowomoskowsk und Slawjanosserbsk des Gouvernements Jekaterinoslaw, der Kreis Starobelsk des Gouv. Charkow und der Kreis Lenkoran des Gouv. Baku sind für cholerainficiert erklärt.

Die Gouvernements: Kiew, Poltawa, Baku, Minsk, Cherson und Tschernigow, auch der Fluss Dnepr, von der Stadt Lojew bis Cherson, sind als von der Cholera bedroht anerkannt.

— Die Zahl der choleraverdächtigen Erkrankungen in St. Petersburg hat sich nach den Angaben der Sanitätscommission in der eben zu Ende gehenden Woche verdoppelt. Den Hospitälern sind 26 Kranke unter choleraverdächtigen Symptomen eingeliefert worden. Durch die bakteriologischen Untersuchungen wurde festgestellt, dass die gefundenen Choleravibrionen durchaus lebensfähig sind.

— Cholera. Britisch-Indien. In Kalkutta starben vom 10. bis zum 16. April 65 Personen an der Cholera. — Niederländisch-Indien. Vom 21. Februar bis zum 3. April erkrankten in Batavia 184 Personen, darunter 23 Europäer. In Samarang wurden vom 21. Februar bis zum 20. März 592 Erkrankungen und 512 Todesfälle gemeldet. In der Stadt Soerabaya sind vom 27. März bis zum 2. April 109 Personen erkrankt und 61 gestorben, in der Umgegend 14 (10).

Pest. Britisch-Indien. Vom 10. bis 16. April erkrankten 22540 Personen und starben 20365. — Türkei. In Djedda sind vom 2. bis zum 8. Mai weder Erkrankungen

noch Todesfälle an der Pest festgestellt worden, nachdem seit dem 5. Januar deren 99 (97) gezählt waren. In Lohaia erkrankten vom 1. bis zum 5. Mai 8 Personen und starben 5; auch aus 2 anderen benachbarten Orten wurden am 5. Mai Pestfälle gemeldet. — Aegypten. Vom 7. bis zum 13. Mai wurden 52 Erkrankungen und 39 Todesfälle constatiert. — China. Auf der Insel Hainan ist laut einer Mitteilung vom 14. April in dem Vertragshafen Hoihow, dem Seehafen der Präfekturstadt Kiungchow, die Pest ausgebrochen, innerhalb einer Woche sollen dort gegen 200 Menschen der Seuche erlegen sein. In Amoy ist zufolge einer Mitteilung vom 17. Mai das Vorkommen der Pest festgestellt worden. — Japan. In Kobe sind im April 2 tödlich verlaufene Pestfälle vorgekommen, in Osaka wurde 1 solcher Fall constatiert. — Mauritius. Vom 4. März bis zum 7. April erkrankten 6 Personen und starben 3. — Trinidad. In der zweiten Hälfte des April starben 3 Personen. — Brasilien. In Bahia wurden vom 1. Januar bis Ende März 23 Pestfälle gemeldet, von denen 17 tötlich verlaufen sind.

— Genickstarre. Preussen. Vom 8. bis 14. Mai wurden 6 Erkrankungen und 3 Todesfälle constatiert.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 8. bis 14. Mai wurden 5 Erkrankungen und 1 Todesfall angezeigt.

— Unserer heutigen Nummer liegt ein Prospect über Lehmanns medicinische Handatlanten bei, der der Aufmerksamkeit unserer Leser ganz besonders empfohlen wird. Lehmanns Handatlanten nebst kurzgefassten Lehrbüchern haben nicht nur in Deutschland, sondern in der ganzen Culturwelt (es bestehen Uebersetzungen in 14 Sprachen) guten Anklang und wohlverdiente Verbreitung gefunden. Die Zahl der bis jetzt erschienenen Bände beträgt bereits 45 (37 in Octav, 8 in Quartformat). Jeder Arzt, sofern er nicht vorzieht, die Sammlung vollständig zu erwerben, wird gerne den einen oder anderen Band, der ihm besonders zusagt oder nötig erscheint, kaufen, denn nicht nur die vorzüglichen farbigen Tafeln, sondern auch der klare und instructive Text machen die Atlanten zu einem begehrten Ratgeber für jeden Arzt und Studierenden.

— Der Redaction ist folgende Zuschrift zugegangen: III. österreichische ärztliche Studienreise mit der «Thalia», 5. November bis 5. December 1910. Der günstige, alle Reiseteilnehmer voll befriedigende Verlauf der im November 1909 absolvierten II. österreichischen ärztlichen Studienreise veranlasste deren Teilnehmer, dem Reisecomitee, bestehend aus den Herren Prim. Dr. Abrutin, Lodz — Prim. Dr. O. Borak, Prossnitz — Chefarzt Dr. A. Castiglioni, Triest — Prim. Dr. A. Hockauf, Gugging — San.-R. Dr. W. Hufnagel, Bad Orb — Dr. M. Kittel, Franzensbad — Dr. A. v. Kolaczkowski, Karlsbad — Kais. Rat Dr. L. Komrs, Franzensbad — Chefarzt Dr. O. Liermberger, Levico — Kammerpräsident Ob.-San.-R. Dr. J. List, Retz — Dr. Jul. Mehes, Maria-Ezersdorf — Dr. G. Nager, Luzern — Ob.-Bez.-Arzt Dr. F. Obtulowicz, Lemberg — Dr. S. Papp, Budapest-Alsotatrafüred — Reg.-Rat Prim. Dr. Preindlsberger, Sarajevo — Ob.-San.-R. Dr. F. Sielski, Lemberg — Dr. Hugo Stark, Karlsbad — und Dr. F. Wolfner, Marienbad, den Auftrag zu geben, im Jahre 1910 eine dritte ärztliche Mittelmeerfahrt mit der liebgewonnenen, prächtigen «Thalia» nach Spanien, Nordafrika, Sizilien und Dalmatien auf Basis einer gemeinsamen Veranstaltung der unterzeichneten ärztlichen Corporationen zu veranstalten. Nach vorläufigem Abschlusse der hierdurch ausgelösten Vorarbeiten geschieht hiermit an die P. T. internationale Aerzteschaft die Mitteilung, dass im Falle genügender Meldungen zur Teilnahme die III. österreichische ärztliche Studienreise als gemeinsames Arrangement der Unterzeichneten mit der Luxusjacht «Thalia» des Oesterreichischen Lloyd am 5. November 1910 in Genua angetreten und nach 31-tägiger Dauer in Triest enden wird. Das Reiseprogramm (Aenderungen vorbehalten) erscheint nachfolgend festgesetzt: Von Genua wird nach Barcelona gefahren, von wo aus auch ein Ausflug zum Kloster Mont-Serrat erfolgt. Die Fahrt führt weiter nach den Balearen, wo Palmas angelaufen und besichtigt wird. Von da nach Alcantara in Spanien, wo das Schiff zum Zwecke eines zehntägigen Landaufenthaltes verlassen und nach dessen Absolvierung in Kadiz wieder bestiegen werden soll. Der 10tägige Landaufenthalt in Spanien wird zu Ausflügen nach Madrid, El Escorial, Aranjuez, Toledo, Granada, Cordoba, Sevilla und Kadiz verwendet werden. Von letzterem Hafen geht es wieder mit der «Thalia» nach Tanger in Marokko, weiter nach Gibraltar, von wo aus auch Algeciras besucht wird, dann nach Algier. Von Philippeville, dem nächsten angelaufenen Hafen aus wird ein viertägiger Ausflug nach Konstantine und zu den berühmten Oasen von Biskra unternommen. Hierauf wird Tunis mit Karthago besucht, das neuerstandene Messina aufgesucht und von hier aus nach Taormina gefahren. Auf der nunmehr erfolgenden Heimreise nach Triest werden noch Cattaro, von wo aus ein Besuch Cetinjes erfolgt, Gravosa und Pola-Brioni angelaufen. Die Reise endet mit der Ankunft in Triest am 5. December.

Die Reisekosten stellen sich für die Schiffsreise je nach Kabinenwahl ab 450 K. pro Platz und Kopf aufwärts; für sämtliche Landarrangements in Spanien, Nordafrika, Sizilien und Dalmatien incl. Logis und Verköstigung am Lande in Hotels nur 1. Ranges, Wagen- und Bahnfahrten (letztere nur erster Wagenclasse), Entrees, Führungen etc. einheitlich pro Kopf und Teilnehmer auf 550 K., in Summa für die 31tägige Reise also auf 1000 K. in minimo.

Es ergeht hiermit an die P. T. internationale Aerzteschaft die Einladung, sich eventuell mit ihren Damen und erwachsenen sonstigen Familienangehörigen anzuschliessen und sich ehemöglichst hierzu zu melden. Die Reise findet nur dann statt, wenn bis 1. August 1910 sich mindestens 100 Teilnehmer fest gemeldet haben. Als Beitrag zu den Vorkosten der Reiseunternehmung werden die sich meldenden Interessenten gebeten, mit der Meldung pro Kopf 5 K. einzuzahlen, welcher Betrag bei tatsächlicher Teilnahme an der Reise von den Reisekosten in Abzug gebracht werden wird, sonst verfällt. Die Zusendung aller ferneren, auf die Reise Bezug habenden Mitteilungen, insbesondere des in Vorbereitung befindlichen ausführlichen illustrierten Reiseprospectes, wird dann prompt erfolgen. Die Geschäftsführung, wie die Cassaverwaltung der projectierten III. österreichischen Studienreise erscheint den erfolgreich bewährten Händen der Vorjahre wiederum anvertraut. Alle Meldungen und die Reise betreffenden Zuschriften sind an Herrn M. U. Dr. Hugo Stark in Karlsbad, Sprudelstrasse, Haus «Amerikaner», als Geschäftsführer zu adressieren. Die Führung der auswärtigen Angelegenheiten, das Arrangement der collegialen Veranstaltungen, Studienbesichtigungen, Vorträge in den berührten Orten wurde neuerdings dem verdienstvollen, bestbewährten Collegen, Chefarzt des österreichischen Lloyd, Dr. Arthur Castiglioni in Triest übertragen. Die Durchführung der Landausflüge wurde dem im Vorjahre erprobten Reisebureau J. Hartmann in Köln anvertraut.

Massgebend für die Veranstaltung vorstehend angekündigten Reiseunternehmens war wie in den Vorjahren der Umstand, dass eine grosse Zahl reisebedürftiger und reiselustiger Aerzte mit vorwiegender Sommerpraxis an den rühmlichst bewährten, vorbildlichen Veranstaltungen der deutschen ärztlichen Studienreisen wegen deren früheren Termines sich leider nicht beteiligen können und daher einen speciell für Badeärzte berechneten, durch unsere Reisegelegenheit gebotenen Ersatz, wie die Erfolge der Vorjahre beweisen, freudig willkommen heissen.

Einer recht zahlreichen Teilnahme besonders aus diesen Kreisen wird darum auch heuer entgegengesehen, und zeichnen in Erwartung dessen für den ärztlichen Bezirksverein Karlsbad: Dr. K. Nagl, Karlsbad. Für die Section Franzensbad-Eger des Centralvereines deutscher Aerzte Böhmens: Dr. M. Müller, Franzensbad. Für die Aerztegesellschaft in Franzensbad: Dr. J. Steinschneider, Franzensbad. Für den ärztlichen Bezirksverein Marienbad: Dr. H. Turba, Marienbad. Für den Centralverband der Cur- und Heilanstaltsbesitzer, resp. Leiter Oesterreichs: Dr. O. von Aufschnaiter, Heilanstaltsbes., Wien. Für das Reisecomitee: Ob.-San.-R. J. List, Retz, Aerztekammerpräsident; Reg.-R. Prim. Dr. Preindlsberger, Sarajevo; M. U. Dr. Hugo Stark, Karlsbad, Geschäftsführer; Chefarzt Dr. A. Castiglioni, Triest; M. U. Dr. V. Janatka, Karlsbad, Cassierer.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) in St. Petersburg Dr. Aristow, geb. 1842, approbiert 1868; 2) in Warschau Dr. W. Freudensohn, geb. 1849, approbiert 1872; 3) in Minsk Dr. S. Swenzizkij, geb. 1836, approbiert 1861. 4) am 14. (28.) Mai der berühmte Anatom Emil Zuckerkandl, Professor an der Universität in Wien, geb. 1849.

— Das Verzeichnis der zur Besprechung zugegangenen Bücher findet sich auf Seite III des Umschlags.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga. Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 23 St. Petersburg, den 5. (18.) Juni 1910. XXXV. JAHRGANG.

Die Tuberculose im Säuglingsalter *).

Von

Dr. N. Ettlinger.

Oberarzt am Findelhause in St. Petersburg.

Die Tuberculose ist eine im Säuglingsalter verhältnismässig seltene Krankheit. Nichtsdestoweniger kommt sie auch in diesem Alter vor, wovon man sich aus medicinischen Berichten der Findel- und Kinderkrankenhäuser überzeugen kann. Auch in der Privatpraxis begegnet man Fällen von Säuglingstuberculose, da man aber in solchen Fällen fast ausschliesslich auf die klinische Diagnose angewiesen ist und diese letztere ausserordentlich schwierig ist, so haben derartige Beobachtungen keinen besonderen Wert. Nach den Berichten des Petersburger Findelhauses, wurden in dieser Anstalt von 1857 bis 1904 [1]) 282315 Säuglinge verpflegt, von denen auf Grund von Sectionsprotocollen 1983 (0,7 %) an Tuberculose starben. 37195 Obductionen (in 33 Jahren) ergaben 1887 Fälle dieser Krankheit (5,9 %) [2]). Leider sind in der Bibliothek des St. Petersb. Findelhauses bei Weitem nicht alle medicinischen Berichte des Moskauer Findelhauses [3]) vorhanden, so dass man aus diesen Berichten keine statistischen Schlüsse ziehen kann. Ausserdem haben viele dieser Berichte rein administrativen Charakter. Von 1877—1889 (incl.) wurden ins Moskauer Findelhaus 195639 Säuglinge aufgenommen. Während dieses Zeitraums wurden bei Obductionen 196 (0,1 %) Fälle von Tuberculose constatiert. Durchschnittlich wurden jährlich 15048 Kinder aufgenommen, und bei Obductionen in 15 Fällen (0,08 %) Tuberculose constatiert. Was das Verhältnis der Zahl der Tuberculosefälle zur Zahl der jährlichen Obductionen betrifft, so wurden in dem Zeitraum von 1877—1879 (incl.) 10065 Obductionen gemacht, wobei die Krankheit 53 mal (0,6 %) constatiert wurde. Ueber die Zahl der Obductionen von 1880—1889 wird nichts erwähnt, es heisst nur, dass während dieses Zeitraums 143 Säuglinge (durchschnittlich 14 pro Jahr) an Tuberculose gestorben sind. In den Berichten von 1891—1897 ist von Tuberculose gar nicht die Rede. Im Bericht von 1898 heisst es, dass man pathologisch-anatomisch 67 Fälle von Tuberculose (auf 10583 neuaufgenommene Kinder) constatiert hat. Es ist unmöglich, auf Grund der obenerwähnten Berichte die Sterblichkeit an Tuberculose im Moskauer Findelhause mit der an derselben Krankheit im St. Petersburger zu vergleichen. Nichtsdestoweniger gewinnt man den Eindruck, als ob die Sterblichkeit an dieser Krankheit im Moskauer Findelhause viel geringer ist als im Petersburger.

Wir haben gesehen, dass die Sterblichkeit im Petersburger Findelhause — im Verhältnis zur Zahl der Obductionen — in dem Zeitraum von 1872—1904 (33 Jahre) 5,9 % betrug (s. o.). Durchschnittliche Zahl der Obductionen jährlich: 1121. Durchschnittliche Zahl der Todesfälle an Tuberculose: 57 (s. o.). Dieselbe schwankte während des obenangegebenen Zeitraums in sehr weiten Grenzen (0,4%—26%). Laut den Sectionsprotocollen betrug die Sterblichkeit an Tuberculose von 1872—1890 nicht mehr als 5 %, aber man beobach-

*) Verkürzte Wiedergabe des in russischer Sprache erschienenen Buches des Verfassers: «Bugortschatka w grudnom wosrastje». St. Petersburg. 155 Seiten.

[1]) In der Bibliothek des Petersburger Findelhauses sind vorhanden die Berichte dieser Anstalt von 1857, 1864 und 1868. Ferner die Berichte von 1872—1904 (es fehlen die Berichte von 1882 und 1883 — wahrscheinlich sind dieselben verloren gegangen). 1869—1871 erschienen keine Berichte, daher wurden diese Jahrgänge nicht berücksichtigt. Daten über 1882 und 1883 erhielt ich zum Teil in der Expedition zur Abfertigung der Kinder, zum Teil aus den Sectionsberichten dieser Jahre, zum Teil entnahm ich dieselben der Arbeit von W. Froebelius (Jahrb. der Kinderheilk. B. XXIV. S. 47—72).

[2]) In den Berichten von 1857, 1864 und 1868 ist die Zahl der Obductionen nicht angegeben. Infolge dessen wurden diese Jahre bei der Berechnung des Verhältnisses der Sterblichkeit zur Zahl der Obductionen nicht berücksichtigt.

[3]) Es sind vorhanden in der Bibliothek die Berichte von 1869—1899 (es fehlt der Bericht von 1890).

tete während dieses Zeitraums auch eine ganz minimale Sterblichkeit (0,4 %) an dieser Krankheit. 1891 betrug die Sterblichkeit 5,3 % (32 Fälle auf 641 Obductionen), 1892 — 8,4 % (46 Fälle auf 582 Obductionen, 1893 und 1894 — 7,3 % (45 Fälle auf 630 Obductionen). Schon 1895—1899 constatiert man beständige Zunahme der Sterblichkeit an Tuberculose, und zwar 9 % (75:827), 8 % (91:1118), 9 % (70:778), 14,8 % (144:963) und endlich 26 % (218:823). Für die letzten 5 Jahre (1900—1904) schwankt die Sterblichkeit an Tuberculose zwischen 9,3 %—15 % (76—118 pro Jahr). Somit kann man sagen, dass die Sterblichkeit an dieser Krankheit von 1881 (0,4 %) bis 1899 (26 %) um 65 mal zugenommen hat. Wenn man aber berücksichtigt, dass nicht alle im Findelhause verstorbenen Kinder seciert werden, dass einige von ihnen, darunter auch ganz ernst kranke (selbst mit Tuberculose), von ihren Müttern aus der Anstalt genommen werden, ferner, dass in den Landbezirken des Findelhauses eine grosse Kindersterblichkeit an verschiedenen Krankheiten, darunter auch höchst wahrscheinlich an Tuberculose, herrscht und endlich, dass in den Berichten des Findelhauses Fälle von Pneumonia chronica tuberculosa erwähnt werden, ohne nähere Angabe, ob es sich um selbständige Erkrankungen oder um Complicationen der allgemeinen Miliartuberculose handelte, so darf man auf Grund des Obenerwähnten annehmen, dass der Procentsatz der Sterblichkeit der Säuglinge an Tuberculose ein viel grösserer sein muss als aus den Berichten hervorgeht.

Ich verfüge über 38 Fälle von Tuberculose im Säuglingsalter (21 K. und 17 M., wovon 18 eigener und 20 fremder Beobachtung), alle dem Material des St. Petersburger Findelhauses entnommen. Auf diese Weise kommen auf Knaben 55,3% und auf Mädchen 44,7%. W. Froebelius [4]), weiland Chefarzt des St. Petersburger Findelhauses, stellte auf Grund von Sectionsprotocollen für 10 Jahre (1874—1883) 416 (212 K. und 204 M.) Fälle zusammen, so dass Knaben (ungefähr) 50,9% und Mädchen 49,1% ausmachen. W. Bulius [5]), dessen Material der Säuglingsabteilung der Berliner Kinderklinik entnommen ist, stellte 27 Fälle von Tuberculose im Säuglingsalter (von 4—12 Monaten) zusammen. Die Diagnose wurde 24 Mal durch die Obduction im Berliner pathologisch-anatomischen Institut bestätigt. In diesen 24 Fällen handelt es sich in 37,5% (9 mal) um Knaben und 62,5% (15 mal) um Mädchen. F. Stirnimann [6]), dem das Material des Züricher Kinderhospitals zur Verfügung stand, beobachtete 41 Säuglinge (ungefähr im Alter von 4 Wochen—1 Jahr). Uebrigens widersprechen sich seine Zahlen, so spricht er z. B. auf S. 756 von 41 Fällen, auf S. 757 ist die Rede von 42 Fällen und auf derselben S. spricht er von 40 (28 K. und 12 M.) Fällen. Wenn man die letzte Zahl (40) als die richtige ansieht, so entfallen auf Knaben 70% (28 Fälle) und auf Mädchen 30% (12 Fälle). Die Gesamtzahl beträgt 518 (38 Fälle von mir, 416 von Froebelius, 24 von Buliusund 40 Fälle von Stirnimann), darunter 54,1% (270 Fälle) Knaben und 45,9% (248 Fälle) Mädchen. Daraus ergibt sich, dass die Zahl der Knaben über die der Mädchen prävaliert, wenn auch unbedeutend. Allerdings darf man aus diesem verhältnismässig spärlichen statistischen Material noch keine allgemeinen Schlüsse ziehen.

Nach Froebelius' Beobachtungen im St. Petersburger Findelhause (1874—1883) fällt die grösste Säuglingssterblichkeit auf das erste (45,4%) und das letzte Jahresdrittel (30,7%) und die geringste Sterblichkeit auf das zweite Jahresdrittel (28,8%). Von meinen 38 Fällen starben im ersten Jahresdrittel 34,2% (13 Fälle), im zweiten 7,9% (3 Fälle) und im dritten Jahresdrittel 57,9% (22 Fälle). Nach Froebelius' Beobachtungen beträgt die Sterblichkeit im ersten und letzten Jahresdrittel 86,1% der Gesamtjahressterblichkeit an Tuberculose; nach meiner Zusammenstellung —82,1%. Die Zahlen stimmen also ziemlich überein. Für das zweite Jahresdrittel beträgt die Sterblichkeit nach Froebelius 23,8% der Gesamtjahressterblichkeit (für 10 Jahre); nach meiner statistischen Zusammenstellung beträgt dieselbe 7,9% (für 6 Jahre). Im St. Petersburger Findelhause betrug die Sterblichkeit an Tuberculose während 4 Jahre (1899—1903 — der Bericht für 1902 stand mir nicht zur Verfügung) 501 Fälle. Dieselben verteilten sich nach den Jahresdritteln wie folgt: im ersten Jahresdrittel 63,4% (318 Fälle), im zweiten 13,2% (66 Fälle) und im dritten Jahresdrittel 23,4% (117 Fälle). Die Abhängigkeit der Sterblichkeit an Tuberculose von der Jahreszeit erklärt sich dadurch, dass die meisten tuberculösen Säuglinge an acuter (lobulärer und lobärer) Pneumonie zu Grunde gehen, worauf schon Froebelius hinweist. Nach diesem Autor fällt die grösste Sterblichkeit an Bronchopneumonie im St. Petersburger Findelhause gleichfalls auf das erste und letzte Jahresdrittel.

Das Alter der (38) Kinder schwankte bei der Aufnahme ins Findelhaus zwischen 1—444 Tage (d. h. 1 Jahr 2 Monate 3 Tage),wobei das Durchschnittsalter 40,3 Tage betrug. Im I. Vierteljahr (1—90 Tage) wurden 31 Kinder (81,5%) aufgenommen, darunter ein ausgesetztes Kind, dessen Alter nur aproximativ bestimmt werden konnte. Das Durchschnittsalter war 19,5 Tage.

Im II. Jahresviertel (94—175 Tage) wurden 5 Kinder (13,2%) aufgenommen. Durchschnittsalter—120 Tage.

Im III. und IV. Jahresviertel wurden 0 Kinder aufgenommen.

Im Alter über 1 Jahr (391 und 444 Tage) wurden 2 Kinder (5,3%) aufgenommen. Summa = 38.

Von 416 Fällen von Froebelius wurden ins Findelhaus aufgenommen: im ersten Vierteljahr 390 (93,7%), im zweiten Vierteljahr 17 (4,08%), im dritten 5 (1,2%) und im vierten Vierteljahr 3 (0,7%) und schliesslich im Alter über 1 Jahr 1 (0,2%). Das Todesalter der Kinder schwankte zwischen 34—619 Tagen (ungefähr 1 Jahr 8 Monate 19 Tage). Durchschnittsalter — 159,7 Tage. Im 1. Quartal starben 8 Kinder (21%). Durchschnittsalter — 67 Tage. Im zweiten Quartal starben 20 Kinder (52%). Durchschnittsalter — 130,3 Tage. Im dritten Quartal starben 6 Kinder (15,8%). Durchschnittsalter — 224,3 Tage. Im vierten Quartal starben 2 Kinder (5,3%). Durchschnittsalter — 296 Tage. Im Alter über 1 Jahr starben 2 Kinder (5,3%). Durchschnittsalter — 538 Tage.

Hieraus ergibt sich, dass die grösste Sterblichkeit auf das zweite Quartal entfällt, dann folgt das erste und das dritte Quartal, und die geringste Sterblichkeit entfällt auf das vierte Quartal und auf das Alter über ein Jahr.

Nach Stirnimann gestaltet sich die Sterblichkeit folgendermassen:

Im I. Quartal	. . .	11,9%
„ II. „	. . .	38 %
„ III. „	. . .	28,5%
„ IV. „	. . .	21,4%

Folglich entfällt die grösste Sterblichkeit auf das zweite Quartal, dann folgt das dritte und vierte Quartal und endlich das erste.

---

4) W. Froebelius. Ueber die Häufigkeit der Tuberculose und die hauptsächlichen Localisationen im zartesten Kindesalter. Jahrb. für Kinderh. B. XXIV, S. 47.

5) W. Bulius. Zur Klinik und Diagnostik der Tuberculose im 1. Lebensjahr. Jahrb. der Kinderheilk. B. XLIX, S. 304.

6) F. Stirnimann. Die Tuberculose im ersten Lebensjahr. Nach den Beobachtungen im Kinderhospital in Zürich. Jahrbuch für Kinderheilk. B. 61, H. 5, S. 756.

W. Bulius beschrieb 27 Fälle (davon wurden 2 aus der Klinik genommen; bei 2 Kindern ist das Alter nicht angegeben — es heisst einfach: Säuglinge. Nach Abzug dieser Fälle bleiben 23). Es starben 23 Kinder und die klinische Diagnose wurde durch die Section bestätigt.

Es starben:

Im	I. Quartal	0
„	II. „	10
„	III. „	6
„	IV. „	7

Auch hier präváliert die Sterblichkeit im 2. Quartal.

Von den 416 Fällen von Froebelius starben 20 Fälle (4,8%) im Alter von 3 Tagen bis 1½ Monaten, die übrigen 396 Fälle (95,1%) starben im Alter von 2 Monaten bis zu 2 Jahren.

Die Dauer des Aufenthaltes im Findelhause der obenerwähnten 38 Säuglinge betrug 11—314 Tage, durchschnittlich 98,9 Tage.

Nach Froebelius' Zusammenstellung starben nach einem Aufenthalte im Findelhause von 2 Tagen bis 1½ Monaten 61 Kinder (14,6%), nach 2—4 Monaten starben 270 (68%) und nach 5—10 Monaten — 75 Kinder (18%).

Auf diese Weise entfiel die grösste Sterblichkeit auf diejenigen Kinder, welche im Findelhause bis zu 4 Monaten verblieben.

Da auf Grund von Tierexperimenten die Dauer der Tuberculose 3—6 Wochen (nach anderen Forschern 4 Wochen—2 Monate) beträgt, so muss man annehmen, dass die meisten Kinder im Findelhause selbst inficiert wurden. Nur 5 Kinder verblieben im Findelhause weniger als 4 Wochen, die übrigen Kinder viel länger (36—312 Tage). Infolge dessen muss man annehmen, dass 5 Kinder bereits tuberculös ins Findelhaus aufgenommen und alle übrigen Kinder im Findelhause selbst inficiert wurden.

Da einige Kinder in einem sehr zarten Alter starben (z. B. 2 im Alter von 34 resp. 44 Tagen, darunter ein frühgeborenes Kind), so muss man annehmen, dass dieselben in einem sehr frühen Alter mit tuberculösem Virus inficiert wurden; es ist auch zulässig, bei ihnen angeborene Tuberculose anzunehmen. Auch Froebelius führt in seiner Arbeit 7 Kinder an, die im Alter von 3 Tagen bis 1 Monat starben — lauter frühgeborene Kinder. Möglicherweise handelt es sich in 6 Fällen um angeborene Tuberculose, obschon Froebelius diese Ansicht nicht ausspricht.

Von den 38 Kindern waren 19 (50%) von guter, 13 (34,2%) von mittlerer und 6 (15,8%) von schlechter Ernährung, unter diesen 3 frühgeborene Kinder; 37 waren Brustkinder und 1 künstlich ernährtes Kind (im Alter von 1 Jahr 3 Monaten aufgenommen).

Von den 37 Brustkindern wurden 21 von ihren Müttern, 13 von Ammen gestillt und von 3 ist nichts bekannt, da ihre Krankengeschichten abhanden gekommen sind; einige von ihnen wurden ausserdem mit Kuhmilch (1:1, 2:1 und sehr selten 1:2) zugefüttert. Von den Kindern der ersten Kategorie (21) wurden 9 nur von ihren Müttern gestillt (26,5%), wobei 2 mit verdünnter Kuhmilch zugefüttert wurden, und 12 wurden von Müttern und Ammen gestillt (32,2%), wobei einzelne Kinder 1—11 Ammen wechseln mussten. 13 Kinder wurden von Ammen gestillt (32,4%), wobei einzelne Kinder 1—20 [7]) Ammen gewechselt haben. Nur ein Kind verblieb während der ganzen Zeit bei einer und derselben Amme. Von den 34 Kindern, deren Krankengeschichten vorhanden waren, waren 13 mit verdünnter Kuhmilch zugefüttert. Künstlich wurde ein Kind ernährt. Im Allgemeinen kann man sagen, dass nur 10 Kinder (29,5%) von einer und derselben Person gestillt wurden. Daraus ersieht man, dass die meisten Kinder sich in sehr ungünstigen hygienischen Verhältnissen befanden.

Bei der Aufnahme von Kindern, die später der Tuberculose erlagen, wurden folgende Krankheiten constatiert: Atrophia 5 mal, Rhachitis 2 mal, Soor 2 mal, Stomatitis 1 mal, Ulcus palati duri 1 mal, Catarrhus intestin. 3 mal, Icterus 6 mal, Conjunctivitis catarrhalis 1 mal, Conjunctivitis blenorrhoica 2 mal, Otitis media purulenta 1 mal, Bronchitis 1 mal, Pneumonia catarrhalis bilateralis 1 mal, Pleuritis exsudativa 1 mal, Tuberculosis (?) 1 mal, Balonitis 1 mal, Hydrocele 1 mal, Mastitis 1 mal, Fungus umbilicalis 2 mal, Blenorrhoea umbilici 1 mal, Naevus vasculosus 3 mal, Intertrigo 6 mal, Furunculosis 2 mal, Immaturitas und Debilitas 4 mal, Lues (?) 1 mal. Bei 12 Kindern findet man keine Angaben. Von 3 Kindern weiss man nichts, da ihre Krankengeschichten verloren gegangen sind. Somit wurden von 38 Kindern 23 mit verschiedenen Krankheiten belastet ins Findelhaus aufgenommen, von denen höchstens 2 Krankheiten (Bronchitis und Pneumonie) mit Tuberculose in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden können.

Alle Kinder, die später an Tuberculose starben, erkrankten während ihres Aufenthaltes im Findelhause an verschiedenen Krankheiten, und zwar: an Atrophie 4 mal, Rhachitis 16 mal, Purpura haemorrhagica 2 mal (1 mal heisst es einfach Purpura), Influenza 15 mal, Varicella 12 mal, Diphtheria 2 mal, Erysipelas 1 mal, Pyaemia 1 mal, Lues (?) 1 mal, Meningitis 2 mal, Eclampsia 2 mal (1 mal cf. Meningitis), Coryza 7 mal, Laryngitis catarrhalis 6 mal, Bronchitis 27 mal (darunter 2 mal Bronchitis gripposa), Bronchitis capillaris 3 mal, Pneumonia catarrhalis 30 mal, Pleuritis exsudativa 5 mal (darunter einmal Pleuritis suppurativa und 3 zweifelhafte Fälle von Pleuritis exsud.?), Tuberculosis 14 mal (darunter 4 zweifelhafte Fälle), Pneumonia chronica 2 mal (1 Tbc.), Hyperplasia glandularum bronchialium 2 mal (1 Tbc.), Soor 4 mal, Ulcus palati duri 2 mal, Dyspepsia und C. intestinalis 25 mal, Enteritis tuberculosa 1 mal (1 Tbc.), Nephritis 1 (?) mal, Balanitis 1 mal, Conjunctivitis catarrhalis 9 mal, Conjunctivitis blenorrhoica 2 mal (anfänglich C. catarrhalis), Keratitis 1 mal, Ulcus corneae 1 mal, Blepharitis 1 mal, Dacryocystitis 1 mal, Panophtalmitis 1 mal, Phthisis bulbi 1 mal, Otitis media purulenta 14 mal, Mastoiditis 1 mal, Erythema 1 mal, Intertrigo 5 mal, Eczema (Impetigo) 1 mal, Seborrhoea 2 mal, Furunculosis 3 mal, Phlegmone circumscripta et diffusa 7 mal, Ulcus cutaneum 1 mal, Gangraena cutis 1 mal, Pemphigus cachecticorum 1 mal, Herpes tonsurans 1 mal, Lymphadenitis 4 mal, Fungus umbilicalis 1 mal, Hernia inguinalis bilateralis 1 mal. Daraus resultiert, dass von den inneren Krankheiten am meisten die der Respirations- und der Verdauungsorgane nebst den Infectionskrankheiten und der Rhachitis beobachtet wurden, was leicht verständlich ist, da diese Krankheiten unter den Kindern des Findelhauses am häufigsten vorzukommen pflegen.

Symptome. Alle Kinder — mit Ausnahme eines einzigen, von dem nichts bekannt ist. — haben während längerer oder kürzerer Zeit gefiebert. Bekanntlich kann die Tuberculose im Säuglingsalter auch fieberlos verlaufen, was bei frühgeborenen, ferner bei sehr heruntergekommenen Kindern und endlich nicht selten sub finem vitae beobachtet wird; bei derartigen Kindern werden selbst subnormale Temperaturen beobachtet. Bei Tbc. der Säuglinge beobachtet man f. continua, remittens und intermittens. Diese Einteilung hat nur eine rein theoretische Bedeutung. In Wirklichkeit steht die Sache ganz anders. Fast in jedem einzelnen Fall von Tbc.

---

[7]) Im St. Petersburger Findelhause wird die Kuhmilch mit 12,3 pCt. Milchzuckerlösung verdünnt.

kann man f. continua, remittens und intermittens beobachten, wobei zeitweilig auch subfebrile (längere Zeit dauernde, anscheinend unmotivierte subfebrile Temperaturen sprechen für Tbc.), normale und selbst subnormale Temperaturen vorkommen können. Auf diese Weise kann man schon auf Grund von Temperaturcurven — wenn die betreffenden Temperaturmessungen längere Zeit hindurch, d. h. einen Monat lang und mehr, regelmässig gemacht wurden — die Krankheit mit einiger Sicherheit diagnostisieren, selbst in absentia des Patienten. In der Regel ist die Temperatur nicht besonders hoch (38,0—39,0); hohe Temperaturen (40,0 und mehr) beobachtet man bei zufälligen Complicationen (Phlegmone, Erysipelas, auch Influenza), aber auch bei nicht complicierten Fällen kommen zuweilen recht bedeutende Temperatursteigerungen vor. Der Unterschied zwischen Morgen- und Abendtemperaturen kann 1,5° und mehr betragen, wobei die höchsten Temperaturen auf verschiedene Tageszeiten fallen können. Nach Henoch sprechen grosse Temperaturschwankungen, wobei die höchsten Temperaturen auf die Morgenstunden fallen, für Tbc. (überhaupt wird der sog. t. inversus der Temperatur bei dieser Krankheit nicht selten beobachtet). Schweisse werden selten erwähnt, und wenn überhaupt solche vorkommen, so hängen sie mit anderen Krankheiten (Rhachitis) zusammen. Was die Erscheinungen seitens der Respirationsorgane betrifft, so kamen vor: 6 mal (15,8 %) Laryngitis, bronchitische Symptome (rauhes Vesiculäratmen, verschiedene katarrhalische Geräusche) 27 mal (71 %), Symptome einer Bronchitis cappillaris (feinblasiges Rasseln) 3 mal (7,8 %) und endlich Symptome einer mehr oder weniger deutlich ausgeprägten lobulären oder lobären Pneumonie (bronchiales Atmen, Bronchophonie, Dämpfung) — 33 mal (86,3 %). Symptome einer Pleuritis exsudativa wurden 2 mal (5,3 %) beobachtet. Im ersten Falle wurde die Diagnose durch eine Probepunction bestätigt. Im zweiten Falle wurde die Diagnose nur auf Grund der physicalischen Symptome gestellt. In beiden Fällen wurde die Diagnose durch die Section bestätigt. In den (3) übrigen Fällen war die Diagnose Pleuritis fraglich. Auf Grund von Cerebralsymptomen wurde 2 mal Meningitis (ohne nähere Bezeichnung der Form) diagnosticiert. Die Section ergab in beiden Fällen eine Meningitis basilaris tbc. (in einem Fall ausserdem — Hydrocephalus internus). Enteritis tbc. wurde intra vitam nur 1 mal diagnosticiert, und zwar auf Grund bakteriologischer Untersuchungen — es wurden im Ganzen 8 Untersuchungen gemacht, von denen 4 positiv ausfielen. Es sei hier bemerkt, dass in diesem Fall intra vitam keine intensiven Intestinalerscheinungen constatiert wurden: es handelte sich gewöhnlich um 2—4 Stühle pro Tag, nur selten betrug deren Zahl mehr (5—7). Tuberkelbacillen im Sputum wurden niemals constatiert. Die Diagnose (Enteritis tbc.) wurde durch die Section bestätigt. In allen übrigen Fällen wurde die Krankheit erst bei der Section erkannt. Otitis media purulenta cum perforatione tympani wurde 14 mal (36,9 %) beobachtet. In allen pädiatrischen Lehrbüchern wird diese Krankheit als eine häufige Complication der Tbc. bezeichnet. Conjunctivitis catarrhalis wurde 9 mal beobachtet, wahrscheinlich im Zusammenhang mit Coryza oder Influenza. Auch Conjunctivitis blenorrhoica gelangte 2 mal zur Beobachtung; wahrscheinlich als zufällige Complication. Ausser dem obenerwähnten Fall von Enteritis tbc., wurde in 25 Fällen (67,9 %) Catarrhus intestin. beobachtet, welche Krankheit unter den Kindern des Findelhauses sehr verbreitet ist.

Von Hautkrankheiten wurde am häufigsten Phlegmone circumscript. und diffus. (7 Fälle) und Furunculose (3 Fälle) beobachtet. Diese letztere Krankheit wird auch von den meisten Autoren als eine häufige Complication der Tbc. bezeichnet. Lymphadenitis wurde 4 mal beobachtet, wahrscheinlich im Zusammenhang mit Coryza resp. Otitis media. Purpura haemorrhagica wurde 2 mal beobachtet; ob dieselbe mit der Grundkrankheit im Zusammenhang stand, bleibt dahingestellt. Was verschiedene andere Krankheiten (Soor, Ulcus palati duri etc.) betrifft, so sind sie nur als zufällige Complicationen der Tbc. zu betrachten. Inbetreff des Gewichts lässt sich Folgendes sagen: einige Kinder kamen ins Haus mit gutem resp. relativ gutem Gewicht, nichtsdestoweniger erkrankten sie an Tbc. und erlagen dieser Krankheit.

Ueber die weiteren Gewichtszunahmen resp. Verluste lässt sich Folgendes sagen: bei einigen Kindern mit normalem Gewicht begann der Gewichtsverlust mit ihrem Eintritt ins Findelhaus und dauerte — mit zeitweiliger unbedeutender Zunahme — bis zu ihrem Tode. So wurde z. B. ein Kind, das bei der Aufnahme 1 Monat alt war, mit dem Gewicht von 5050 ins Haus aufgenommen. Am Todestage betrug dasselbe 4000, folglich betrug der Gewichtsverlust (innerhalb 6½ Monate) 1050, oder 1,0 täglich. Die meisten Kinder nahmen unabhängig vom Aufnahmegewicht täglich etwas zu. Sub finem vitae war in der Regel ein mehr oder weniger bedeutender Gewichtsverlust zu constatieren. Auch bei 3 frühgeborenen Kindern kamen bedeutende Gewichtsschwankungen mit zeitweiliger Gewichtszunahme vor.

Die Diagnose der Tbc. im Säuglingsalter ist mit grossen Schwierigkeiten verknüpft, was von allen Autoren zugegeben wird. Von den 38 Fällen, bei denen die Obduction eine allgemeine Miliartuberculose ergab, wurde dieselbe intra vitam nur 6 mal (15,9 %) diagnosticiert. Ausserdem wurde dieselbe 8 mal vermutet, was mit den obenerwähnten 6 im Ganzen 14 Fälle (36,9 %) ergibt. In allen übrigen (24) Fällen wurden folgende Diagnosen gestellt: Pneumonie 18 mal, Bronchitis capillaris 1 mal, Pleuritis exsudativa (suppurativa) 1 mal, Influenza 1 mal, Meningitis (ohne Bezeichnung der Form) 2 mal, unbekannt (die Krankengeschichte fehlte) 1 mal. Im Ganzen 24 Fälle.

Daraus resultiert, dass die Tbc. am häufigsten mit verschiedenen Krankheiten der Respirationsorgane (Pneumonie, Bronchitis capillaris, Pleuritis exsudativa) verwechselt wurde, welche Krankheiten durch Autopsie zwar bestätigt wurden, ausserdem wurde aber auch Tbc. constatiert. Die meisten Kinder gingen an acuter Pneumonie zu Grunde. Am schwierigsten ist die Diagnose der acuten Miliartuberculose, da dieselbe ganz unbestimmte Symptome gibt, und die kranken Kinder nicht selten ganz blühend aussehen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird die Krankheit erst bei der Section erkannt.

Die Prognose der Tbc. im Säuglingsalter ist als absolut schlecht zu bezeichnen.

Die Therapie ist rein symptomatisch. Ihr Erfolg = 0.

Pathologisch-anatomischer Befund. In allen 38 Fällen wurde Tuberculosis miliaris universalis constatiert, welche Krankheit folgende Localisationen aufwies: Laryngitis tuberculosa wurde 2 mal (5,3 %) constatiert. Nach Fröbelius, betrug Tracheitis tuberculosa 2,4 % (10 auf 416 Fälle). Bulius beobachtete Laryngitis tuberculosa in 8,4 %) (2 mal auf 24 Sectionen). Stirnimann beobachtete sie in 4,8 % (2 mal auf 42 Sectionen).

Tuberculosis miliaris pulmonum wurde in allen 38 Fällen (100 %) constatiert. Nach Fröbelius bestand dieselbe in 100 % aller Fälle. Bulius constatierte sie in 70,9 % (17 mal auf 24 Sectionen). Stirnimann beobachtete sie in 64,2 % aller Fälle (26 mal auf 42 Fälle von Tbc., und zwar 8 allein, und in 18 bestanden ausserdem käsige Herde).

Pneumonia chronica caseosa wurde 1 mal (2,7 %)

constatiert, und zwar: Pneumonia caseosa dextra (et lobul. acuta sin) gleichzeitig mit Tbc. chronica.

Käsige Degeneration der Lymphdrüsen der Lungen wurde 19 mal (50 %) beobachtet, und zusammen mit Pneumonia chronica caseosa, d. h. alle Fälle von käsiger Degeneration betragen 52,7 %. Der krankhafte Process localisierte sich rechts 11 und links 8 mal. In der rechten Lunge localisierte er sich: in allen 3 Lappen 2 mal, im oberen Lappen 4 mal, im mittleren Lappen 7 mal, im oberen und mittleren Lappen 1 mal und im unteren Lappen 3 mal; in der linken Lunge: in beiden Lappen 1 mal, im oberen Lappen 2 mal, im unteren Lappen 5 mal. Daraus folgt, dass der krankhafte Process hauptsächlich den rechten Ober- und linken Unterlappen bevorzugt; am seltensten wird der Mittellappen befallen. Froebelius spricht von käsigen Processen in 34,8 % (145 auf 416 Fälle) aller seiner Fälle. Bulius fand dieselben in 66,7 % (16 auf 24) seiner Fälle, wobei es sich hauptsächlich um Peribronchitis und Pneumonia caseosa handelte. Im Säuglingsalter kommen nach diesem Autor hauptsächlich entzündliche Processe mit Ausgang in Verkäsung vor; viel seltener wird Miliartuberculose beobachtet, was den Beobachtungen im hiesigen Findelhause strict widerspricht — hier prävalieren Fälle von Miliartuberculose. Stirnimann fand käsige Herde in 61,9 % (26 auf 44) aller seiner Fälle. Wir sehen, dass die Zahlen beider Autoren ziemlich übereinstimmen. Nach Stirnimann localisieren sich die obengenannten käsigen Herde wie folgt: 6 mal in beiden Lungen, 15 mal in der rechten (6 mal nur im oberen, 1 mal nur im mittleren und 5 mal im unteren Lappen); in der linken Lunge localisierten sich die käsigen Herde 5 mal (1 mal nur im oberen und 3 mal nur im unteren Lappen). Auf diese Weise prävalierten sie hauptsächlich in der rechten Lunge (im *Ober-* und Unterlappen).

In allen 19 Fällen war allgemeine Miliartuberculose zugegen. Cavernen wurden 11 mal (29%) beobachtet, dieselben waren folgendermassen localisiert: 1 mal in beiden Lungen, 6 mal im rechten Oberlappen (2 mal in der Lungenspitze), 1 mal im linken Oberlappen und 3 mal im linken Unterlappen. Auf diese Weise entsprach die Localisation der Cavernen der der käsigen Herde. Froebelius berichtet von ihnen in 7% aller seiner Fälle (29 mal auf 416). Bulius constatierte Cavernen in 40% seiner Fälle. Stirnimann beobachtete sie in 26,2% (11 mal auf 42) seiner Fälle. Nach diesem Autor localisieren sich die Cavernen hauptsächlich in der linken Lunge (4 mal im Ober- und ebenso oft im Unterlappen); in der rechten Lunge: 3 mal im Ober- und 2 mal im Unterlappen (anscheinend ein Druckfehler, da die Zahlen nicht übereinstimmen).

Tbc. pleurae gelangte 8 mal (21%) zur Beobachtung, (1 mal bestand als Complication Pleuritis chronica fibrosa adhaesiva sinistra). Froebelius erwähnt sie in 4,5% aller seiner Fälle (19 mal auf 416). Stirnimann constatierte sie in 28,6% seiner Fälle (12 mal auf 42), dabei handelte es sich 10 mal um doppeltseitige, je einmal um rechtsseitige resp. linksseitige Pleuritis.

Hyperplasie und käsige Degeneration der Bronchialdrüsen wurde in 31 Fällen (81,6%), d. h. in allen Fällen, ausser 7, beobachtet. Lymphdrüsenabscesse wurden im Ganzen 3 mal constatiert. Nach Froebelius kam Hyperplasie und Degeneration der Bronchialdrüsen in 99,2% zur Beobachtung (413 auf 416). Bulius beobachtete in allen Fällen von Tbc. auch eine gleichzeitige tuberculöse Erkrankung der Lymphdrüsen, die er als primäres Leiden ansieht. Stirnimann berichtet von dieser Krankheit in 81% aller seiner Fälle (34:42). Ausserdem erwähnt dieser Autor 3 Fälle von Hyperplasie mit Hyperämie, aber ohne käsige Degeneration der Bronchialdrüsen (in 2 Fällen handelte es sich um Lungencavernen).

Hyperplasie und käsige Degeneration der Halslymphdrüsen wurde 3 mal beobachtet (einmal mit Abscedierung), gleichzeitig mit Tbc. der Bronchialdrüsen. In einem Falle ist von Bronchialdrüsen gar nicht die Rede.

Tuberculosis epicardii wurde 2 mal (5,3%) constatiert. Froebelius spricht in 3,1% aller seiner Fälle von Tbc. des Herzens und des Pericardium. Bulius beobachtete in 8,4% Tbc. pericardii. Stirnimann beobachtete 2 mal Tbc. endocardii und ebenso oft Tbc. myocardii (auf 24 Fälle=4,7%) und 7 mal (26,2%) Tbc. pericardii.

Tuberculosis et ulcera tuberculosa intestinorum wurden 25 mal (65,8%) beobachtet. Bei Froebelius ist die Rede davon in 26,9% aller seiner Fälle. Bulius constatierte sie im 17% seiner Fälle. Stirnimann begegnete ihnen in 83,4% (35 Fälle Tbc. intestinorum + 2 Ulc. tuberculosa auf 42). Diese 35 Fälle localisierten sich wie folgt: Duodenum 1 mal, Jejunum 4 mal, Ileum 15 mal, Valvula Bauhini 4 mal, Coecum 3 mal und Colon 8 mal. Auf diese Weise localisierte sich in den Fällen von Stirnimann der tuberculöse Process hauptsächlich in Ileum, Coecum (incl. Valvula Bauhini) und Colon (im Ganzen 30 Fälle). Besteht ein Verhältnis zwischen Lungencavernen und Darmtuberculose? Im Ganzen wurden in 11 Fällen Lungencavernen constatiert, und in allen Fällen, ausser 2, konnte man auch Darmtuberculose constatieren. Folglich scheint die Vermutung, dass die Darmtuberculose durch Verschlucken von Cavernensputum entstehe, gerechtfertigt zu sein.

Hyperplasie und käsige Degeneration der Mesenterialdrüsen wurde 13 mal (34,2%) constatiert. Froebelius beobachtete sie in 16,1%, Bulius in 33,3% und Stirnimann in 40,5% aller Fälle. Ausserdem beobachtete dieser Autor 1 mal eine käsig degenerierte Drüse in der Nähe der cardia, 2 mal beobachtete er käsige Degeneration der retroperitonealen Drüsen und ebenso oft eine solche von Lymphdrüsen in der Nähe der Leberpforte. Käsige Degeneration der Mesenterialdrüsen ohne Darmtuberculose (oder ohne Tbc. anderer Organe) wurde niemals beobachtet. Die Mesenterialdrüsentuberculose wurde nur in 7 Fällen von ulcera tuberculosa begleitet. Hyperplasie und zum Teil Hyperaemie der Mesenterialdrüsen wurde 8 mal constatiert. Auf diese Weise wurden Erkrankungen von Mesenterialdrüsen 8 mal (55,3%) beobachtet.

Tuberculose der Leber wurde in allen (35) Fällen beobachtet=100%. Froebelius beobachtete sie in 88%, Bulius in 100% aller Fälle. Desgleichen auch Tuberculose der Milz. Stirnimann begegnete ihr in 40,5% seiner Fälle. Tuberculose der Milz fand sich ebenfalls in allen Fällen=100%. Froebelius sah sie in 86,5%, Stirnimann in 54,8% aller Fälle.

Tuberculose der Nieren wurde 36 mal (94,8%) beobachtet. Froebelius berichtet von ihr in 22,6% seiner Fälle. Stirnimann in 47,6%, darunter in 18 Fällen doppelseitig und 2 Mal einseitig).

Tuberculöse Entzündung der pia mater wurde 7 mal (18,5%) beobachtet. Von diesen 7 Fällen handelte es sich: 2 mal um eine Meningitis basilaris tuberculosa (in beiden Fällen gleichzeitig mit Hydrocephalus internus (acutus)), 1 mal Meningitis basilaris et convexitatis, 1 mal Tuberculosis miliaris piae matris (ohne nähere Localisation), 2 mal Tuberculosis piae matris miliaris basilaris, 1 mal Tuberculosis piae matris miliaris convexitatis. Daraus folgt, dass der tuberculöse Process hauptsächlich an der Basis localisiert war. Hydrocephalus acutus wurde 2 mal, gleichzeitig mit Meningitis basilaris tuberculosa beobachtet. Encephalitis tuberculosa wurde 1 mal (gleichzeitig mit Meningitis basilaris tuberculosa) beobachtet.

Bei Froebelius kam die Tuberculose des Gehirns und seiner Häute in 24,5% seiner Fälle zur Beobachtung. Bulius beobachtete Meningitis tuberculosa, ohne nähere Bezeichnung der Localisation, in 16,7% seiner Fälle. Stirnimann constatierte 1 mal einen solitären Tuberkel links in der Nähe des Thalamus opticus und Nucleus caudatus. Derselbe Autor constatierte 7 mal miliare Tuberkel der Pia, 3 mal des Ependyms der Seitenventrikel, je 1 mal der Dura mater und des Plexus chorioides, 2 mal constatierte er Thrombosis art. fossae Sylvii, combiniert mit ausgedehnter Hirnerweichung, 1 mal mit gleichzeitiger Haemorrhagie in die Hirnventrikel. Auf diese Weise beobachtete dieser Autor Tuberculose des Gehirns und seiner Häute in 30,3% seiner Fälle.

Complicationen: Rhinitis catarrhalis wurde 2 mal constatiert, Rhinitis diphtheritica ebenfalls 2 mal, Angina catarrhalis 1 mal, Angina diphtheritica 2 mal, Laryngitis catarrhalis 1 mal, Laryngitis tuberculosa 1 mal, Otitis media purulenta kam 21 mal (55,3%) zur Beobachtung. Otitis media purulenta bilateralis wurde 13 mal und unilateralis 8 mal (4 mal rechtsseitig und ebenso oft linksseitig) beobachtet. Von den obenerwähnten 13 Fällen handelte es sich in 12 Fällen um eine O. m. p. perforativa bilateralis und in 1 Falle um eine O. m. p. perforativa unilateralis (dextra). Von den 8 Fällen von O. m. p. unilateralis handelte es sich 2 mal um O. m. p. perf. (1 mal rechts und ebenso oft links). Auf diese Weise wurde Otitis media purulenta perforativa 15 mal beobachtet, darunter 12 mal doppelseitig und 3 mal einseitig. Pneumonia lobularis et lobaris wurde 36 mal, d. h. in allen Fällen, ausser 2 beobachtet, darunter 1 mal Pneumonia caseosa (dextra et lobularis acuta sin.) und 2 mal Pneumonia catarrhalis chronica. 33 mal wurde doppelseitige Pneumonie und 3 mal einseitige beobachtet. Pneumonia hämorrhagica gelangte 2 mal zur Beobachtung. Man kann im Allgemeinen sagen, dass mit diesen letzten Fällen die Krankheit in allen Fällen (100%) beobachtet wurde. Sie war in fast allen Fällen die ultima causa mortis. Froebelius beobachtete Peribronchitis und Pneumonie in 46,2% seiner Fälle, Bulius beobachtete 5 mal Pneumonia periglandularis und 4 mal Pneumonia tuberculosa acuta, zusammen 37,5%. Stirnimann constatierte Bronchopneumonie 12 mal, Pneumonia lobaris und Emphysema 6 mal auf 42 Fälle. Peribronchitis (fibrosa) wird 1 mal erwähnt. Lungenödem wurde 3 mal constatiert, und zwar 2 mal nur rechtsseitig, 1 mal doppelseitig.

Pleuritis chronica fibrosa adhaesiva wurde 10 mal constatiert. Unter diesen 10 Fällen handelte es sich 3 mal um eine Pl. chr. f. adh. bilateralis (darunter 1 Fall Pl. chr. f. adh. apicum) und 7 mal um Pl. chr. f. adh. unilateralis (4 mal dextra und 3 mal sinistra). Pleuritis exsudativa wurde 6 mal constatiert. Was den Charakter des Exsudats anlangt, so verteilen sich diese Fälle wie folgt: sero-fibrinöses Exsudat 2 mal, serös-eitriges 1 mal, serös-fibrinös-eitriges 1 mal, eitriges (Empyema) 1 mal und serös-fibrinös-hämorrhagisches 1 mal. Pleuritis exsudativa bilateralis wurde 2 mal (1 mal serös-fibrinös-hämorrhagisches und 1 mal fibrinös-eitriges Exsudat) beobachtet und Pl. e. unilateralis wurde 4 mal (1 mal dextra mit serös-fibrinös-eitrigem Exsudat und 3 mal sinistra mit serös-eitrigem, eitrigem und serös-fibrinösem Exsudat) constatiert. Pleuritis fibrinosa sicca wurde 3 mal (1 mal doppelseitig und 2 mal einseitig links) constatiert. Auf diese Weise wurden 19 mal Pleuraaffectionen, darunter 6 mal doppelseitige (Pl. chr. fibr. adh. 3 mal, Pleuritis exsudativa 2 und Pl. fibrinosa sicca 1 mal) constatiert und 13 mal einseitige, darunter 5 mal rechtsseitige (4 Fälle Pl. chr. fibr. adh. und 1 Fall Pl. exsud.) und 8 mal linksseitige (3 Fälle von Pl. chr. fibr. adh., 3 Fälle Pl. exsud. und 2 Fälle Pleuritis fibrinosa sicca). Im Ganzen 19 Fälle (50%). Von diesen 19 Fällen nichttuberculöser Pleuraaffectionen kommen auf Pleuritis chr. adh. 52,6% (10 Fälle), auf Pleuritis exsudativa 31,6% (6 Fälle) und auf Pleuritis fibrinosa sicca 15,8% (3 Fälle). Daraus folgt, dass Pl. chr. f. adh. prävalierte. Es ist noch zu bemerken, dass unter den einseitigen Pleuraaffectionen die linke Seite am häufigsten ergriffen war.

Pericarditis fibrino-purulenta wurde 1 mal (gleichzeitig mit Pleuritis fibrino-purulenta) constatiert, Hydropericardium ebenfalls 1 mal. (Tuberculosis pericardii s. o.).

Catarrhus intestinalis gelangte 19 mal (50%) zur Beobachtung. In der Mehrzahl der Fälle bestand derselbe als Complication der Darmtuberculose, nur in 6 Fällen fehlte diese letztere (31,6%).

Colitis hämorrhagica wurde 1 mal constatiert (gleichzeitig mit C. intest. et ulc. tuberc.). Peritonitis serofibrinosa wurde 1 mal constatiert. Hepar adiposum gelangte 16 mal (44,8%) zur Beobachtung. Hepatitis interstitialis (syphilitica?) wurde 1 mal constatiert. Angioma cavernosum hepatis wurde 1 mal constatiert (gleichzeitig mit Hepar adiposum).

Nephritis parenchymatosa wurde 4 mal (10,5%) constatiert, darunter 1 mal N. acuta und 1 mal subacuta. 1 mal fehlte Tuberculosis renum. dabei. Hydrocele wurde 1 mal beobachtet. Balanitis wurde 1 mal constatiert.

Hyperaemia venosa meningum wurde 5 mal constatiert. Anaemia meningum gelangte 2 mal (1 mal gleichzeitig mit Tuberculos. piae matris convexitatis und 1 mal mit Meningitis tubercul.) zur Beobachtung. Oedema meningum wurde 13 mal constatiert, und zwar meistenteils mit Hyper. ven. mening. Haemorrhagia intermeningealis wurde 1 mal constatiert (gleichzeitig mit Anaemia meningum et Tuberculosis piae matris convexitatis). Anaemia cerebri wurde 3 mal beobachtet (1 mal gleichzeitig mit A. p. m. Haemorrhag. intermening. Tbc. p. m. convexitatis 2 mal gleichzeitig mit Oedema mening). Hyperaemia venosa cerebri wurde ebenfalls 3 mal constatiert (1 mal gleichzeitig mit Hyperaemia mening., 1 mal mit Hyper. et Oedema mening., 1 mal mit Oedema mening.). Oedema cerebri gelangte 9 mal zur Beobachtung, darunter 7 mal gleichzeitig mit Oedema meningum und 2 mal ohne dieses Letztere (beide mal gleichzeitig mit Meningit. basil. tuberc.). Hydrocephalus sine Tuberculosi wurde 2 mal constatiert (gleichzeitig mit Hyper. ven. cerebri et mening.).

Ferner wurden folgende Complicationen beobachtet: Rhachitis 4 mal, Hernia inguinalis 1 mal, Varicellae 1 mal, Eczema 1 mal, Ulcera cutanea 1 mal, Conjunctivitis catarrhalis 2 mal, Conjunctivitis blenorrhoica 1 mal, Atrophia bulbi (sin.) 1 mal.

Auf Grund des Obengesagten gelangt man inbetreff der Localisation der Tuberculose zu folgenden Schlüssen: Lungen, Leber und Milz 100%, Nieren 94,8%, Bronchialdrüsen 81,6%, Darmtractus 65,8%, Mesenterialdrüsen 34,2%, Pleura 21%, Gehirn und pia mater 18,5%, Kehlkopf und Pericardium 5,3%. Inbetreff der Complicationen lässt sich Folgendes sagen: Pneumonia lobularis et lobaris 100%, Otitis media 55,3%, verschiedene Formen von Pleuritis chr. fibr. adh., exsudativa et fibrinosa sicca) 50%, Hepar adiposum 44,8%, Nephritis parenchymatosa 10,5%. Es ist sehr interessant, die verschiedenen Localisationen der Tuberculose in verschiedenen Lebensaltern (vom zartesten Säuglingsalter bis zum Erwachsenen) mit einander zu vergleichen. Im Säuglingsalter: Gehirn und seine Häute 24,5%, Kehlkopf 2,4%, Bronchialdrüsen 99,2%, Lungen 100%, Pleura 4,5%, Herz und Pericardium 3,1%, Leber 88%, Milz 86,5%,

Darm 26,9%, Mesenterialdrüsen 16,1%, Peritoneum —, Nieren 22,6% (Froebelius); im Alter von 1—15 Jahren dieselben Organe: 27%, —, 79%, 84%, 34%, 3%, 22%, 40%, 61%, 46%, 27%, 15% (Rilliet und Barthez); in demselben Alter dieselben Organe nach Biedert: —, —, 78%, 79,6%, —, —, —, —, 31,6%, 40%, 18,3%; (Biederts Zusammenstellung nach verschiedenen Autoren); beim Erwachsenen dieselben Organe: 0,8%, —, 28%, 100%, 2%, —, —, 13%, 43%, 33%, —, 2% (Louis); in demselben Alter dieselben Organe: 2,0%, —, 9%, 100%, 1,0%, —, 10%, 6%, —, 19%, —, 2% (Lambert[8]).

Referate.

Dr. Sperling. Ueber die Beseitigung von Widerständen in der Circulation als Hauptindication der Magen-Darm-Massage und über die Circulationsformel. Vortrag, gehalten auf dem III. Congress für Physiotherapie in Paris am 2. April 1910.

Die Bauchhöhle mit ihrem reichen Gefässsystem bildet ein Regulationscentrum für die gesamte Blutcirculation. Hier wird durch die in elastischer Umgebung verlaufenden Gefässe ein Blut-Ueberdruck im Gefässsystem ausgeglichen. Andererseits zeigt die Bauchhöhle durch die elastische Natur der sie ausfüllenden und der sie umgebenden Gewebe zu Vorgängen, welche durch die elastische Beschaffenheit der Baucheingeweide begünstigt werden: Dehnung von Magen und Darm, Mageninhalt und Kotstauungen, Fettwucherung am Darm im Netz und im Mesenterium. Gegenüber der Circulation treten diese Vorgänge als Hindernisse, als Widerstände auf, welche insofern Bedeutung haben, als die Herzarbeit einer Vermehrung bedarf, um diese Widerstände zu überwinden. Diese vermehrte Herzarbeit führt zu einer Ueberanstrengung des Herzens, welche geheilt wird durch die Beseitigung der genannten Widerstände, und die Magen-Darm-Massage ist eines der für diesen Zweck vortrefflichsten Heilmittel. Es gibt viele Herzkranke, bei welchen die Herzstörung nur darauf beruht, dass das Herz immerfort gegen solche Widerstände kämpfen muss.

Die Widerstände in der Circulation sind in der Physiologie der Circulation sowohl wie in der Pathologie der Herzkrankheiten viel zu wenig berücksichtigt worden. Sie sind jedoch von grösster Wichtigkeit und stehen in besonderer Beziehung zu der Herzenergie einerseits und zu der Organenergie, d. h. der Energie, welche sich in dem Ablauf des Lebensprocesses in den Organen ausdrückt, andererseits. Es verhält sich nämlich die Organenergie direct proportional zur Herzenergie und umgekehrt proportional zu den Widerständen, welches Verhältnis durch die Formel

$$Oe = \frac{He}{W}$$

ausgedrückt wird. Diese Formel hat der Vortr. die Circulationsformel genannt.

Der Zähler He kann durch die Zufügung der Energien der verschiedenen Organsysteme, nämlich des Gefässsystems (Ge), der Psyche (Pe), des Verdauungssystems (Ve), des Fortpflanzungssystems (Fe) und der Sinnesorgane (Se) ergänzt werden, und die Widerstände können in äussere und innere eingeteilt werden. Danach würde die Formel lauten:

$$Oe = \frac{He\,(+ Ge + Pe + Ve + Fe + Se)}{Wa + Wi}$$

Es lässt sich aber zeigen, dass alle diese Energien in der Energie des Herz- und Gefässsystems aufgehen. Andererseits lässt es sich dartun, dass die Widerstände ebenfalls Energien im Bereich der verschiedenen Organsysteme sind, welche durch eigenartige Umstände eine für den Organismus schädliche Richtung erhalten haben.

Die Magen-Darm-Massage vermindert die Widerstände (verkleinert in der Formel $Oe = \frac{He}{W}$ den Nenner) und erhöht die Energie von He und Oe. Ihre Anwendung bei einer grossen Anzahl mit Circulationsstörungen einhergehender Krankheiten ist daher geboten. An Widerständen im Circulationssystem, insbesondere im Gebiet der Bauchhöhle, leiden sehr viele Menschen.

In der Discussion wurde von Hr. Hazebrock-Hamburg der Einwand gemacht, dass er sich mit der rein mechanischen und physikalischen Auffassung der Widerstände nicht befreunden könne, worauf der Vortr. erwiderte, dass für den menschlichen Organismus in erster Reihe physikalische und mechanische Gesetze in Betracht kommen müssten. Diese schaffen dem Organismus das Fundament für den Aufbau biologischer Vorgänge. Nur für die groben physikalischen und mechanischen Vorgänge im Organismus soll die Circulationsformel Geltung haben, wenigstens soweit die Widerstände in Betracht kommen.

(Autoreferat).

Bing: Vibrationsgefühl und Skelettsensibilität. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1910. Nr. 1.

Bing bestätigt die von Rumpf, Treitel, Bing, Egger u. A. gemachte Beobachtung, dass das Vibrationsgefühl seine besonderen Bahnen im Rückenmark hat. Unter pathologischen Verhältnissen können taktile Empfindung und Vibrationsgefühl ein verschiedenes Verhalten zeigen. Das Vibrationsgefühl ist in höchstem Masse den Knochen eigen, weniger den Muskeln, am wenigsten der Haut. Es scheint, dass die Leitungsbahnen dieser Function, der «Pallästhesie», homolateral hinwärts ziehn, vermutlich in den Hintersträngen. Das Vibrationsgefühl ist ein besonders feines Reagens auf Störungen der centripetalen Bahnen. Die Stimmgabelvibrationen können eine Empfindung nur an der Stelle hervorrufen, wo das Instrument angesetzt wird.

O. Moritz.

Zumbusch: Zur Behandlung des ulcus molle und der Bubonen. Wien. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 18.

Als Ersatz des penetrant riechenden und häufig Ekzem hervorrufenden Jodoform empfiehlt Verf. das Novojodin, welches eine Verbindung von Jod und Formaldehyd enthält. Es ist ein gelbes, feines, geruch- und geschmackloses Pulver, welches sich sowohl als Streupulver für Geschwüre als auch zur Bubonenbehandlung gut eignet. Ob die Heilungsdauer dadurch abgekürzt wird, ist noch nicht bewiesen, der Verlauf ist jedenfalls ein günstiger, in keinem Falle wurde Hautreizung oder Dermatitis beobachtet. Bei der Behandlung der Bubonen verwendete Verf. fast ausschliesslich die von Lang angegebene Punction verbunden mit Aspiration des Inhalts durch eine Saugglocke nach Bier und Injection teils von 20 pCt. Paraffinum liquidum oder 20 pCt. Glycerinsuspension von Novojodin. Behandelt wurden auf diese Weise 25 Fälle von Bubonen, die Heilungsdauer betrug im Durchschnitt 18 Tage. Das Verfahren ist so gut wie schmerzlos, expeditiv und ungefährlich.

Mühlen.

Bücherbesprechungen.

J. Sadger: Aus dem Liebesleben Nicolaus Lenaus. Schriften zur angewandten Seelenkunde. VI. Heft. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1909. 98 Seiten. Preis 3 Mark.

Verf. untersucht das Verhältnis des Dichters zu Sophie Löwenthal. Lenau litt an sicherer Paralysis progressiva, einer Folge der vermutlich in Bremen acquirierten Lues, zu einer Zeit, wo er Sophie überhaupt noch nicht kannte. Manifest wurde die Paralyse im April 1844 ohne jegliches Verschulden von seiten Sophies, höchstens hat Sophie den Dichter in kritischer Zeit allzusehr mit sorgenden Briefen bedrängt. Von irgend einer Schuld der Dame an dem verhängnisvollen Schicksal Lenaus kann also kaum die Rede sein. Dagegen hat Sophie Löwenthal grosse Verdienste um den Dichter sich erworben, indem sie ihn fünf Jahre vor dem endgiltigen Zusammenbruch nach einer anderen Liebesaffaire vor dem Wahnsinn bewahrte, dem Leben und Dichten wiedergab und dem für ihn noch möglichen Glücke. «Sie hat ihn ferner auch noch zu den ««Liebesklängen»» begeistert, nach meinem Empfinden weitaus dem Schönsten, das der Dichter geschaffen. Eine Tat, die an und für sich genügte, sie im deutschen Schrifttum unsterblich zu machen». 39 Jahre lang den Geliebten überlebend, hat sie stumm den ungerechten Vorwurf, an der Krankheit und dem Tode Lenaus Schuld zu haben, ertragen.

Michelson.

Franz Windscheid: Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Halle a. S. C. Marhold. 1909. Preis 2 Mark. 68 Seiten.

Die mannigfaltigen Ursachen des Kopfschmerzes, dieses vieldeutigen Symptomes, werden in kurzer und übersichtlicher Weise besprochen, in erster Linie die Erkrankungen des Nervensystems, dann diejenigen der Sinnesorgane, des Verdauungstracts, der Nieren, weiter die Constitutionskrankheiten,

[8]) Diese Zahlen sind der Arbeit von Froebelius entlehnt.

die Vergiftungen, die Infectionskrankheiten, der Rheumatismus der Kopfschwarte. Der zweite, kleinere Abschnitt behandelt die Heilmethoden entsprechend den oben angeführten einzelnen Krankheitsgruppen.

Michelson.

A. Pick: Initialerscheinungen der cerebralen Arteriosclerose und kritische Erörterung ihrer Pathogenese. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. VIII. Band, Heft 8. Halle a. S. C. Marhold. 1909. Preis 0,75 Mark. 32 Seiten.

Nach kurzen einleitenden Bemerkungen über die Physiologie und Pathologie der Hirngefässe bespricht Verf. von den transitorischen Symptomencomplexen der cerebralen Arteriosclerose die vorübergehenden Sensibilitätsstörungen, Parästhesien (besonders häufig in Hand und Unterarm), die optischen Störungen, den Schwindel, die epileptischen Anfälle, den Adams-Stokeschen Symptomencomplex, die Benommenheit, die Sprachstörungen, die ideatorische Apraxie, die Paresen. Unter den pathogenetisch für diese Erscheinungen in Betracht kommenden Factoren wird der Gefässkrampf genauer analysiert. Den Uebergang von den transitorischen zu den stationären Symptomen bildet die Schlaflosigkeit und ihr Gegenstück die Schlafneigung. Ausführlicher verweilt Verf. bei der Beschreibung der psychischen Erscheinungen, bei der sog. «nervösen Form der Arteriosclerose», die sich kurz skizziert aus folgenden Symptomen zusammensetzt: «Ein gelegentlich sehr rasch einsetzendes Versagen des geistig Schöpferischen, der Conceptionsfähigkeit für neue Gedanken, Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, vor allem in beruflichen Dingen, rasche geistige, aber auch körperliche Ermüdbarkeit, Schwindel; dazu treten noch Alcoholintoleranz, in einzelnen Fällen stärkere amnestische Erscheinungen, vereinzelt Erschwerung des Wortverständnisses; von sonstigen Erscheinungen namentlich praktisch bedeutsam ist das oft schwere Krankheitsgefühl, das gepaart mit der Furcht, «blödsinnig» zu werden, die Kranken zuweilen zum Selbstmord führt».

Michelson.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 14. Januar 1910.

Präses: Zoepffel. — Secretär: Brehm.

1. Zoepffel hält seinen Vortrag: «Ueber Hautaffectionen bei Intoxicationen». (Erscheint im Druck).

Discussion:

Brehm: Der Chirurg hat oft genug Gelegenheit, derartige Hautaffectionen, namentlich Ekzeme zu sehen nach Application verschiedener Streupulver, u. zw. nicht nur nach Jodoform, sondern auch nach viel reizloseren Mitteln, und es ist das Missverhältnis auffallend zwischen der überaus geringen Menge des Mittels und der weiten Ausdehnung der Ekzeme. Es ist nicht leicht verständlich, wie es kommt, dass diese Ekzeme sich noch nach Wochen auf andere Körperteile ausdehnen, wo von den geringen Mengen des Medicaments kaum noch eine Spur vorhanden sein kann. Er sah einen Fall von schwerem bullösem Ekzem des Beines nach unbedeutender Xeroformapplication. Eine Woche später erkrankte das andere Bein ebenso heftig und beide Hände.

Dawidsohn beobachtete auch ein successives Befallenwerden des ganzen Körpers nach Jodoformekzem des Fusses.

Friedberg sah einen Fall von schwerem Jodoformekzem bei einem Herrn mit Jodoformidiosyncrasie, nachdem derselbe ein Zimmer betreten hatte, in dem es nach Jodoform roch.

Zoepffel: Die Erscheinung, dass kleine Mengen eines local applicierten Pulvers ein universelles Ekzem auslösen können, erklärt sich wohl daraus, dass in solchen Fällen das Pulver sich in feinster Verteilung auch in der ganzen Umgebung des Kranken finden könnte. Warum die Wirkung zuweilen erst so spät an anderen Körperteilen sich geltend macht, ist schwieriger zu erklären.

Sitzung vom 4. Februar 1910.

Präses: Zoepffel. — Secretär: Brehm.

1. Fain stellt einen Kranken vor mit Angina Vincenti und demonstriert ein Präparat des Bacillus fusiformis Vincenti, welches von diesem Kranken gewonnen wurde. Die Krankheit gewinnt dadurch grosses Interesse, dass ihre Unterscheidung von der Rachendiphtherie zuweilen grosse Schwierigkeiten machen kann. Wir finden echte, festsitzende, mit der Pincette nur schwer abziehbare Membranen von weisser Farbe, allerdings fast immer nur auf einer Tonsille mit Schwellung der gleichseitigen Lymphdrüsen. Ein Uebergreifen auf den Rachen oder die andere Seite wird sehr selten beobachtet. Die Krankheit verläuft subacut unter geringen Temperatursteigerungen, und die Diagnose ist mit Sicherheit nur auf Grund des charakteristischen Bacillenbefundes zu stellen. Therapeutisch wird Kal. chloric. innerlich empfohlen.

Discussion:

Graudan beobachtete die Krankheit vor längerer Zeit bei einem Collegen, die Membranen sassen da aber nicht nur auf einer Tonsille, sondern auch an anderen Stellen, z. B. der Wangenschleimhaut. Die Krankheit zog sich durch mehrere Wochen hin. Es fand sich auch damals der typische Bacillus Vincenti.

Alksne fragt, ob es eine für den Bac. Vincenti charakteristische Färbung gebe.

Christiani teilt mit, dass es wohl eine charakteristische Färbung gebe. Er selbst sah zwei Fälle, die aber nicht so exquisit diphtherieähnlich waren, wie der hier vorgestellte; die Beläge deckten nicht so flächenförmig die ganze Tonsille, waren mehr auf die Lacunen beschränkt und nicht so festsitzend, sie verschwanden auf Aetzungen. Der vorliegende Fall sei durchaus geeignet, differential-diagnostische Schwierigkeiten zu machen.

Fain verlangt, dass man in solchen zweifelhaften Fällen mit der Seruminjection warten solle, bis das bakteriologische Resultat feststehe.

Falk hält es für bedenklich, in dubiösen Fällen mit der Seruminjection zu zögern, wenn man nicht sehr schnell die mikroskopische Diagnose erlangen könne; man dürfe auch nicht vergessen, dass der Löfflerbacillus bei echter Diphtherie zuweilen nicht gleich gefunden wird, jedenfalls sei es besser, einmal bei Angina Vincenti die unschädliche Seruminjecion unnütz zu machen als sie bei echter Diphtherie zu versäumen.

2. Christiani demonstriert einen Uterus mit einem faustgrossen submukösen Myom. Dasselbe zeigt die charakteristischen Veränderungen der Necrobiose, wie man sie nicht selten an Myomen nach einer Geburt beobachtet. Da es sich hier um eine junge, auf schwere Arbeit angewiesene Frau handelte, die beständig blutete, so war die Operation indiciert, wenngleich hier auch mit der Möglichkeit einer spontanen Ausstossung des Myoms zu rechnen war.

3. Ischreyt demonstriert einen Schnitt durch ein hochgradig myopisches Auge.

4. Christiani hält seinen Vortrag «Einiges über Endometritis». (Erscheint im Druck).

Discussion.

Alksne: Bei der Therapie der Endometritis darf man nicht vergessen, dass der ganze Uterus dabei mehr oder weniger krank ist. Schon Pozzi weist darauf hin, dass man das Endometrium nicht so willkürlich von den anderen Geweben des Uterus abtrennen könne, daher die Bezeichnung Metritis eigentlich richtiger sei. Bei Frauen, die nicht geboren haben, geben die localen Behandlungsmethoden wenig Aussicht auf Erfolg, die Allgemeinbehandlung ist das wichtigste. Bei Frauen, die geboren haben, findet man nicht selten im Anschluss an einen kleinen Cervixriss schmerzhafte Infiltrate und Lageveränderungen, da nutzen die Ausschabungen nichts, da soll man die Cervixrisse behandeln und die Lage corrigieren. Die Endometritis post abortum soll am besten ausgeschabt werden, denn die Ausräumung mit dem Finger genügt nicht, es bleiben gar zu leicht Decidualreste zurück. Die gefürchtete Perforation lässt sich doch wohl vermeiden. Die Endometritis auf gonorrhoischer Grundlage verlangt eine sehr vorsichtige Behandlung, im allgemeinen ist die Curette zu verwerfen, nur wenn lange fortgesetzte andere Manipulationen gut vertragen werden, kann man auch eine Ausschabung riskieren. Die Retroflexio bedingt oft eine Endometritis, und diese kann dann durch die blosse Lagecorrectur ausheilen.

Christiani ist auch der Meinung, dass Lageveränderungen durchaus corrigiert werden müssen, bevor eine andere Therapie eingeleitet wird, — einen retroflectierten Uterus zu curettieren ist ganz zwecklos. Obwohl Winter und Theilhaber behaupten, dass die Retroflexio als solche keine Beschwerden mache und daher keine Behandlung verlange, hält Redner an der Küstnerschen Schule fest, welche verlangt, dass Lageveränderungen corrigiert werden. Bezüglich der Gonorrhoe verwirft er principiell doch die Curette, obwohl zuzugeben ist, dass sie gelegentlich Heilung bringen kann.

Sitzung vom 11. März 1910.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Petrow (als Gast) stellt einen Patienten mit einem grossen ulcerierten Tumor des Penis vor, der seit 1 Jahr besteht, seit 6 Monaten jaucht und wohl als Carcinom

angesprochen werden muss. Eine oberflächliche Untersuchung des Geschabsels scheint diese Annahme zu bestätigen.

Discussion.

Alksne ist auch der Ansicht, dass ein Carcinom und nicht Lues vorliegt, obwohl das Peniscarcinom hier bei uns eine seltene Erscheinung zu sein scheint, in Wolynien sah er in kurzer Zeit 4 Fälle. Die Prognose ist immer sehr zweifelhaft, da die tiefen Inguinal- und Iliacaldrüsen früh inficiert zu werden pflegen. Die gummösen Penistumoren zeigen in der Regel eine ausgedehnte Infiltration der Schwellkörper weit hinauf.

Brehm weist darauf hin, dass hier wohl sicher keine entzündliche Infiltration vorliegt, sondern echte Geschwulstbildung, exquisite Wucherung und Neubildung; auch die hier palpablen kleinen harten Drüsen sprechen viel mehr für Carcinom; bei Lues sind die Drüsen doch grösser.

Döhrmann erinnert daran, dass die eine Krankheit die andere keineswegs ausschliesst, er sah in Dorpat mehrfach Peniscarcinome, die sich auf luetischer Grundlage entwickelt hatten.

Fain hält die Carcinomdiagnose hier für durchaus anfechtbar, das Geschabselpräparat enthalte nichts Beweisendes, es sei sehr vieldeutig. Jedenfalls dürfe hier nicht operiert werden, bevor die Lues durch eine antiluetische Cur nicht sicher ausgeschlossen würde.

Christiani glaubt, dass eine sorgfältige Probeexcision die Diagnose ganz sicher ermöglichen würde, auch schützt erfahrungsgemäss die antiluetische Cur garnicht immer vor Irrtümern, denn nicht immer wirkt die Cur, obgleich sicher Lues vorliegt. Bei den morphologisch gleichwertigen Vulvacarcinomen hat er im Gegensatz zu Alksne gerade gesehen, dass die oberflächlichen Drüsen besonders früh erkranken, dass sich Recidive gerade im Fett der Inguinalgegend und des Mons Veneris etablieren.

2. Alksne stellt eine Frau vor, die er vor einem Jahr wegen eines Zungencarcinoms operierte, mit einseitiger Kieferdurchsägung und einseitiger Drüsenausräumung. Der Tumor hatte auch auf die Tonsille übergegriffen, doch bot der Schnitt bequemen Zugang, so dass radical operiert werden konnte und die Frau bis jetzt recidivfrei geblieben ist und auch gut sprechen kann, da die Spitze der Zunge verschont geblieben ist.

3. Fain stellt einen Pat. vor, der unter den Erscheinungen einer acuten Otitis media erkrankte, es erfolgte Perforation des Trommelfells, und in 5 Tagen ging die Otitis zurück, dann entwickelte sich aber eine totale einseitige Facialislähmung. Der Pat. hat vor 5 Jahren Lues gehabt, hatte noch vor 1 Jahr typische Nasenerscheinungen; trotzdem hält Vortragender die Facialislähmung weder für luetisch noch auch auf der acuten Otitis beruhend, denn an eine den Canalis Fallopiae zerstörende Caries sei bei dieser acut und schnell abgelaufenen Otitis doch nicht zu denken. Das Wahrscheinlichste ist hier ein zufälliges Zusammentreffen einer Facialislähmung auf rheumatischer Basis mit einer acuten Otit. media.

Discussion.

Christiani glaubt hier doch eine otogene Lähmung annehmen zu müssen und hält es für misslich, fernliegende Ursachen zu suchen, wo eine schon vorhanden ist. Wie schnell Facialislähmungen bei Otitis auftreten können, sieht man doch sehr oft beim Scharlach, ausserdem ist es fraglich, ob in diesem Falle die Otitis wirklich so acut gewesen ist, ob nicht schon ein alter Process spielte.

Siebert schliesst sich Christiani an, gerade der Umstand, dass die Lähmung eine totale ist, spreche für ihre otogene Natur.

Schlesinger hat die Beobachtung gemacht, dass auch die sogenannten rheumatischen Lähmungen fast immer totale sind.

Fain hält es für ausgeschlossen, dass der den Facialis umgebende, sehr resistente Knochen eines Erwachsenen so schnell durch den Eiter zerstört werden könnte; das sehe man doch nur bei alten cariösen Processen, wobei das klinische Bild ein total anderes sei, stinkender Ausfluss etc.

Alksne erwidert, dass der Canalis Fallopiae nicht immer so tief liege und so gut gedeckt sei, die Knochenplatte sei gelegentlich sehr dünn, auch könne doch schon ein stärkeres Oedem Compression und Lähmung des Nerven bewirken, der ja in dem engen Canal nicht ausweichen könne. Um den sicheren Beweis zu erbringen, wo die Leitungsunterbrechung des Nerven statthabe, bedürfe es noch sehr genauer die Chorda tympani betreffender Geschmacksuntersuchungen.

4. Alksne demonstriert ein durch die Operation gewonnenes Präparat einer Extrauteringravidität in der Tube.

5. Brehm demonstriert das durch Operation gewonnene Präparat einer traumatischen Darmstenose. Der Patient S., 53 a. n., wurde am 10. Dec. 1909 von einem Stier angegriffen, derselbe stiess ihn in die rechte Bauchseite und presste ihn so gegen die Wand, die Haut war gequetscht und geschunden aber nicht perforiert. Zwei Tage lang hatte Pat. colossale Schmerzen und fühlte sich sehr schlecht, dann besserte sich der Zustand langsam und Pat. fühlte sich bis zum 7. Januar leidlich wohl. Da traten nach einem groben Diätfehler wieder heftige Leibschmerzen auf, der Stuhl sistierte, und seitdem litt Pat. unausgesetzt an «Darmkrämpfen», die an Intensität immer mehr zunahmen und in des letzten Zeit ihn fast unausgesetzt quälten, so dass er auch nicht schlafen konnte, dabei trieb sich der Leib auf, und die Stuhlabgänge wurden immer spärlicher, in den letzten 5 Tagen waren nur noch etwas Gase abgegangen.

Stat. präs. Kräftiger, stark abgemagerter Mann, Temp. normal, Puls 60, Zunge belegt. Der Leib ist aufgetrieben, weich, nicht schmerzhaft. Rechts. etwas medial von der Cöcalgegend sieht man eine flache, ca. faustgrosse Vorwölbung, in deren Bereich die Haut gerötet und verdünnt ist, die Ränder dieser Partie sind derb und hart infiltriert, druckempfindlich. Während der Untersuchung tritt plötzlich eine lebhafte peristaltische Steifung einer Dünndarmschlinge auf, die sich von links nach rechts zur Vorwölbung zieht, um hier ihre Höhe zu erreichen, wobei die verdünnte Haut hier nabelförmig eingezogen wird. Hierauf hört man lebhaftes Zischen und Gurren entsprechend dieser Stelle, und die sehr schmerzhafte Attaque ist vorüber. Die Vorwölbung entspricht einer Hernie der Bauchwand und zwar ist die drinliegende Schlinge mit der Haut verlötet. Die Diagnose wird auf narbige Darmstenose gestellt und Pat. noch einige Tage durch Belladonna und Klysma zur Operation vorbereitet.

23./II. Laparotomie durch einen grossen Querschnitt. Der Bruch ist durch eine grosse Lücke der Musc. obl. ausgetreten, hat sich subcutan auf der Rectusscheide ausgebreitet. Der Darm ist hier überall mit der Umgebung z. T. unlösbar verwachsen. Der Bruchring ist derb, breit, eine Incarceration liegt nicht vor. Die Stenose sitzt auf der Kuppe der im Bruchring festgewachsenen Schlinge, deren zuführender Schenkel sehr stark dilatiert, gefüllt und infiltriert ist, während der abführende eng, leer und collabiert ist. Die ganze Schlinge in einer Länge von 35 Ctm. wird im Zusammenhang mit der adhärenten Hautpartie reseciert; circuläre Darmnaht. Die Bauchhöhle wird, soweit es möglich ist, geschlossen, die derbe Bruchpforte lässt sich aber nicht ganz zusammenbringen, es wird hier ein Tampon eingelegt. Die Heilung wurde durch eine am 11. Tage hinzutretende schwere Pneumonie stark verzögert. Die Darmfunction war sofort eine tadellose und ist es geblieben. Das Präparat ergab folgenden interessanten Befund: unmittelbar vor der stenosierten Stelle fand sich auf der dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Seite des Darmes eine scharf umrandete, graugrün verfärbte, alle Schichten der Darmwand durchsetzende nekrotisierte Partie von der Grösse und Form eines silbernen 5 Kop.-Stückes. Dicht dahinter befand sich die Stenose, welche oben noch einen Bleistift hindurchliess. Entsprechend der stenosierten Stelle, schräg gegenüber der Nekrose war das Mesenterium schwer verändert, in einen schwartigen, von alten Hämatomen durchsetzten Narbenklumpen verwandelt, der durch seine Schrumpfung die Stenose bedingt hatte. Hier war auch der Darm mit der Haut verlötet. — Die Deutung des Befundes wäre folgende: der Hornstoss zertrümmerte die Bauchdecken lateral vom rechten Musc. rectus abd., nur die elastische, zähe Haut leistete Widerstand; er traf sodann eine Darmschlinge an ihrer Kuppe, zerquetschte hier die ganze Darmwand, ohne aber dieselbe zu perforieren und setzte endlich an der gegenüberliegenden Mesenterialpartie eine schwere Quetschung. Die getroffene Darmschlinge trat wahrscheinlich sofort durch die traumatische Bruchöffnung aus und lötete sich an die äussere Haut an, dadurch wurde eine allgemeine Peritonitis vermieden, und Pat. fühlte sich leidlich wohl, bis die Darmstenose sich entwickelte durch Schrumpfung der Mesenterialverletzung, indem die hier restierende derbe Schwiele den an die Haut fixierten Darm abknickte und comprimierte. Am interessantesten ist hier das Verhalten der vom Hornstoss gequetschten Darmpartie. Wir haben es hier ohne Zweifel mit einer völligen Nekrose aller Wandschichten zu tun. Da keine Continuitätstrennung vorlag, mithin kein Kot austreten konnte, erfolgte keine Peritonitis, sondern die betreffende Partie lötete sich an die Haut an. Man hätte nun hier mit Sicherheit die Bildung einer Kotfistel erwarten sollen, um so mehr als sich der Darminhalt gerade hier immer anstauen musste. Die Nekrose ist am Präparat noch deutlich sichtbar, sie wäre aber, wenn die hochgradige Darmstenose nicht zur Operation gezwungen hätte, wahrscheinlich allmählich bindegewebig substituiert worden und die Stelle wäre total vernarbt, wodurch die Stenose natürlich noch hochgradiger geworden wäre. Der Fall beweist jedenfalls, dass eine gewisse Spontanheilung dieser sehr bösartigen Verletzungen möglich ist. Zugleich beweist er aber auch, dass diese Spontanheilungen keineswegs günstige Resultate liefern, und die Statistik zeigt uns, dass sie immer eine grosse Seltenheit sind und nur da möglich, wo besonders günstige Verhältnisse vorliegen, wie hier, dass 1) die getroffene Schlinge gleich in die künstlich geschaffene Bruchpforte

schlüpfte und nicht in der freien Bauchhöhle blieb; 2) dass der Darm nicht gleich perforiert wurde. In der Regel ist die Prognose dieser Verletzungen des Magendarmcanals durch stumpfe Gewalt überaus traurig, die Peritonitis macht in kürzester Zeit dem Leben ein Ende, wenn nicht rechtzeitig operiert wird. Auch die operative Behandlung gibt aber traurige Resultate, wenn nicht sehr früh eingegriffen wird. Die Peritonitis nach stumpfer Verletzung des Darmes ist besonders bösartig, wie Thommen nachgewiesen hat, der Shock ist sehr schwer, die Resistenz des Bauchfells herabgesezt. Daher ist in allen Fällen von Bauchcontusion die Frühdiagnose überaus wichtig, wir müssen schnell entscheiden, ob innere Organe verlezt sind oder nicht, warten wir ab, so klärt sich der Fall ja recht bald, aber dann kommen wir mit der Operation meist zu spät. Leicht ist die Frühdiagnose aber nicht immer, d. h. die ganz leichten und die ganz bösen Fälle sind bei einiger Erfahrung unverkennbar, schwierig sind die an der Grenze liegenden. Das sicherste, fast nie trügende Symptom der inneren Bauchverletzung ist die reflectorische Bauchdeckenspannung, welche von Hartmann gerade an den Fällen von schwerer complicierter Bauchcontusion entdeckt und studiert wurde, — es ist ja das Initialsymptom jeder Perforationsperitonitis; wichtig ist auch der sehr heftige localisierte Druckschmerz. Die Symptome dagegen, auf die man früher fahndete: Fieber, galliges Erbrechen, Meteorismus und Verdrängung der Leber — sind keine Frühsymptome mehr, sie treten mit Fortschreiten der Peritonitis auf und zeigen uns in der Regel, dass wir die Zeit schon verpasst haben.

(Autoreferat).

Alksne kann es aus seiner militärärztlichen Praxis bestätigen, dass die Darmrupturen bei exspectativer Behandlung die denkbar schlechteste Prognose haben. Der Militärarzt sehe oft die durch Hufschlag gesezten Darmrupturen, bei denen leider oft mit der Operation zu lange gezögert werde.

D. z. Secretär Dr. O. Brehm.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Zur Bekämpfung der Pocken und Ergreifung von Massnahmen gegen die Cholera bewilligte das Stadtamt in seiner letzten Sitzung die Summe von 100000 Rbl.

— Das Kurhaus in Hungerburg bei Narwa ist durch eine Feuersbrunst vernichtet.

— Der XXI. Livländische Aerztetag findet in diesem Jahr in Wenden, und zwar vom 28. bis zum 30. August statt.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 25. April bis zum 1. Mai 1910 713 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 40, Typh. exanth. 3, Febris recurrens 6, Pocken 59, Windpocken 23, Masern 317, Scharlach 93, Diphtherie 91, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 17, an anderen Infectionskrankheiten 64.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 908 + 46 Totgeborene + 42 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 10, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 0, Pocken 5, Masern 75, Scharlach 21, Diphtherie 10, Keuchhusten 12, crupöse Pneumonie 62, katarrhalische Pneumonie 136, Erysipelas 5, Influenza 4, Pyämie und Septicaemie 8, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 20, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 53, andere Magen- und Darmerkrankungen 37, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 54, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 261.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 1. Mai 1910 12301. Darunter Typhus abdominalis 366, Typhus exanth. 15, Febris recurrens 15, Scharlach 254, Masern 174. Diphtherie 250, Pocken 189, Windpocken 8, Cholera 0, Choleraverdächtige 5, crupöse Pneumonie 132, Tuberculose 676, Influenza 178, Erysipel 109, Keuchhusten 12, Hautkrankheiten 60, Lepra 0, Syphilis 443, venerische Krankheiten 334, acute Erkrankungen 1944, chronische Krankheiten 1783, chirurgische Krankheiten 1549, Geisteskrankheiten 3409, gynäkologische Krankheiten 263, Krankheiten des Wochenbetts 51, verschiedene andere Krankheiten 82.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 2. bis zum 8. Mai 1910 734 Personen. Darunter an Typh. abdom. 41, Typh. exanth. 7, Febris recurrens 4, Pocken 52, Windpocken 13, Masern 335, Scharlach 103, Diphtherie 108, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 9, an anderen Infectionskrankheiten 62.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 919 + 39 Totgeborene + 61 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 13, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 22, Masern 80, Scharlach 10, Diphtherie 23, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 44, katarrhalische Pneumonie 126, Erysipelas 5, Influenza 7, Pyämie und Septicaemie 4, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 30, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 59, andere Magen- und Darmerkrankungen 49, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 69, Marasmus senilis 20, andere Todesursachen 236.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 8. Mai 12270. Darunter Typhus abdominalis 347, Typhus exanth. 21, Febris recurrens 14, Scharlach 280, Masern 181, Diphtherie 268, Pocken 193, Windpocken 5, Cholera 0, choleraverdächtige Erkrankungen 8, crupöse Pneumonie 146, Tuberculose 648, Influenza 164, Erysipel 109, Keuchhusten 12, Hautkrankheiten 46, Lepra 1, Syphilis 475, venerische Krankheiten 353, acute Erkrankungen 1885, chronische Krankheiten 1773, chirurgische Krankheiten 1567, Geisteskrankheiten 3382, gynäkologische Krankheiten 258, Krankheiten des Wochenbetts 57, verschiedene andere Krankheiten 77.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben						Beginn der Epidemie.
	vom 23. bis 29. Mai.		in der vergangenen Woche (15.—23. Mai		vom Beginn der Epidemie		
Gouv. Jekaterinoslaw . .	188	(77)	165	(84)	660	(273)	10. Jan.
» Tschernigow . .	35	(14)	21	(8)	57	(23)	13. Mai
» Minsk	5	(2)	1	(—)	6	(2)	20. »
Gebiet der Donkosaken .	239	(79)	30	(10)	277	(92)	7. »
Gouv. Taurien	32	(14)	16	(6)	51	(20)	7. »
» Cherson	74	(25)	26	(13)	104	(39)	11. »
Stadt Odessa	3	(1)	—	(1)	4	(1)	15. »
Gouv. Charkow . . .	32	(15)	4	(4)	75	(39)	25. April
» Mogilew	7	(6)	4	(3)	13	(10)	14. Mai
» Poltawa	44	(7)	9	(3)	59	(13)	9. »
» Kiew	79	(25)	27	(5)	140	(39)	3. »
» Witebsk	2	(—)	—	(—)	7	(2)	21. April
Kuban-Gebiet	4	(3)	—	(—)	4	(3)	28. Mai
Gouv. Baku	7	(4)	4	(3)	21	(13)	19. April
» Orel.	—	(—)	10	(3)	10	(3)	13. Mai
Stadt Kertsch	—	(—)	—	(—)	1	(—)	14. »
» Bessarabien, Stadt Akkerman . . .	1	(—)	—	(—)	1	(—)	29. »
Im Ganzen. . .	752	(272)	317	(143)	1491	(573)	

— Cholera. Britisch-Indien. Vom 17. bis zum 23. April starben in Kalkutta 61 Personen, in Moulmein vom 10. bis 23. April 1 Person. — Niederländisch-Indien. In der Stadt Soerabaya erkrankten vom 3. bis zum 9. April 42 Personen und starben 28, in dem zugehörigen Bezirk 12 (2).

Pest. Britisch-Indien. Vom 17. bis 23. April erkrankten 22503 Personen und starben 19772. — Türkei. In Djedda fand am 4. Mai eine Erkrankung mit tötlichem Ausgang statt, in Lohaia vom 17. bis zum 20. Mai 3 Erkrankungen mit tötlichem Verlauf. — Aegypten. Vom 14. bis zum 20. Mai erkrankten 70 und starben 84 Personen.—Persien. In Buschir fanden seit dem 23. April weitere Pesterkrankungen statt, doch lässt sich die Zahl derselben nicht genau feststellen.

— Genickstarre. Preussen. Vom 15. bis 21. Mai fanden 11 Erkrankungen und 9 Todesfälle statt.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 15. bis zum 21. Mai fanden 4 Erkrankungen und 1 Todesfall statt. — Oesterreich. In Niederösterreich, Kärnten und Vorarlberg fand in derselben Woche je 1 Erkrankung statt.

— Der Professor an der Universität zu Lund, Dr. J. A. Dalén ist als Nachfolger Widmarks zum Professor der Ophthalmologie ernannt.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Warschau Dr. J. Rogosinski, geb. 1852, approbiert 1877; 2) in Ljublin Dr. L. Forstetter, geb. 1848, approbiert 1872; 3) in Warschau Dr. J. Walter, geb. 1838, approbiert 1863; 4) in Kiew Dr. M. Warinskij, geb. 1869, approbiert 1895; 5) in Ssokolow (Gouv. Sjedlez) Dr. A. Podbelski, geb. 1870, approbiert 1893; 6) in Prag Dr. Philipp Pick, Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Deutschen Universität, im Alter von 76 Jahren.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 24 St. Petersburg, den 12. (25.) Juni 1910. XXXV. JAHRGANG.

Dermatomykosen.

Von

Dr. med. et phil. Friederich Kanngiesser.

Braunfels a. d. Lahn.

Ueber durch makroskopische Pflanzen bedingte Hautentzündungen, wie solche u. a. nach Berührung der Primula obconica und sinensis, ferner durch Rhus-Arten entstehen, ist von mir anderwärts [1]) berichtet worden. Da solche artificiellen Exantheme, wohl infolge ihrer oft tagelangen Incubationszeit, leider meist verkannt werden, möchte ich hier in der Einleitung die Aufmerksamkeit der Herren Collegen nochmals auf diese merkwürdigen Erkrankungen lenken.

Von mikroskopischen Pflanzen aber sind es bekanntlich nicht nur verschiedene Bacillenarten, Streptococcen, Staphylococcen und die Spirochäte pallida, die Hautentzündungen verursachen, sondern auch verschiedene Fadenpilze, die die Haut befallen und an dieser (oder auch sonst am Körper) Entzündungen oder Zerstörungen hervorrufen. Dermatomykosen pflegt man collectiv solche Erkrankungen zu benennen, über die in alphabetischer Reihenfolge der Erreger abgehandelt werden soll.

Achorion Schoenleinii, der 1839 von Schoenlein entdeckte Pilz, ist der Erreger der Erbgrind, des Favus. Dieser Pilz befällt — abgesehen vom Nagelbett, was zur Trübung und Zerbröckelung des Nagels führt und abgesehen von der Körperhaut, einer harmloseren Localisation — mit Vorliebe die Haut des behaarten Kopfes. Er ruft daselbst in den oberen Schichten der Epidermis und in den Haarbälgen ein hartnäckiges, in Deutschland kaum beobachtetes, dagegen unter der niederen Bevölkerung des Orients und den Arabern sehr verbreitetes Exanthem hervor. Für reinliche Menschen ist die Contagiosität sehr gering. Die subjectiven Symptome bestehen in leichtem Jucken. Die objectiven Symptome zeigen sich zunächst in kleinen gelben von einem Haar durchbohrten Pünktchen, die sich allmählich unter Atrophie der Haut und Absterben der Haare (dauernde Kahlheit bleibt meist zurück) zu $1/2$ cm. breiten, sogar zu thalergrossen, confluierenden, strohgelben, trocknen, sich abhebenden, in der Mitte eingedellten Scheibchen, Schildchen: „Scutula" verbreitern. Diese Scutula, die teils aus Schuppen der abgetöteten Epidermis bestehen, beherbergen eine wahre Reincultur des Pilzes. Ein Stückchen aus solchen Scheibchen unter Wasser, in Glycerin oder in 10 % Kalilauge zerrieben, zeigt unter dem Mikroskop bei mittlerer Vergrösserung betrachtet, kurz verzweigte, mit vielen Auftreibungen versehene Pilzfäden, die teils in rundlich ovale Sporen zerfallen sind, wie solche auch frei zwischen dem Mycelgeflecht sich vorfinden. Dieser mikroskopische Befund und die an und für sich schon typischen Scutula sind charakteristisch für die Diagnose auf Favus. Die Therapie des Leidens (Einölung und Entfernung der Borken, Epilierung der Haare mit ihrem Balg, Waschen mit warmem Seifenwasser, Bepinseln mit 5 bis 10 % alcoholischer Lösung von Natrium salicylicum) ist eine sehr langwierige. Die Prognose ist wegen der Recidive stets unsicher, doch niemals ungünstig quoad vitam.

Actinomyces. Dieser von Bollinger 1877 entdeckte Pilz ruft ausser Vereiterungen, Fisteln, Infiltrationen und Metastasen im Körper auch auf der Haut sowohl secundär wie primär — in letzterem Fall chirurgische Therapie von dauerndem Erfolg — nach Hautverletzungen Infiltrate, bläuliche Knollen, Abscesse und fressende Geschwüre hervor. Die Diagnose wird gesichert durch das Auffinden von mohnsamengrossen gelbweisslichen Körnern, die zerquetscht und unter dem Mikroskop betrachtet aus einem Geflecht von Pilzfäden bestehen, die radiär in keulenförmige Verdickungen aus-

[1]) Die Primeldermatitis. Gartenflora 1909, p. 382—392. — Hautreizende Pflanzen. Ibidem. 1910, p. 176—181. — Ueber Primeldermatitis oder Whitesche Krankheit. Hessischer Gartenfreund. Maiheft 1910. — Zum Kapitel der Phytonosen. Naturw. Wochenschr. 1910. — Weiterer Beitrag z. Kap. der Phytonosen. Ebendort.

laufen. Man nimmt an, — bewiesen ist es allerdings nicht — dass der Pilz auf Pflanzen: Getreideähren und Stroh vegetiert und von hier auf Tier wie Mensch übertragen wird, wo er eine sehr ernsthafte, ev. letale Erkrankung hervorruft.

Microsporon furfur, ein 1846 von Eichstedt entdeckter Pilz, ist der Erreger der Pityriasis versicolor, einer sehr verbreiteten und oft nicht einmal lästig empfundenen Hauterkrankung. Der Pilz ruft am Körper da und dort (nach oben bis zum Kinn, nach unten bis zu den Oberschenkeln *) schmutzig braune, leicht schuppende Flecke hervor. Diese Schuppen zeigen nach Kalilaugezusatz unter dem Mikroskop bei mittlerer Vergrösserung zahlreich verzweigte Pilzfäden, zwischen denen traubenähnlich die runden Sporen gruppiert sind. Diese Gebilde sind etwas kleiner als die entsprechenden Fäden und Sporen des Achorion Schoenleinii. Therapie: Pinselung mit 5% alcoholischer Lösung von Natrium salicylicum leistet vorzügliche Dienste. Prognose: auch ohne Therapie erlischt die Mykose in höherem Alter.

Sporotrichum Beurmanni. Dieser von Beurmann 1907 entdeckte Pilz ruft ausser Osteitiden, Osteomyelitiden, Periostitiden auch eine Erkrankung der Haut hervor. Sie tritt daselbst vornehmlich in Form der disseminierten Sporotrichose auf, bei der regellos zahlreiche meist subcutane Knötchen auftreten. Sie sind rot, derb und nicht schmerzhaft. Sie können aufbrechen, Eiter entleeren und sich mit einer Kruste bedecken. Nach wiederholter Entfernung der Kruste kann ein zackiges Geschwür auftreten, von dem aus sich die lymphangitische Form der Sporotrichose entwickeln kann. In solchen roten Strähnen können wiederum Knoten auftreten, die dunkelrot sind, bis pflaumengross werden und fluctuieren. Die Differentialdiagnose (spec. gegen Tuberculose und Syphilis) wird gesichert durch das Gougerot'sche Schnellverfahren: man lässt einen Tropfen des fraglichen Eiters an die Grenze des Agar im Reagenzglase herablaufen. Nach einigen Tagen gewahrt man schon bei schwacher Vergrösserung deutliche Pilzfäden. Die Therapie besteht in Darreichung von Jodkali innerlich in der Dosis von 2,6 gr. pro die oder dessen Ersatzmitteln. In hartnäckigen Fällen auch locale Behandlung mit Jodwasser und Aetzung mit Jodtinctur. Unter dieser Therapie geht die Heilung rasch von statten und ist die Prognose, auch der Knochen- und Gelenksporotrichose, eine durchaus günstige.

Der Trichophytonpilz, der 1844 von Gruby als Erreger des Herpes tonsurans entdeckt wurde, ist ausserordentlich variabel, so dass man in neuerer Zeit nach der Grösse der Sporen zwischen Makrosporie (4—6 μ und darüber) und Mikrosporie (2—4 μ) unterscheidet. Während einzelne Autoren die Meinung vertreten, dass das Trichophyton tonsurans nur polymorph sei, mehren sich die Stimmen derer, die an die Pluralität der Erreger glauben, immer mehr.

Die gewöhnliche Trichophytie oder Makrosporie (von der man wiederum verschiedene Typen: z. B. das Trichophyton crateriforme, acuminatum, das durch die Farbe der Cultur ausgezeichnete T. violaceum und das für eiternde Formen sehr typische, von Vieh auf Menschen übertragene T. gypseum unterscheidet) befällt ausser Nägel (1‰) und unbehaarte Haut mit Vorliebe Bart und Kopfhaut. Sie wird meist in Barbierläden beim Rasieren acquiriert. Der Pilz wuchert in den oberen Schichten der Epidermis und in den Haaren. Die subjectiven Symptome sind wegen des Juckens und der Entstellung recht lästig, bei den eiternden Formen sogar schmerzhaft. Die objectiven Symptome bestehen in einem squamösen, einem vesiculösen oder gemischten Ausschlag. (Es können sogar — aber ungemein selten — Scutula wie bei Favus gebildet werden). Meist schilfert das Centrum, während die Bläschen an dem hochroten Rand der Peripherie hervortreten. Die Figur des Einzelexanthems ist zunächst ein ringförmig scharf abgegrenzter Kreis (vgl. die Bezeichnung: Ringwurm!), die durch Confluenz mehrerer solcher Kreise sich nach der Peripherie zu, bogenförmig begrenzt, ausbreitet. Treten eiternde Knoten in dem Ausschlagsbild auf, dann spricht man von „Sycosis parasitaria". An der Kopfhaut brechen die inficierten Haare innerhalb des betroffenen Kreises ab und geben diesem das Aussehn einer unvollständigen, stoppelartigen Tonsur. Zieht man solche Haarstoppeln heraus, so sind sie nicht von einer mit blossem Auge sichtbaren Sporenscheide umgeben, wie dies bei der Mikrosporie der Fall ist. Kommt es auf der Kopfhaut weniger zu Desquamierung als vielmehr zu Borkenbildung und Abscedierung, so entsteht daselbst eine „Kerion Celsi" genannte Wucherung, die auf Druck an mehreren Stellen Eitertropfen hervorquellen lässt und mehr oder minder passend mit einer Makrone oder Honigwabe verglichen worden ist. Auf die Diagnose der Trichophytie weist ausser der scharf umgrenzten Form des Exanthems vornehmlich der mikroskopische Befund hin. In den Schuppen und Borken um die Haarwurzeln findet man bei mittlerer Vergrösserung Pilzfäden (teils Sporenketten) und in den Haaren selbst nach Aufhellen in 10% Kalilauge massenhaft Sporen. Die Therapie besteht in Kurzscheeren, Entfernung der Borken und Schuppen, nachdem man die betroffenen Partien zuvor eingeölt hat. Epilation. Waschungen mit Seifenspiritus. Einpinselung der Stellen mit 5—10% alcoholischer Lösung von Natrium salicylicum, oder Schmierseifenumschläge. Ev. Spaltung der Abscesse. Die Röntgenbehandlung ist wegen ihrer Gefahren (Verbrennung, Dermatitis, permanente Alopecie, acute Meningitis) nur als ultimum refugium zu verwerten. Die Prognose ist, wenn auch Recidive nicht ausgeschlossen sind, eine günstige. Nach höchstens drei Monaten völlige Restitution. Selten, dass die Haare nicht wieder wachsen.

Die sog. Mikrosporie befällt vornehmlich das Kopfhaar, speciell von Knaben, seltener, und zwar hauptsächlich bei Mädchen, tritt sie als Hauterkrankung auf. Sie kommt epidemieartig unter Bevorzugung der Grossstädte vor und ist wegen ihrer Contagiosität ziemlich gefürchtet. Das Microsporon lanosum sive canis wird von Katzen und Hunden auf den Menschen übertragen, das Microsporon equinum, das bei Menschen nur Hautherde hervorgerufen hat, stammt von Pferden. Am verbreitetsten aber und nur an Menschen beobachtet ist das Microsporon Audouini, das etwas hartnäckiger haftet als die zuvor genannten. Diese Mikrosporen rufen für gewöhnlich Kopfhaarerkrankungen hervor: kreisrunde, weiss schuppende Stellen, auf denen die Haare bis auf ca. 1 mm. hohe Stoppeln abfallen. Epiliert man solche Haare, dann findet man, dass dieselben an ihrem Grund von einem grauweissen Mantel umgeben sind. Hierdurch unterscheidet sich die Mikrosporie wesentlich von der Makrosporie, alsdann durch den mikroskopischen Befund. Es zeigt sich nach Aufhellung mit 10% Kalilauge, dass diese Hülle aus Mikrosporen besteht, die im Gegensatz zu den Sporen der Makrosporie und des Favus nach Gram sich positiv färben, die ferner im Gegensatz zu den Makrosporen von oben genannter Kleinheit sind und im Gegensatz zu den Makrosporen nicht in das Haar selbst eindringen. Sie liegen ausserhalb des Haars, und zwar mehr massig angeordnet, im Gegensatz zu den im Haar befindlichen „Sporenketten" der gewöhnlichen Trychophytie. Im befallenen Haar von Mikrosporiekranken

*) Ist die Erkrankung an den Innenseiten der beiden Oberschenkel zu beiden Seiten des Scrotum localisiert, so handelt es sich oft um das sog. Erythrasma. Es handelt sich dann um braune, trockne, schuppende Flächen, die von einem dem Microsporon furfur verwandten aber bedeutend kleinerem und dieserhalb Microsporon minutissimum genannten Pilz durchsetzt sind.

können die Mycelfäden nur nach Kochen des Haars in Kalilauge sichtbar gemacht werden. Befallen die Mikrosporie-Pilze, was aber wie erwähnt nur selten vorkommt, die Haut, dann treten sie in Form septierter Fäden auf. Mikroskopisch unterscheiden sich die Mikrosporiepilze untereinander kaum, nur culturell. Lanosum und Audouini bilden auf Maltoseagar weisse Culturen, erstere sind üppig und rasch wachsend, letztere gedeihen spärlich und sind durch ihre Concentricität ausgezeichnet. Im Mycel der Mikrosporieculturen treten frühzeitig sehr charakteristische bambusartige Anschwellungen auf. Die Symptome der Hautmikrosporie bestehen subjectiv in Jucken, objectiv in ev. leicht erhabenen, runden oder scharfbegrenzten bis thalergrossen, hell- oder braunroten Herden mit abblassendem, schilferndem Centrum und rötlichem, schuppendem Wall. Zur Therapie vgl. unter Makrosporie.

Eine Varietät des Trichophyton, die als Epidermophyton inguinale 1907 von Sabouraud beschrieben wurde, ruft an den Umgebungen der Genitalien, des Afters, in den Achselhöhlen, in den Falten herabhängender Brüste und in den Hautfalten Fettleibiger eine „Eczema marginatum" genannte Krankheit hervor, die durch ihre Localisation und geringe Contagiosität charakterisiert ist. Der Ausschlag, der ebenfalls scharf begrenzt ist, weist im Centrum Bläschen und Exsudat auf. Der Pilz bleibt nur auf die Epidermis beschränkt. Sporen und Mycelien der (Maltoseagar) Culturen, die typisch gelblich sind, zeigen merkwürdige Auftreibungen.

Ebenfalls durch einen Trichophytonpilz wird die sog. Tinea albigena hervorgerufen: eine oberflächliche Hautentzündung an Handflächen und Fusssohlen, die durch vollständige Entfärbung der angegriffenen Teile der Haut charakterisiert ist. Sie kommt im malayischen Archipel, vermutlich auch in Afrika vor.

Im Rahmen dieser Abhandlung seien auch die Pilze Puccinia graminis und Ustilago hypodites erwähnt, die auf Arundo Donax in Südeuropa vorkommen und bei Arbeitern die in diesem Schilf zu tun haben, nach ca. 1-tägiger Incubationszeit vesiculöse Hautausschläge der unbedeckten Körperteile, durch Autoinfection auch des Hodens hervorrufen. Am Penis soll sich die entzündliche Hautschwellung bis zu Phimosis steigern können. — Durch die Tagespresse ging einmal die Mitteilung, dass durch einen von einem Fadenpilz befallenen Weihnachtsbaum, Picea excelsa, die Darunterstehenden eine Hautentzündung des Gesichts und Halses davongetragen hätten. Da mir näheres über diese Erkrankungsformen nicht bekannt wurde, muss ich es dahingestellt sein lassen, ob es sich bei diesen Pilzen nur um eine hautreizende Wirkung wie durch Primula obconica handelt, was wohl das Wahrscheinlichere ist, oder ob die Pilze im Sinne der Dermatomykosen in der Menschenhaut vegetationsfähig waren.

Schliesslich seien der Vollständigkeit halber auch diejenigen Mykosen, Pilzerkrankungen, genannt, die die Haut nicht befallen, sondern anderwärts am oder im Körper ihr Unwesen treiben. Oidium albicans ist der Erreger des Soors, einer Erkrankung der Mund-, Rachen- und Speiseröhren —, ja sogar der Magen- und Darmschleimhaut. Auch in der Vagina Schwangerer und an den Brustwarzen stillender Frauen ist der Pilz beobachtet worden. Der Aspergillus fumigatus, niger, flavus, nidulans und das Eurotium malignum kommen im äusseren Gehörgang auf eingeträufeltem Oel, Glycerin und auf eingetrocknetem Secret vor. Nach Verletzungen können sie in das Rete Malpighi vordringen und eine Entzündung des äusseren Gehörganges, sogar des Trommelfells hervorrufen. Die Erkrankung wird für gewöhnlich als Otitis externa aspergillina bezeichnet. Der Aspergillumpilz kann auch in der Nase, der Highmores Höhle und in der Lunge auftreten. Auf der Hornhaut kann der Aspergillus fumigatus, meist nach Fremdkörperverletzungen, die sog. Keratomykosis aspergillina bedingen. Aspergillummykosen sind namentlich bei Vögeln sehr häufig und daher bei Taubenzüchtern beobachtet worden. In einem Fall kam es sogar zu einer echten Metastase. Auch im Tränensack sah man Schimmelpilzinfection, ebenso constatierte man Schimmelpilze (Soor, Hyphomyceten und Penicillium glaucum) im steril aufgefangenen Harn.

Literatur.

E. Lesser. Hautkrankheiten. Leipzig 1908. R. Blitz Hautmikrosporie. Berlin 1909. C. Bruhns. Neuere Anschauungen und Erfahrungen über Trichophytieerkrankungen. Berliner klinische Wochenschrift 1910, Nr. 18. Die Lehrbücher von Ziegler, Jürgensen, Lewin-Pouchet und Schmidt-Friedheim. C. Garré. In Handb. der ges. Ther. 1909. J. C. White. Dermatitis venenata. Boston 1887. Referate in der Münch. Med. Wochenschr. 1909, über Arbeiten resp. Vorträge von Adamson, de Beurmann, Bloch, Cooper, Cranston-Low, Delbanco, Dobson, Gougerot, Hocke, R. Hoffmann, Kissling, König, Kren, Löwenstein, Macleod, R. Maier, Nieuwenhuis, Piffl, Plaut, Schramek, Schottmüller, Vasilecu und Wossidlo. 1910: E. Hoffmann, Rodler.

Referate.

Simon: Ueber die Röntgenanatomie der Wirbelsäule und die Röntgendiagnose von Wirbelverletzungen. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Band XIV. Heft 6.

In einer ganz vorzüglichen Monographie über den oben angeführten Gegenstand kommt der Verfasser auf Grund weitgehendster Studien zum Schluss, dass durch die Röntgendiagnose in vielen Fällen eine sichere Diagnose auf Wirbelverletzung gestellt werden kann, in welchen das Vorhandensein eines solchen klinisch nicht bewiesen werden konnte. Für die Abgabe von Gutachten für Unfallversicherungen ist die Röntgendiagnostik daher von auffallender Bedeutung. Durch die röntgenologisch gesicherte Localisation und Bestimmung der Art der Verletzung erhält man eine Grundlage für die Stellung der Prognose und für die notwendigen therapeutischen Massnahmen. Bei einer Luxation ist eine genaue Kenntnis des Mechanismus in jedem speciellen Falle nötig, ehe der Repositionsversuch unternommen wird. Die Indication für einen operativen Eingriff und die Art desselben kann durch die Röntgenuntersuchung bestimmt werden, welche in gewissen Fällen imstande ist, zu ergründen, ob Symptome von Markcompression durch Luxation oder einen Splitterbruch hervorgerufen wurden.

Otten: Die Röntgendiagnose der Lungengeschwülste. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Band XV.

Das Röntgenverfahren gibt uns von der Ausbreitung und dem Sitz einer Lungengeschwulst ein weit genaueres Bild, als irgend eine andere Untersuchungsmethode zu geben vermag. Mit Hilfe der Röntgenstrahlen sind wir imstande, weit früher eine Neubildung zu erkennen und in zweifelhaften Fällen eine Entscheidung sicherer zu treffen, als es mit den anderen diagnostischen Hilfsmitteln möglich ist.

Chilaiditi: Zur Diagnostik angeborener Lungenmissbildungen. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Band XV.

Den angeborenen Veränderungen der Lunge pflegt der Kliniker eine geringe Bedeutung beizumessen. Die Affectionen sind selten, werden auch oft übersehen und können übrigens nur ausnahmsweise mit Sicherheit in vivo diagnosticiert werden. Der vorliegende Fall betrifft einen 10-jährigen Knaben mit Agenesie bezw. fötaler Atelektase der ganzen linken Lunge, Verlagerung des Herzens nach links. Röntgenbefund: totale Verdunkelung des linken Lungenfeldes, Verlagerung des Herzens nach links und Hochstand der linken Zwerchfellhälfte.

E. Hesse.

Scherer: Galegol, ein wirksames Galactagogum. Wien. med. Wochenschr. 1910. Nr. 18.

Die zu den Papilionaceen gehörende Galega officinalis wird in Italien und Frankreich ausschliesslich zur Ernährung der Melkkühe benutzt. Gaucheron constatierte dabei eine Zunahme der Milchsecretion zwischen 33 und 50 pCt. Im Laboratorium des Dr. Fragner ist ein Präparat hergestellt, das als Galegol bezeichnet wird. Es sind kleine braune Granula, die sich in Wasser, Milch, Kaffee und Thee leicht lösen und einen angenehmen Geschmack besitzen. — Die Verabreichung geschieht in der Dose eines vollen Kinderlöffels auf 1/4 l. Milch oder Thee 3 mal in 24 Stunden. Die an 80 Ammen angestellten Beobachtungen ergaben bei 54 einen sehr günstigen und auffallenden Einfluss auf die Milchabsonderung, die nach mehrtägiger Darreichung von Galegol offenkundig zunahm. Das Gewicht der Kinder steigt, in manchen Fällen konnte man 70—100 g in 24 Stunden notieren. Das Mittel ist verlässlich und unschädlich und zur Anregung der Milchsecretion bei stillenden Frauen auf das wärmste zu empfehlen.

Mühlen.

Bücherbesprechungen.

Sultan: Grundriss und Atlas der speciellen Chirurgie. II. Teil. Mit 40 farbigen Tafeln und 261 zum Teil zwei- bis dreifarbigen Abbildungen. München J. F. Lehmanns Verlag. 1910. XVI + 624 Seiten. Preis geb. Mk. 16. — (Band XXXVII von Lehmanns Medicinischen Handatlanten. 8°).

Dem ersten Bande von Sultans Atlas ist bald der zweite gefolgt, in Inhalt und Ausführung gleich vorzüglich. In diesem Bande sind folgende Abschnitte aus der speciellen Chirurgie besprochen: Bauchdecken, Bauchhöhle, allgemeine Technik der Laparotomie, Technik der Magen- und Darmoperationen, die angeborenen Erkrankungen des Magens und Darms, Verletzungen derselben, Fremdkörper, Ulcus ventriculi, Geschwülste und entzündliche Erkrankungen des Magens und Darmes, Ileus, Unterleibsbrüche, Mastdarmchirurgie, Leber- und Gallenwege, Pankreas, Milz, Harn- und Geschlechtsorgane. Im zweiten Teil finden wir eine Chirurgie des Beckens und der Extremitäten.

Der Hauptwert des vorzüglichen Buches liegt in der sinnreichen Anordnung der zum allergrössten Teil hervorragenden Abbildungen, die aus der Hand des Kunstmalers Schmitson in Berlin stammen. Besonders zu Unterrichtszwecken dürften die Abbildungen von ganz besonders grosser Bedeutung sein. Den Abbildungen ist ein klarer prägnanter Text beigegeben, welcher dem Buche den Charakter eines ganzen abgeschlossenen Werkes verleiht.

F. Hesse.

Dr. Louis Wickham und Dr. Degrais. Radiumtherapie. Préface de M. le Professeur Fournier. Avec 20 planches colorées et 72 figures. Paris. 1909. J. B. Baillière et fils. 350 pages.

Die Radiumtherapie, soviel versprechend sie im Beginn inauguriert wurde, geriet bald ins Stocken, da uns die Möglichkeit der Dosierung fehlte und man nicht sicher vor üblen Nebenwirkungen war.

Gegenwärtig, dank den ausgezeichneten Arbeiten Wickhams und anderer französischer Collegen, sind wir so weit, dass wir die 3 verschiedenen Strahlen des Radium beliebig dosieren können, und somit tritt die Radiumtherapie in eine neue Phase, deren Erfolge Verf. in diesem höchst wertvollen Buche dargelegt haben. Sobald erst der enorme Preis des Radiums herabgesetzt werden wird, ist das Radium dazu bestimmt, eine hervorragende Rolle in der Therapie zu spielen.

Nach eingehender Darlegung der physikalischen Eigenschaften des Radiums geben Verf. eine genaue Beschreibung der von ihnen verwandten Instrumente, wobei es als ein bedeutsamer Fortschritt zu betrachten ist, dass das Radium nicht mehr beweglich in einer Capsel sondern durch einen Sack auf Flächen fixiert ist. Weiter beschreiben Verf. die Anwendungsarten, die erhaltenen Reactionen und endlich die therapeutischen Resultate bei Epithelium, Naevi, Keloiden, Hauttuberculose und zum Schluss seine beruhigende, analgesierende Wirkung bei Pruritus und Neuralgien. Zum Schluss zeigen Verf. wie auch in der Gynäkologie ein weites Feld, bei Carcinom, Fibrom und Metritiden, dem Radium in Aussicht steht. Die zahlreichen colorierten Abbildungen der Fälle vor und nach der Behandlung geben ein klares Bild über die ganz überraschend ausgezeichneten Erfolge.

Das Buch ist von grossem Werte, und wir empfehlen den Collegen das Studium desselben. Die Ausstattung ist tadellos.

Pietätvoll haben Verf. ihr Werk dem verstorbenen Curie und seiner Frau und Mitarbeiterin gewidmet.

Sobald sich ein Verleger findet, soll das Werk auch ins Russische übersetzt werden, wie schon verschiedene andere Uebersetzungen in Aussicht stehen.

O. v. Petersen.

Die königlich Ungarische Universitätsaugenklinik Nr. 1 in Budapest. Von Professor Dr. **Emil Grósz**, Director der Klinik.

Anlässlich der Eröffnung der neuen Universitätsaugenklinik in Budapest ist eine vom derzeitigen Director der Klinik, Prof. Dr. E. v. Grósz verfasste Broschüre erschienen, die neben einer kurzen Geschichte der Budapester Augenklinik eine Anzahl Tafeln mit phototypisch ausgeführten Ansichten der neueröffneten Klinik sowie mit Plänen derselben enthält.

Die erste Budapester Universitätsaugenklinik wurde im Jahre 1801 gegründet, d. h. zu einer Zeit, wo es, mit Ausnahme von Wien, noch nirgends eine besondere Augenklinik gab. Sie bestand anfänglich aus nur 2 Zimmern mit 6 Betten, erweiterte sich aber nach und nach, so dass sie in den letzten Jahren vor dem Neubau über 52 Betten verfügte.

Die neue Klinik ist ein stattliches, in geschmackvollem Stil ausgeführtes Gebäude mit einer Front von 70 m. Länge und besteht aus einem Untergeschoss, dem Erdgeschoss und 3 Stockwerken. Im Erdgeschoss befinden sich die für die ambulanten Kranken bestimmten Räume (mit besonderem Eingange), das optische, das histologische und das bakteriologische Laboratorium, die Bibliothek, der Hörsaal (ebenfalls mit besonderem Eingang), sowie die sonstigen für den Unterricht bestimmten Einrichtungen. Der 1. und 2. Stock sind für die stationären Kranken (der 2. für die operierten) bestimmt, während sich im 3. die Wohnungen der 3 Assistenten und der Oberwärterin, wie auch ein photographisches Atelier nebst einem Dunkelzimmer befinden.

So weit sich nach der kurzen Beschreibung und den schön ausgeführten Bildern urteilen lässt, ist die innere Ausstattung gediegen, zweckmässig und in jeder Hinsicht den neuesten Forderungen der Wissenschaft und des akademischen Unterrichts entsprechend.

W. Dörbeck.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1508. Sitzung. 31. März 1910.

Anwesend: 50 Mitglieder, 1 Gast.

Vorsitzender: Dr. P. Klemm. Schriftführer: Dr. Brutzer.

Vor der Tagesordnung demonstriert:

Dr. Bosse einen 3-jährigen Jungen, der vor 2 Jahren 2 Etagen hoch aus dem Fenster gefallen war und eine Kopfverletzung erlitten hatte. Man bemerkt jetzt am Hinterkopf einen pulsierenden Tumor, eine traumatische Meningocele.

1. Dr. Hampeln hält einen Vortrag «über einen Fall von embolischem Verschluss der Arteria pulmonalis.»

Der Patient war ein kräftiger junger Mann von 33 Jahren. Er erkrankte im letzten Jahr sehr häufig an Furunkeln, die in gewöhnlicher Weise ausheilten. Schliesslich entstand ein Furunkel an der rechten grossen Zehe, und Patient wurde zu chirurgischer Behandlung ins Diakonissenhaus gebracht. Hier untersuchte ihn Dr. von Tiesenhausen. Patient, der sich zur Untersuchung aufgerichtet hatte, collabierte nach der Untersuchung plötzlich und wurde pulslos. Doch erholte er sich, und als Redner ihn am Abend desselben Tages sah, bestand relatives Wohlbefinden, doch war der Puls doppelschlägig, beschleunigt und klein, 140, beschleunigte Resp. 42, keine Cyanose, keine subjective Atemnot, keine Kälte der Extremitäten, Blässe. Die rechte untere Extremität erschien wenig gedrungen, im Scarpaschen Dreieck war Druckempfindlichkeit zu constatieren. Der Organbefund nur von vorn erhoben, da Patient nicht aufgerichtet werden durfte, bot nichts Auffallendes, die Lungengrenzen waren normal und mobil, thoracale Beweglichkeit und Atmungsgeräusche normal, die Herzgrenzen normal; Herztöne hörbar, leise, kein Ictus. Es bestand 24 Stunden lang Anurie; am 2. März a. c. im Harn Spuren von Eiweiss, kein Zucker, keine Cylinder. Bis zum 4. März c. besserte sich der Zustand. Puls, Respiration und Harn wurden normal. Anfangs hatten links, dann rechts in den unteren Intercostalräumen Schmerzen bestanden, die wieder schwanden; weder Husten, noch Auswurf. Am obigen Datum trat wieder ein Collaps ein, als Patient einen Stuhl absetzte, was aus Vorsicht auch in horizontaler Lage geschah. P. 160. R. 40.

Der Zustand wurde dann wieder normal, die Respiration betrug am 5. März 20, der Puls 100. Am 8. März P. 80. R. 20. Ictus jetzt an normaler Stelle schwach fühlbar. Das währte bis zum 12. März c. Während dieser Zeit waren Temperatursteigerungen eingetreten. Einmal erreichte die Temperatur 39,0; sonst schwankte sie zwischen 37 und 38,5. Am 9. und 10. März traten vorübergehend Frösteln und Schweiss auf. Am 10. März war auch wieder ein kleiner Anfall von Herzschwäche und Beschleunigung und Abschwächung der Herztätigkeit zu verzeichnen. Besonders gut war das Befinden am 12. März, doch war nun eine deutliche, starke totale Schwellung des rechten Beines, ohne Schmerz, aufgetreten. Guter Appetit und Stuhl. Reine Zunge. Immer freies Sensorium. Da in der Nacht vom 12. März auf den 13. März erfolgte ein neuer Collaps und in diesem plötzlicher Exitus letalis.

Die Section ergab: Embolie des Stammes und der grossen Aeste der Arteria pulmonalis, so weit sie verfolgt werden konnten. An der rechten Lunge fanden sich unten hinten Verklebungen mit der Pleura costalis. Die unteren Lappen waren luftleer, stark hyperämisch, zum Teil wie infarciert, der obere Lappen oedematös. (Das aufbewahrte Gerinsel wird demonstriert). An der linken Lunge fand sich blos Oedem beider Lappen.

Die Emboli des linken Hauptastes erschienen älteren Datums, zum Teil entfärbt. Der rechte Hauptast wies frischere Gerinsel auf. (Appositions- und Stagnations-Thrombose). Die Pulmonalarterienwand nicht erkrankt. Gerinsel adhärieren nicht. Das Herz erschien normal. Die rechte Hälfte des Herzens war von frischen Blutgerinseln erfüllt, die linke leer. Die Coronararterien waren frei von Emboli und Thromben und bis auf geringe sclerotische Plaques der Wandung normal.

Die Section des Abdomens ergab bis auf Zerreislichkeit und Vergrösserung der Milz und den Befund der Venen nichts Auffallendes, auch die Nieren waren intact.

Die Vena cava inferior war von einer continuierlichen Kette von Thromben bis zum Herzen erfüllt, ebenso die Vena iliaca communis dextra und iliaca externa d. Im Bereich der Vena iliaca com. und noch einige cm. oberhalb der Vereinigungsstelle mit der cava inf., war die Intima entzündet und hafteten hier die Thromben fest an.

Die Vena iliaca communis sinistra und Vena iliaca s. ext. waren normal. Die Intimaveränderung der Vena cava hörte mit scharfer Grenze an der Stelle ihrer Klappen auf.

Es bestand also eine zusammenhängende Thrombose der Venen der rechten unteren Extremität durch die Cava inf., die rechte Herzhälfte bis in den Stamm und die Aeste der Arteria pulmonalis hinein. Die während der Krankheit entstandenen Thromben haben sich wiederholt gelöst und so die Collapse und endlich den Tod herbeigeführt.

Ein Embolus kann im günstigen Falle nur vorübergehend ein grosses Gebiet der Art. pulmonalis, auf der Teilungsstelle des einen Hauptastes «reitend», ausschalten, dadurch die drohenden Erscheinungen, wie hier im ersten Anfalle, auslösen, dann aber in eine Zweigbahn getrieben werden. In diesem Moment hören die schweren Erscheinungen auf, und es kann nun zu den bekannten Merkmalen eines Lungeninfarkts kommen. Nach Ueberwindung des ersten Anfalles hoffte Vortragender auch, dass es hierzu, zum Infarct, gekommen sei, wofür ja auch der anfänglich erhobene Localbefund sprach, und nahm an, dass der anfängliche Verschluss, oder die Verlegung der Hauptbahn der Art. pulmonalis, nun beseitigt sei. Es kam freilich zu keiner Hämoptoe, Infarcte können aber ohne Blutauswurf verlaufen. Bedenklich wurde der Fall wieder nach der zweiten Attacke und vollends erschien es nach der letzten tödlichen Att. sicher, dass eine Embolie des Pulmonalart. Stammes selber vorliege. Doch war seiner Ansicht nach wie in jedem so auch in diesem Falle an embolischen Verschluss eines Coronararterienstammes, allein für sich oder neben der Embolie d. Art. pulmonalis als Ursache der Anfälle und des tödlichen Ausganges zu denken. Die Section bestätigte die gestellte Diagnose der Embolie d. Art. poplitea, ergab hingegen normalen Coronarbefund.

Zum Schluss regt Redner die Frage an, ob es nicht ratsam wäre, in solchen Fällen nach der ersten Attacke das erkrankte Venengebiet aus dem Kreislauf durch einen chirurgischen Eingriff ebenso auszuschalten, wie es bei der Jugularvenenthrombose geschieht.

Dr. Klemm. Die Embolie ist eine Erscheinung, die für den Chirurgen von grösster Bedeutung ist. Der Tod nach gelungenen Operationen ist oft auf Embolie zurückzuführen. Trendelenburg hat als erster den Versuch gemacht, die Embolie durch Ausräumen der Gerinsel aus dem Herzen zu heilen, doch ist es bisher nicht gelungen, auf diese Weise das Leben des Patienten zu erhalten. Ein Patient, den Riedel in dieser Weise behandelte, lebte noch eine Woche nach der Operation. Redner hebt den Unterschied hervor zwischen einer Thrombose, wie sie nach Bauchoperationen entsteht, und den Thromben, die sich, wie im vorliegenden Fall, auf einer kranken Intima der Venen bildet.

Die Vena femoralis oder besser Iliaca ext. können in der Tat ohne Schaden unterbunden werden, was auch durch Fälle, die Dr. von Bergmann so operierte, bestätigt wird. Dennoch ist der Eingriff so gross und der Ausgang ungewiss, dass wohl keiner sich entschliessen würde am Beginn einer Erkrankung die Vene am Poupartschen Bande zu unterbinden. In späterer Zeit hätte der Eingriff nicht geholfen und auch die Trendelenburg sche Operation wäre trotz guter Methoden zur Eröffnung des Thorax, wie das Ueberdruckverfahren, vergeblich gewesen.

Dr. Bornhaupt ergänzt den Krankheitsbericht Dr. Hampelns. Er wurde am 31. Januar c. vom Patienten consultiert, nachdem dieser eine Woche lang mit dem Furunkel an der grossen Zehe umhergegangen war. Er schien damals starke Schmerzen zu haben. Die grosse Zehe war geschwollen und rot. Die Rötung verbreitete sich im Gebiet der Vena saphena. Es war mehr das Bild einer Thrombophlebitis als einer phlegmonösen Lymphangitis. Patient wurde sogleich ins Diaconissenhaus übergeführt. Bornhaupt incidierte und schiente die Extremität. Bis zum 15./II. war der Verband 6 oder 5 mal gewechselt worden; es bestand noch eine oberflächlich granulierende Wunde. Die Schwellung war abgefallen, die Röte verschwunden. Die Schiene wurde fortgelassen, und Patient fing an umherzugehen. 3 oder 4 Tage später bemerkte Patient, wenn er sich hinlegte, Anschwellung und Schmerz in der Kniekehle. Es fand sich Cyanose, eine Circulationsstörung. Patient musste wieder liegen. Am 28./II. war die Wunde im Verheilen, es bestand doch noch leichte Schwellung an den Venen und strangartige Infiltrate. Am 1./III. bekam Patient Schmerzen in der linken Thoraxhälfte, was Redner als erstes Symptom der vorgeschrittenen Thrombose deutet.

Die Thrombose der Vena iliaca war eingetreten, während die Vena femoralis bis zuletzt nicht fühlbar, also gesund war, auch die Section zeigte die V. fem. intact. Das Umhergehen mit dem unoperierten Furunkel an der Zehe ist offenbar verhängnisvoll gewesen und in der ersten Woche sind die Keime heraufgestiegen. Eine präservative Unterbindung der entzündeten Vene oder Excision ist doch nur in wenigen Fällen angezeigt, zumal die Gefahr der Gangrän immer besteht.

Dr. von Bergmann. Der besprochene Weg der Unterbindung führt meist nicht zum Ziel. Redner operierte eine Patientin mit Thrombophlebitis der unteren Extremität, bei der die Vena femoralis frei war, aber eine Lymphdrüse über dem Poupartschen Bande durch verschleppte Keime verflüssigt war. Er räumte die Drüse aus und unterband die Vena iliaca. Dennoch starb Patientin an Lungenembolie.

Dr. Schabert meint, ein chirurgischer Eingriff, wenn er auch im vorliegenden Fall aussichtslos erscheint, sei doch nicht ganz abzuweisen. Bei den Ausführungen Dr. Hampelns interessiert ihn besonders die Frage, wie Hampeln zu der Sicherheit seiner Diagnosenstellung gelangt sei. Ein Mors subitus sei in Krankheitsfällen wohl nichts seltenes, oft fände sich die Annahme einer Embolie dabei bestätigt, oft auch nicht. Die Schwellung der Extremität sei wohl der wichtigste Gesichtspunkt für die Diagnose gewesen, Schabert fragt an, ob Hampeln eine sogenannte Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt habe, oder ob es begründet war, die eine Diagnose zu stellen?

Dr. Hampeln meint, dass die Unterbindung der erkrankten Venen doch am ersten in Betracht käme. Sie erscheine auch weniger heroisch als die Ausräumung der Arterie pulmonalis nach Trendelenburg, wobei es doch in solchen Fällen immer aufs neue zu Embolien kommen kann.

An Dr. Schabert richtet Redner die Bemerkung, dass in diesem Falle klinische, auf Embolie hinweisende Erscheinungen allerdings vorlagen, die Dr. von Tiesenhausen bei seiner ersten Untersuchung constatiert habe. Abgesehen davon beruhe aber die Diagnose innerer Krankheiten, so auch der Embolie in diesem Falle immer auf Wahrscheinlichkeit; weil eben stets nur die Wirkungen und nicht der Grund der Wirkungen wahrgenommen werden können. Jedenfalls handelte es sich um keine blosse Zufälligkeitsdiagnose. Im Ganzen sei die Diagnose der Embolie wie des Infarctes die leichtere und selten fehlgehende, zum Unterschiede von der sehr selten diagnosticierbaren autochthonen Thrombose der Art. pulmonalis. Endlich sei in solchen Fällen natürlich stets auch jede andere mögliche plötzliche Todesart zu bedenken.

Dr. Klemm spricht ebenfalls dafür, dass die Diagnose in diesem Fall einwandfrei zu stellen war.

Dr. Voss gibt historische Daten für die chirurgische Behandlung der Thrombose durch Unterbindung der Venen. In Langenbecks Archiv ist 1878 ein derartiger Fall publiciert und wird dabei auf den Engländer Lee 1865 zurückgewiesen.

Dr. von Tiesenhausen berichtet über den von ihm erhobenen Befund. Patient klagte zuerst über Stiche in der Herzgegend, als Redner ihn untersuchte, es war ein leises

Geräusch in der Mitte des Sternums hörbar. Die Auscultation der Lunge ergab links nichts Auffallendes; rechts abgeschwächtes Atmen und etwas Rasseln.

Dr. Hampeln hat ebenfalls ein kleines Geräusch über dem Herzen gehört, so leise, wie es bei geschwächter Herztätigkeit nicht selten ist. Litten hat bei Embolie der Arteria pulmonalis ein lautes Geräusch im 2. Intercostalraum beobachtet. In der Literatur findet sich sonst nichts darüber, und in der Regel wird es wohl fehlen.

Protocolle des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg 1909/10.

III. Sitzung vom 13. November 1909.

Vorsitzender: Netschajew. Schriftführer: Hesse und Kosakow.

1. Ponomarew. Zur Casuistik der Fremdkörper in der Columna vertebralis mit Demonstration eines Operierten, dem der Fremdkörper — die Hälfte eines Tischmessers — entfernt worden ist. Erscheint im «Russkij Wratsch».

2. Grekow. Zur Chirurgie des Magens mit Demonstrationen mehrerer Kranken.

Discussion:

Prof. Zeidler meint, dass in dem Falle, wo Vortragender einen Circulus vitiosus sehen will, es sich um eine gewöhnliche Erscheinung handelt, die oft gleich nach der Operation auftritt; da aber im erwähnten Falle das Erbrechen erst am 18. Tage auftrat, so wäre wohl eine secundäre Stenose mit grösserem Recht anzunehmen.

Grekow erwidert darauf, dass die Anastomose zwischen Darm und Magen absichtlich äusserst breit angelegt wurde; eine secundäre Stenose wäre wohl möglich, aber nicht wahrscheinlich.

Prof. Zeidler weist auf den grossen Wert des vom Vortragenden gesammelten Materials hin. Das Material der chirurgischen Magenfälle ist im Obuchowhospital nicht gross. Das erklärt sich hieraus: die leicht Erkrankten treten nicht sofort ins Hospital ein, die meisten entschliessen sich erst im späten Stadium zur Operation. Deshalb gibt es auch selten Magenresectionen, viel öfter kommt es zur Gastroenterostomie. Was die letzte Schlussfolgerung des Vortragenden anbetrifft, die Magenresection sei ein palliatives Heilmittel und müsse recht häufig angewandt werden, so könne er darin mit ihm nicht übereinstimmen. Die Magenresection ist ein zu schwerer operativer Eingriff, als dass sie bei fortgeschrittenem Carcinom angewandt werden könnte; dabei ist das functionelle Resultat um nichts besser als bei der Gastroenterostomie, die Mortalität dagegen bedeutend grösser. Was die Durchgängigkeit anbetrifft, so ist das functionelle Resultat bei der Gastroenterostomie vollständig genügend, und die Kranken sterben ohne Qual.

Grekow protestiert gegen die Einschränkung der Indicationen. Was die Resultate der Resection anbetrifft, so ist die Sterblichkeit z. B. bei Prof. Kocher minimal, und bei guter Technik dauert die Magenresection um ein geringes länger als die Gastroenterostomie.

Kernig weist auf die Ursache der Seltenheit der Magenoperationen bei Ulcus ventriculi im Obuchowhospital hin. Diese Erscheinung hängt seiner Meinung nach mit der relativ seltenen Erkrankung an Ulcus rotundum in St. Petersburg zusammen. Auf die zwölftausend bis fünfzehntausend Kranken, die jährlich im weiblichen Obuchowhospital aufgenommen werden, gibt es nicht mehr als 10—15 Fälle mit Ulcus rotundum ventriculi. In anderen Städten, und ganz besonders im Auslande, ist das Ulcus ventriculi gar keine seltene Erkrankung. In St. Petersburg verfügt Dr. Westphalen über das grösste Material, da ihn viele Kranken aus den Ostseeprovinzen aufsuchen, wo diese Erkrankung recht verbreitet ist.

Netschajew stimmt Kernig bei, dass das Ulcus ventriculi hier verhältnismässig selten ist, was auch durch die Sectionen bestätigt wird. Das erklärt sich vielleicht dadurch, dass das Ulcus ventriculi sowie auch Gallensteine und Podagra meist Krankheiten der oberen Classen sind, was wiederum durch die Nahrung bedingt wird. Nach dem Material des Obuchowhospitals kommt der Magenkrebs häufiger vor als das Ulcus ventriculi, dabei jedoch selten im frühen Stadium. Die Patienten willigen ungern in einen operativen Eingriff ein und entschliessen sich zur Operation erst bei wiederholtem Eintritt ins Hospital.

3. Hesse: Ueber combinierte Erkrankung an hereditären multiplen Euchondromen und Exostosen (mit Demonstration von 5 Kranken). Erscheint in der «Deutschen Zeitschrift für Chirurgie».

Discussion:

Prof. Moisejew weist auf die grosse Seltenheit der combinierten Erkrankungen an Euchondromen und Exostosen hin, er hat solche Fälle bei seinem Sectionsmaterial nicht beobachtet. Ohne die Möglichkeit und Bedeutung dieser Erkrankung als hereditäre Anomalie zu negieren, erwähnt er Fälle, in denen die Exostosen auch in späterem Alter auftraten.

Grekow: führt einen Fall eines multiplen Euchondroms an, den Dr. Reimer operiert hat. Die Neubildungen wurden mit dem scharfen Löffel entfernt, und das Resultat war ein gutes. Er fragt den Vortragenden, ob er es nicht für möglich hält, auch in seinen Fällen operativ einzugreifen.

Walter erwähnt noch als Indication zur Operation die manchmal vorkommende grosse Schmerzhaftigkeit bei solchen Geschwülsten in den von ihnen afficierten Gegenden.

Hesse: in meinen Fällen ist eine Operation leider contraindiciert, da ja alle Epiphysen der langen Röhrenknochen ergriffen sind, und eine radicale Entfernung der Tumoren deshalb unmöglich ist.

4. Chalif. Ueber die specifische Behandlung der Peritonitis tuberculosa.

Vortragende demonstriert 2 Kranke mit Peritonitis tuberculosa nach erfolgreicher Behandlung mit Tuberculininjectionen. Beide Kranken wurden mit sehr schwerer, der erste mit fast hoffnungsloser Peritonitis tuberculosa ins Hospital aufgenommen. Bei beiden wurde die specifische Behandlung angewandt, beide erwiesen sich als sehr empfindlich für die Tuberculininjection. Trotzdem gelang es bei beiden, bei einer geduldigen und methodischen Behandlungsweise eine Gewöhnung zu erreichen, und parallel damit trat auch eine Besserung des allgemeinen Zustandes wie auch der localen Erscheinungen ein. Der erste Patient konnte klinisch geheilt nach 4, der zweite nach 5 Monaten angesehen werden. Vortragende enthält sich, da das Material zu gering ist, irgend welcher kategorischer Schlüsse, doch möchte sie den Schluss ziehen, dass eine jede Peritonitis tuberculosa einer specifischen Cur unterzogen werden sollte, und erst dann, wenn bei dem Kranken keine Immunisierung zu erreichen ist, sollte der operative Eingriff vorgenommen werden.

(Autoreferat).

Discussion:

Iwanow stimmt mit Vortragender nicht überein, was den Verlauf der Peritonitis tuberculosa ohne Tuberculinanwendung anbetrifft. Bei weitem nicht alle Kranken werden den Chirurgen überwiesen, eine nicht geringe Zahl specifischer Peritonitiden nehmen an Gewicht zu und erholen sich, wenn es keine Complicationen von Selten der Lungen gibt. Es ist leicht möglich, dass das Tuberculin die Resorption des Exsudates befördert, diesem Mittel aber allein den guten Erfolg zuzuschreiben, ist unmöglich.

Kernig stimmt vollkommen mit den Einwänden Iwanows überein und fügt seinerseits hinzu, dass er auch bei conservativer Behandlung der Peritonitis tuberculosa im Verlauf von 4—5 Monaten Resorption beobachtet hat. Wie das Tuberculin auf Peritonitis tuberculosa wirkt, ist noch nicht entschieden und bedarf weiterer Forschungen.

Prof. Zeidler: Die Chirurgen betrachteten niemals die Behandlung der Peritonitis tuberculosa als ihr Monopol, im Gegenteil, sie greifen nur dann zum Messer, wenn alle therapeutischen Mittel versagt haben. Vortragende hat seiner Meinung nach nicht ganz richtig die Operationsresultate beleuchtet. Der chirurgische Eingriff ist äusserst einfach, und ein dadurch bedingter Tod kommt nicht vor; wenn die Kranken doch zu Grunde gehen, so muss es meist dem Verlaufe der Tuberculose zugeschrieben werden. Es gibt aber einen genügenden Procentsatz von geheilten Fällen, in denen die guten Resultate durch zufällige Sectionen bestätigt werden konnten. Natürlich stiegen den Chirurgen ihre Resultate niemals zu Kopfe, die Schlussfolgerung der Vortragenden bei der geringen Zahl der Beobachtungsfälle ist zu gewagt, und nur der Tuberculinbehandlung die guten Resultate zuzuschreiben, dazu fehlen die nötigen Daten.

Bjelogolowyj stimmt mit den Oponenten überein und macht die Proposition, ob man nicht bei den beiden beobachteten Fällen eine Autoimmunisierung des Organismus infolge des sich resorbierenden Ascites annehmen könnte, ähnlich wie das der Fall ist bei Autoseroinjection in Pleuritisfällen.

Grekow findet die Schlüsse der Vortragenden wenig begründet und schlägt weitere Forschungen auf diesem Gebiete vor.

N. W. Iwanow findet, dass die beiden demonstrierten Fälle nicht überzeugend für den Nutzen der Tuberculininjectionen bei Peritonitis tuberculosa sprechen, da beide Kran-

ken nach der Temperaturcurve nicht zu den schwersten zu rechnen sind; sie befanden sich sehr lange im Hospital und gegenwärtig haben sie noch Ascites. Mit der Schlussfolgerung der Vortragenden kann er nicht übereinstimmen, da er Fälle aufweisen kann, wo nach der Laparotomie die Patienten für immer von ihrem Ascites befreit wurden.

Netschajew betont die Tatsache, dass bei Peritonitis tuberculosa auch bei conservativer Behandlung es zur Resorption kommen kann; fügt aber weiter hinzu, dass nur grosse statistische Daten es möglich machen werden, der einen oder der anderen Methode den Vorzug zu geben.

Sternberg: Vortragende betont es ganz besonders, dass es tuberculöse Peritonitisfälle gibt, die nicht selten ohne jegliche Behandlung zum Stillstand kommen, und dass man, nur auf 2 Fälle gestützt, keine kategorischen Schlüsse über den therapeutischen Wert des Tuberculins ziehen könne. Weiter weist Sternberg darauf hin, dass der Klinicist bei der Abschätzung der einen oder der anderen therapeutischen Methode nicht nur mit nackten, statistischen Daten rechnen darf, sondern dabei auch den directen frischen Eindrücken eines jeden Falles gerecht werden muss. Die heute demonstrierten Fälle prätendieren nicht auf statistisches, sondern nur auf klinisches Interesse. Wir haben hier 2 parallele Erscheinungen, einerseits den Krankheitsverlauf, andererseits den Gang der Immunisierung. Solange die Kranken die injicierten Tuberculindosen nicht vertragen, bleibt der Allgemeinzustand derselbe oder wird sogar schlechter. Wenn die Immunisierung mit Dosen beginnt, die sie früher nicht vertrugen, so fängt die Temperatur an zu fallen, der Allgemeinzustand wird besser und der Ascites wird geringer. Wenn dieser Parallelismus nicht 1—2 Tage, sondern mehrere Monate hindurch fortbesteht, so dass die Besserung mit dem erfolgreichen Gange der Immunisierung Schritt hält, so muss dies doch den Gedanken aufkommen lassen, dass es einen gewissen Zusammenhang zwischen diesen beiden Parallelprocessen gibt. Die höchst interessante Bemerkung von Dr. Bjelogolowyj über die Möglichkeit einer Autoimmunisierung bei Peritonitis tuberculosa gibt noch einen Beweis mehr zu Gunsten der Tuberculinbehandlung. Die Möglichkeit einer Autoimmunisierung ist bei einer jeden tuberculösen Infection, unabhängig von ihrer Localisation, vorhanden. Wenn nicht in allen Fällen eine Heilung respective Immunisierung eintritt, so liegt der Hauptgrund darin, dass die Autoimmunisierung sich elementarisch vollzieht. Die Antigene treten bald in grösseren, bald in kleineren Quantitäten als es nötig wäre und oft nicht zur Zeit ins Blut ein. Die Tuberculinbehandlung hat es sich zur Aufgabe gestellt, die unregelmässige natürliche Immunisierung durch eine künstliche zu ersetzen, die Dank ihrer methodischen und richtigen Anwendung grössere Chancen auf Erfolg haben kann.

5. Akimow-Peretz demonstriert das Präparat eines Carcinoms des Colon ascendens mit doppelter Perforation ins Duodenum und Ileum.

Der Kranke trat ins Hospital der Schwesterngemeinschaft der St. Eugenie ein mit Klagen über 10 Tage lang andauerndes Erbrechen nach einem gewöhnlichen Mittagessen. Das Erbrechen fand nach jedem Genuss von Speise und Trank statt, Es war nicht reichhaltig und war von kolikartigen Schmerzen gefolgt. Der Stuhlgang fehlt seit 10 Tagen, die Gase gehen ab. Beim Untersuchen constatiert man: im rechten Hypochondrium eine längliche, dem Verlaufe der Flexura hepatica coli entsprechende Geschwulst; sie ist hart, mässig schmerzhaft, wenig beweglich in verticaler Richtung, unbeweglich in horizontaler; das Abdomen mässig gebläht, etwas stärker im oberen Teil, einzelne deutlich geblähte Darmschlingen oder Peristaltik derselben ist nicht zu sehen; der Allgemeinzustand ist ein verhältnismässig befriedigender. Aus der Anamnese des Kranken ist zu ersehen, dass der Patient im Verlaufe mehrerer Jahre an Obstipation gelitten hat, von Zeit zu Zeit, ungefähr alle 2 Wochen, hatte er Schmerzen im Abdomen, die nach Gebrauch von Laxantien aufhörten. Es wurde ein Darmverschluss infolge einer Geschwulst im Colon ascendens diagnosticiert. Der nicht vollständige Darmverschluss, die längliche Form der Geschwulst und manche anamnestische Daten liessen den Gedanken aufkommen, ob hier nicht eine acute Darminvagination vorhanden wäre; doch der Charakter der Geschwulst, das Fehlen von acuten kolikartigen Schmerzen, zugleich Tenesmen während der 10-tägigen Erkrankung gaben den Ausschlag, ein Neoplasma anzunehmen. Infolge des anhaltenden Darmverschlusses und der resultatlosen Anwendung aller möglichen Massnahmen wurde der Kranke einer Operation unterzogen, wobei es sich herausstellte, dass der Darmverschluss durch Krebs des Colon ascendens hervorgerufen war, welches mit Dünndarmschlingen verwachsen war, von denen die eine eine deutliche Knickung mit Blähung des zuführenden Schenkels aufwies. Es wurde eine Anastomose zwischen Ileum und Colon transversum gemacht. Der Kranke starb bald nach der Operation unter Shockerscheinungen. Auszug aus dem Sectionsprotocoll: Der Magen stark durch Gase erweitert; in seiner Höhle ein grosses Quantum einer gelben, breiigen Flüssigkeit von stark fäculentem Geruch. Die Schleimhaut unverändert. Aus dem absteigenden Ast des Duodenums zieht sich eine Oeffnung von unregelmässiger Form, mit klappenartigen Rändern ins Lumen des Colon ascendens, 8 cmt. höher gelegen als die Valvula Bauhini. Die Schleimhaut des ganzen Dünndarms unverändert. In einer Entfernung von einem Meter vom Coecum war eine Dünndarmschlinge an der pars ascendens Coli angewachsen, und hier in der Wand des Dünndarms befand sich eine Oeffnung mit unregelmässigem, leicht erhabenem Rande. Diese Oeffnung war passierbar für den kleinen Finger und führte ins Lumen der pars ascendens; sie ist ungefähr einen ctm. tiefer gelegen als die andere Oeffnung, die gleichfalls dorthin aus dem Duodenum führt. Im Lumen der pars ascendens Coli, 5 ctm. höher als die Valvula Bauhinii, befindet sich eine ringförmige Verengung, passierbar für den Zeigefinger; 3 ctm. tiefer als diese Verengung befindet sich eine andere ähnliche auch für den Zeigefinger leicht passierbar. Die Ränder dieser Verengungen sind ungleich und verdickt. Die hintere linke Wand des Dickdarms zwischen diesen beiden Verengungen bildet einen ziemlich tiefen Sack, in den die obenerwähnten Oeffnungen sowohl aus dem Duodenum, als auch aus dem Dünndarm führen. Die Länge dieser Gänge beträgt ungefähr 2 ctm. Längs dem Rande der Oeffnung, die aus dem Colon ins Duodenum führt, bemerkt man einen nussgrossen Höcker, der an seiner Spitze eine Oeffnung hat, die in den kurzen Canal führt, welcher sich im Lumen des Dickdarms öffnet. Die mikroskopische Untersuchung erwies, dass die Geschwulst ein colloider Krebs ist.

(Autoreferat).

Discussion:

N. M. Iwanow weist auf die grosse Seltenheit des Falles hin und erwähnt auch einen im Obuchowhospital beobachteten Fall von Ileocolostomie.

Prof. Zeidler fügt hinzu, dass die Perforation des Colon transversum in den Magen öfter vorkommt als die Perforation des Dickdarms in den Dünndarm.

6. Walther demonstriert ein Herzpräparat. Dem Kranken war vor 4 Jahren wegen Herzstichverletzung eine Naht des linken Ventrikels angelegt worden. In den letzten Jahren hatte der Patient ständig an Herzbeschwerden zu leiden und kam kurz vor seinem Tode ins Hospital mit einer schweren Herzinsufficienz. Vortr. zieht den Schluss, dass ein genähtes Herz unter Umständen als Folge der Verletzung schwer erkranken kann, und dass wir stets auch bei der Operation diese Möglichkeit ins Auge fassen müssen. (Erscheint im Druck).

Discussion:

Prof. Zeidler kann nicht mit den Schlüssen der Vortragenden inbetreff der Bedeutung der späteren Resultate der Herznaht übereinstimmen. Die Herznaht wird zur sofortigen Blutstillung angelegt, und man hat dabei nicht an die späteren Resultate zu denken. Auch ist das Resultat im besprochenen Falle ein gutes zu nennen. Es ist nur sonderbar, dass es zu keiner Aneurysmabildung gekommen ist.

Kernig bemerkt dazu, dass die Abwesenheit eines Aneurysma der Herzwand sich wohl durch die vorhandene adhaesive Pericarditis erklären lässt.

Grekow schliesst sich der Meinung Kernigs an; man muss bestrebt sein, die Ursachen einer Pericarditis so viel als nur möglich zu vermindern. Damit der Druck aufs Herz geringer wirkt, muss man mehrere Rippen resecieren.

Walther erwidert, dass das Herz nach einer Naht niemals zu seinem früheren Zustande zurückkommt, was stets im Auge behalten werden müsse.

Dr. A. Sokolow demonstiert 3 Präparate hereditärer Herzanomalien.

I. Bei einer 33-jährigen Frau befindet sich im Septum der Vorhöfe eine für 2 Finger durchgängige Oeffnung. Dieser Fall ist noch dadurch von Bedeutung, dass in der Milz und der linken Niere sich infectiöse Infarcte vorfinden, die durch Embolie entstanden sind infolge einer Puerperalinfection.

II. Im Septum ventriculorum einer Frau ist ein kegelförmiger Canal, der mit seiner Basis, die 1½ Finger breit ist, ungefähr einen Finger breit tiefer als die Aortaklappen liegt; seine Spize ist nach unten zur Spitze des linken Ventrikels gerichtet, wo er sich auch öffnet, an dieser Stelle ist der Canal für einen Bleistift passierbar. Die Wandung dieses Canals hatte eine deutlich ausgesprochene Structur. Nur an einer Stelle des rechten Ventrikels gibt es eine verdünnte Stelle mit bindegewebiger (fibröser) Wandung.

III. Bei einer 72-jährigen Greisin sind mehrere Oeffnungen im Septum ventriculorum, die nah von einander zwischen den Trabecula liegen. Dank dieser Oeffnungen gab es eine Communication zwischen linkem und rechtem Ventrikel. In

allen 3 Fällen gab es ausser erwähnter keine andere Anomalien (Erscheint in der St. Petersb. Med. Wochenschr.).

8. Dr. A. Sokolow: Demonstration einer Lungencyste.

In der linken Pleurahöhle befand sich eine doppelfaustgrosse Cyste, die mit dem Radix der linken Lunge durch einen breiten, dünnen Fuss an der Basis des unteren Lappen verbunden war. Sowohl die Cyste als auch die Lunge selbst, lagen frei in der Pleurahöhle, nur war der untere Lungenlappen nach oben und hinten verdrängt. Die dünne Wand der Cyste war mit Pleura bekleidet und in derselben waren die Blutgefässe gelagert, die durch die Basis der Cyste sich zur Lungenwurzel zogen. Die Cyste enthielt (Gas (Luft?) und ihre Wandung war im frischen Zustande gespannt.

Referent L. Oeser.

Zuschrift an die Redaction.

An die Redaction der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Für den Glückwunsch der Redaction der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift anlässlich des 75. Jahrestages der Stiftung des Peter-Paul-Hospitales sprechen die Aerzte des Hospitals ihren verbindlichsten Dank aus.

Dr. med. F. Holzinger.
d. Z. Secretär der Versammlung
der Aerzte des Peter-Paul-Hospitals.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Hochschulnachrichten.
St. Petersburg. Dr. F. Werbizkij habilitierte sich als Privatdocent für Diagnostik und all emeine Therapie an der Militär-Medicinischen Akademie.

Kiew. Der Privatdocent an der Universität in Tomsk, Dr. W. Dobromyslow ist zum Professor für chirurgische Operationslehre und topographische Anatomie an der Universität erwählt.

Charkow. Der beim Ballotement im Professorencollegium 2 mal nicht gewählte Priv.-Doc. Swetuchin ist vom Minister der Volksaufklärung zum Professor ernannt(!).

— Die 9. internationale Tuberculose-Conferenz findet vom 5.—8. October in Brüssel statt. Zum Delegierten Russlands ist vom Medicinalrat Dr. L. Berthenson erwählt worden.

— Der Vorstand der Moskauer Gesellschaft zur Förderung der Experimentalwissenschaften hat 10000 Rbl., die von N. Ledenzow gespendet waren, dem Prof. der Physiologie J. Pawlow zugewiesen zur Errichtung eines streng isolierten Laboratoriums an dem Petersburger Institut für experimentelle Medicin zum Zweck der Erforschung der Gehirntätigkeit.

— Die Gesellschaft der schnellen ärztlichen Hilfeleistung in Charkow hat von Frau Filonow ein Grundstück mit einem Hause im Werte von 150000 Rbl. erhalten, zwecks Errichtung einer Rettungsstation.

— Die Leiche Robert Kochs wurde am 29. (16.) Mai im neuen Krematorium in Baden-Baden in aller Stille eingeäschert. Die Urne mit der Asche ist nach Berlin in das Institut für Infectionskrankheiten gebracht worden, wo sie in einem zum Koch-Mausoleum bestimmten Zimmer aufgestellt werden soll. Die Trauerfeier soll am 11. December, dem 67. Geburtstage Kochs stattfinden, wobei Geheimrat Gaffky die Gedenkrede halten wird.

— Am 28. Mai (10. Juni) fand in Berlin die feierliche Einweihung des Neubaues der Kaiser-Wilhelm-Akademie statt.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 9. bis zum 15. Mai 1910 641 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 37, Typh. exanth. 5, Febris recurrens 1, Pocken 35, Windpocken 9, Masern 268, Scharlach 98, Diphtherie 96, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 21, an anderen Infectionskrankheiten 71.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 923 + 52 Totgeborene + 138 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 13, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 9, Masern 85, Scharlach 12, Diphtherie 15, Keuchhusten 6, crupöse Pneumonie 42, katarrhalische Pneumonie 139, Erysipelas 8, Influenza 17, Pustula maligna 1, Pyämie und Septicaemie 22, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 18, Dysenterie 7, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 46, andere Magen- und Darmerkrankungen 32, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 50, Marasmus senilis 19, andere Todesursachen 272.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 15. Mai 1910 12386. Darunter Typhus abdominalis 354, Typhus exanth. 24, Febris recurrens 9, Scharlach 313, Masern 165. Diphtherie 269, Pocken 180, Windpocken 7, Cholera 0, Choleraverdächtige 4, crupöse Pneumonie 129, Tuberculose 643, Influenza 166, Erysipel 114, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 43, Lepra 1, Syphilis 491, venerische Krankheiten 386, acute Erkrankungen 1917, chronische Krankheiten 1793, chirurgische Krankheiten 1600, Geisteskrankheiten 3384, gynäkologische Krankheiten 249, Krankheiten des Wochenbetts 58, verschiedene andere Krankheiten 76.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 30. Mai bis zum 5. Juni	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Gouv. Jekaterinoslaw. . .	370 (154)	1030 (427)	10. Jan.
» Tschernigow . . .	93 (44)	151 (69)	13. Mai
» Minsk.	6 (1)	19 (9)	20. »
Gebiet der Donkosaken	1031 (344)	1325 (441)	7. »
Gouv. Taurien.	51 (11)	98 (28)	7. »
» Cherson	56 (13)	193 (52)	10. »
Stadt Odessa	13 (7)	17 (8)	15. »
» Kertsch-Jenikale	1 (—)	2 (—)	14. »
Gouv. Charkow	119 (65)	192 (106)	29. April
» Mogilew.	3 (—)	20 (13)	14. Mai
» Poltawa	58 (19)	132 (43)	9. Mai
» Kiew	75 (14)	225 (54)	3. »
» Witebsk.	5 (—)	17 (2)	21. April
Kuban-Gebiet	168 (85)	184 (95)	28. Mai
Gouv. Baku	2 (—)	22 (12)	19. April
» Orel	2 (1)	15 (7)	13. Mai
» Bessarabien . . .	— (—)	1 (—)	29. »
Terek-Gebiet.	— (—)	1 (1)	29. »
Gouv. Tambow	— (—)	2 (1)	29. »
» Woronesh	1 (1)	1 (1)	5. Juni
Im Ganzen	2054 (759)	3647 (1369)	

— Cholera. Britisch-Indien. Vom 24. bis zum 30. April starben in Kalkutta 65 Personen an der Cholera — Niederländisch-Indien. In Soerabaya erkrankten. vom 10. bis zum 16. April 65 Personen und starben 37, in der Umgegend erkrankten 4, starben 4. Vom 17. bis zum 23. April: in Soerabaya 29 (18), Umgegend: 20 (14).

Pest. Britisch-Indien. Vom 24. bis zum 30. April erkrankten in ganz Indien 17092 Personen und starben 15466. — Honkong: vom 17. bis zum 23. April wurde in der Kolonie 1 tötlicher Pestfall registriert, vom 24. bis 30. April 3 solche in der Stadt Victoria. — Türkei. Im Hinterlande von Lohaia, in der Ortschaft Nadhur soll die Pest herrschen. — Aegypten. Vom 21. bis zum 27. Mai wurden 61 Erkrankungen und 41 Todesfälle constatiert.

— Genickstarre. Preussen. Vom 22. bis zum 28. Mai wurden 7 Erkrankungen und 3 Todesfälle gemeldet.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 21. bis zum 28. Mai wurden 3 Erkrankungen und 1 Todesfall gemeldet.—Oesterreich. Vom 22. bis zum 28. Mai wurde 1 Erkrankung in Kärnten gemeldet.

— Die Blattern herrschen epidemisch in Persien und in Montevideo (Süd-Amerika).

— Die österreichische Regierung hat, da Podwolotschisk als choleraverdächtig gilt, in Brody eine medicinische Besichtigung aller aus Russland eintreffenden Passagiere angeordnet.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Kiew am 21. Mai Dr. M. Damskij, geb. 1861, approbiert 1891; 2) in Moskau am 29. Mai Dr. S. Remisow, geb. 1874, approbiert 1900. 3) Dr. W. Rose, Professor der Chirurgie am Kings College in London. 4) Dr. F. Gurney Stubbs, Professor der Laryngologie und Otologie am Rush Medical College in Chicago; 5) Dr. Oliver P. Rex, Professor der Pädiatrie am Jefferson Medical College in Philadelphia.

— Das Verzeichnis der zur Besprechung zugegangenen Bücher findet sich auf Seite III des Umschlags.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
unter der Mitwirkung von

№ 25 St. Petersburg, den 19. Juni (2. Juli) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Ueber Ictus laryngis.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga am 29. Januar 1903.

Von

Dr. med. A. Bertels.

M. H.! Als Ausgangspunkt für weitere Erörterungen teile ich Ihnen zunächst folgende Krankengeschichte mit.

Am 5. Aug. 1901 wurde ich zu einem Patienten gerufen, weil derselbe, wie mir mitgeteilt wurde, im Anschluss an Hustenparoxysmen, wiederholt hingestürzt wäre.

Ich fand einen Herren von 59 Jahren vor, von kräftigem Körperbau, gutem Ernährungszustand. Das Gesicht war etwas gedunsen und gerötet, man hatte den Eindruck es mit Einem zu tun zu haben, der die Freuden der Tafel liebte und an regelmässigen Alcoholconsum gewöhnt war. Die Stimme war vollständig aphonisch, beide Conjunctiven blutig suffundiert.

Vor etwa einer Woche hatte der unbedeutende Husten, welchen Pat. seit vielen Jahren als seinen normalen Zustand anzusehen gewohnt war, sich merklich verschlimmert; wie Pat. annahm, infolge einer Erkältung. Dabei waren auch tönende Inspirationen aufgetreten, «ein Ziehen, wie beim Stickhusten»; dieses Ziehen verlor sich nach einigen Tagen, dagegen hatten sich seit 2 Tagen bei stärkeren Hustenstössen Anfälle von Bewusstlosigkeit eingestellt, die dem Pat. so unerwartet kamen, dass er dabei einige Male hinstürzte. Ausserdem waren ebenfalls bei Gelegenheit der Hustenstösse mehrfach Blutungen aus Nase und Mund erfolgt (bis zu ca. 2 Esslöffel reinen Blutes). Auch die schon erwähnten blutigen Suffusionen unter die Conjunctiven waren auf diese Weise entstanden.

Ich konnte beim Patienten intensive, etwas fleckige Rötung der Schleimhaut des weichen Gaumens, der Tonsillen und des Pharynx constatieren; die Uvula war leicht ödematös geschwellt. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich Rötung der Kehlkopfschleimhaut. Die Untersuchung der Brustorgane ergab ausser den Anzeichen eines Bronchialkatarrhs nichts Pathologisches.

Auch die Herren Dr. H a m p e l n und Dr. v. B e r g m a n n, welche später hinzugebeten wurden, konnten feststellen, dass, abgesehen von den Zeichen des Katarrhs, in den Hals- und Brustorganen keine krankhaften Veränderungen vorlagen.

Der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker, der Patellarreflex links lebhafter als rechts, Tabessymptome sind nicht vorhanden. Es besteht mässige Sclerose der der Palpation zugänglichen Arterien.

Pat. ist starker Raucher und trinkt täglich einige Schnäpse und Bier.

Im Laufe der nächsten Tage, nachdem ich Pat. das erste Mal gesehn hatte, wiederholten sich die Anfälle von Bewusstlosigkeit etwa 4—5 mal im Laufe von je 24 Stunden und traten sowohl am Tage wie auch in der Nacht auf. Zwei mal hatte ich selbst Gelegenheit, die Anfälle zu beobachten. Das eine Mal stand Pat. gerade, als er einen Hustenanfall bekam; durch die Erfahrungen der letzten Tage vorsichtig gemacht, setzte er sich schnell auf einen in der Nähe stehenden Stuhl, in der Eile aber setzte er sich auf denselben von der Seite her und fiel, infolgedessen, da sein Rücken an der Stuhllehne keine Stütze fand, nach hinten über und wäre mit seinem schweren Körper mit ziemlicher Gewalt zu Boden gestürzt, wenn ich ihn nicht aufgefangen hätte. Kaum war dies geschehen, so war Pat. auch schon wieder vollständig seiner Sinne mächtig, die Bewusstlosigkeit mochte also nur etwa 1/4 Minute gedauert haben.

Den zweiten von mir beobachteten Anfall bekam Pat. während er in gut gesicherter Stellung in einem Lehnstuhl sass. Es stellte sich eine Reihe schnell aufeinanderfolgender, durch keine Inspiration unterbrochener Hustenstösse ein. Pat. war dieses Mal gut vom hellen Tageslicht beleuchtet, und ich konnte die recht hochgradige Cyanose des Gesichts, die sich während der Hustenstösse ausbildete, beobachten. Diese starke Cyanose schien mir in keinem rechten Verhältnis zu dem nur als mittelstark zu bezeichnenden Hustenanfall zu stehn.

Nachdem der Husten einen Bruchteil einer Minute gedauert hatte, sank der Kopf des Pat. nach hinten über, die Arme fielen schlaff herab, der Husten hörte auf. Die Bewusstlosigkeit dauerte nicht länger als beim ersten Anfall, Pat. war sofort wieder klar und hatte über nichts zu klagen.

Ebenso wie die beiden eben beschriebenen Anfälle sind nach der Schilderung der Angehörigen auch alle übrigen verlaufen. Ein gewisses Eingenommensein des Kopfes, das Pat. auf Befragen angibt, braucht man nicht mit den Anfällen als solchen in Zusammenhang zu bringen, es kann sehr wohl durch den Husten allein bedingt gewesen sein. Die Ekchymosen unter den Conjunctiven nahmen immer mehr an Ausdehnung zu, auf dem rechten Auge bot die Conjunctiva bulbi bald nicht mehr ein weisses Fleckchen, sie war vorgewölbt, ihr Rand fiel zu der vertieft liegenden Cornea steil ab, wie bei einer chemotischen Schwellung. Einige Male erfolgten auch Blutungen aus dem rechten Gehörgang.

Während der Anfälle will die Frau des Pat., wie sie mir spontan mitteilte, gelegentlich auch Zuckungen im Gesicht bemerkt haben.

Nach einigen Wochen besserte sich der Katarrh der Luftwege, die Heiserkeit nahm ab, die Bewusstseinsverluste traten seltener auf, die Blutungen cessierten; vorübergehend

stellte sich gegen Ende August das Eingangs erwähnte stickhustenartige Ziehen wieder ein. Am 2. Sept. konnte ich Pat. aus meiner Behandlung entlassen, nachdem er 8 Tage lang keinen Anfall gehabt hatte.

Aus der Vorgeschichte des Pat. ist noch nachzuholen, dass er, wie ich von seiner Schwester erfuhr, als Knabe von 12 Jahren mit dem Hinterkopf aufs Eis gefallen ist; danach habe er Alles vergessen, was er bis dahin gelernt hatte, und musste wieder von vorn anfangen.

Im Alter von ca. 40 Jahren hat er nach den Angaben seiner Frau 2 Anfälle gehabt, die darin bestanden, dass Pat. für ca. 1/4 Stunde das Bewusstsein verlor, steif wurde, Schaum vor dem Munde und eine schnarchende und prustende Respiration hatte.

Im Alter von 54 Jahren acquirierte Pat. Lues.

Am 23. Jan. 1903 habe ich den Pat. wiedergesehn. Nachdem ich ihn am 2. Sept. 1901 aus meiner Behandlung entlassen habe, hat er noch 2 Anfälle von Bewusstlosigkeit gehabt, den einen im Sept. 1901, den zweiten im Winter 1901—1902; jetzt ist Pat. seit ca. 1 Jahr frei von Anfällen geblieben. Das Rauchen hat er, wie er mir sagt, vollkommen aufgegeben, den Alcoholconsum eingeschränkt. Der Husten ist wieder auf das Niveau zurückgegangen, das er vor der Exacerbation im August 1901 gehabt hat.

Es fragt sich: sind ähnliche Fälle von plötzlich eintretender Bewusstlosigkeit im Anschluss an Hustenparoxysmen in der Literatur bekannt und wie sind sie zu deuten.

Was die erste Frage anbetrifft, so ergab es sich, dass in der Tat eine ganze Reihe sehr ähnlicher Krankengeschichten mitgeteilt worden ist, die erste von Charcot im Jahre 1876 unter dem Namen vertige laryngé; leider ist mir die Arbeit nicht im Original zugänglich gewesen; die Bezeichnung vertige laryngé hatte Charcot gewählt, weil er ein Analogon des Menièreschen Ohrschwindels vor sich zu haben glaubte; da aber ein wirklicher Schwindel in den meisten Fällen gar nicht vorhanden ist (auch bei meinem Pat. nicht), so ist heutzutage die Bezeichnung Ictus laryngis gebräuchlicher geworden. Garel und Collet [1]) haben im Jahre 1894 eine sehr eingehende Arbeit über diesen Gegenstand veröffentlicht, unter Mitteilung von 23 neuen Beobachtungen; sie sagen über den in Rede stehenden Syptomencomplex Folgendes:

„Nach unseren persönlichen Beobachtungen können wir folgendes Schema des Ictus laryngis aufstellen:

Ein Mann von 40—50 Jahren, der keine nennenswerten Störungen von Seiten des Nervensystems aufweist, aber schon einige Gichtanfälle gehabt hat und meistenteils an einer leichten chronischen Affection der Luftwege leidet, spürt im Larynx ein Stechen, welches einen Hustenanfall auslöst. Sofort congestioniert sich sein Gesicht, und er fällt bewusstlos zu Boden, oder, wenn er sitzt, sinkt sein Kopf auf seine Brust. Die Züge sind ruhig, die Glieder geschmeidig, in anderen Fällen durch einige Stösse geschüttelt, Zungenbiss oder Urinabgang sind nicht vorhanden. Nach Verlauf einiger Secunden erhebt er sich, blass, mit der Erinnerung, gehustet zu haben, aber ohne Verständnis für die Bestürzung seiner Umgebung; lachend über die Unruhe, die er verursacht hat, nimmt er seine unterbrochene Beschäftigung wieder auf, und der Rest des Tages vergeht ohne Zwischenfall".

In deutschen Publicationen wird dem chronischen Alcoholismus und dem übermässigen Rauchen eine Rolle für das Zustandekommen der Anfälle zugeschrieben, wofür auch mein Fall als weitere Stütze dienen kann. Dagegen fehlt hier, wiederum in Uebereinstimmung mit meinem Fall, die in französischen Publicationen für die Aetiologie so vieler Krankheiten verantwortlich gemachte gichtische Diathese.

Als weitere Ergänzung der von Garel und Collet gegebenen Schilderung führe ich noch an, dass gelegentlich auch ein Anfall von Ictus laryngis einen tödlichen Ausgang nehmen kann, was Garel und Collet noch nicht bekannt war, da erst 2 Jahre nach dem Erscheinen ihrer Publication Schadewaldt [2]) einen solchen Fall mitteilte.

Ferner hebe ich hervor, dass der Name „Ictus laryngis insofern auch nicht ganz zutreffend ist, als der den Anfall hervorrufende Husten keineswegs immer durch eine Larynxerkrankung verursacht zu sein braucht; es gibt eine ganze Reihe von Krankengeschichten, in denen der Kehlkopf ausdrücklich als normal bezeichnet wird, und wo Bronchialkatarrhe, Lungenspitzenkatarrh etc. Ursache des Hustens sind.

In einem Punkte weicht mein Fall von den meisten übrigen ab: das Stechen, Brennen oder Kitzeln im Kehlkopf, das dem zur Bewusstlosigkeit führenden Hustenanfall sonst meist vorausgeht, fehlte bei meinem Patienten; ich habe ihn wiederholt danach gefragt, aber immer eine verneinende Antwort erhalten. Ich erwähne dieses, weil dem genannten Symptom eine gewisse Bedeutung beigelegt wird, und es auch bei der Erklärung der Erscheinungen eine Rolle spielt.

In Berücksichtigung der Bemerkungen über die Nationalität der vom Ictus Befallenen in der Arbeit von Kurz (s. weiter unten) sei hier angeführt, dass mein Pat. der deutschen Nationalität angehörte.

Fragen wir nun: wie kommt der ganze Symptomencomplex des Ictus laryngis zustande, so können wir zunächst an eine rein mechanische Beeinflussung der Circulationsverhältnisse im Gehirn durch die Hustenstösse denken.

Wir wissen aus der Physiologie, dass schon bei der normalen, ruhigen, Exspiration, infolge der exspiratorischen Druckerhöhung im Thorax, eine Stauung des Blutes in den venae cavae und deren Zuflussgebieten stattfindet. Beim Husten ist der Druck im Thoraxraum infolge der verstärkten Exspiration bei gleichzeitiger Verengerung der Stimmritze noch beträchtlich mehr erhöht als bei der gewöhnlichen Exspiration, und bei stärkeren Hustenstössen sehen wir deutlich die venöse Stauung im Gesicht des Hustenden.

Aber nicht nur auf die Venen übt die exspiratorische Druckerhöhung im Thorax ihre Wirkung aus, sondern auch auf die Arterien. Beim Beginn der Exspiration wird das innerhalb des Thorax befindliche Blut mit verstärkter Kraft in die Aorta und deren Verzweigungen getrieben, und der Druck im Körperarteriensystem steigt; das ist aber nur eine schnell vorübergehende Erscheinung; wie die Beobachtung am Kymographen zeigt, geht die Drucksteigerung sehr schnell in eine Drucksenkung über; dieses Sinken des Blutdruckes ist so zu erklären, dass das Herz, welches während der Exspiration weniger Blut aus den Körpervenen erhält, auch weniger Blut in die Aorta treiben kann, sobald nämlich der anfänglich im Thoraxraum noch vorhandene Vorrat erschöpft ist.

Es ist naheliegend, durch die auf diese Weise veränderte Circulation, speciell die Circulation im Gehirn, die Ictuserscheinungen zu erklären. Lassen wir das erste, kaum eine Secunde dauernde Stadium, in welchem der arterielle Blutdruck erhöht ist und das Blut sich in den Venen zu stauen beginnt, ausser Acht und fassen nur das zweite länger dauernde Stadium ins Auge, in welchem der arterielle Druck vermindert, der venöse gesteigert ist, so ist es klar, dass die Blutcirculation notwendigerweise in diesem Stadium verlangsamt und der Gasaustausch behindert sein muss. Dieser behinderte Gasaustausch ist ein Moment, welches sehr wohl zur Erklärung der Erscheinungen des Ictus herangezogen

[1]) Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. Paris. 1894. p. 1203.

[2]) Fränkels Archiv für Lar. u. Rhin. V. 1896.

werden kann, wenn man bedenkt, dass man durch Zufuhr sauerstoffarmen Blutes zum Gehirn Convulsionen (sogenannte anämische Krämpfe) und durch Zufuhr mit Kohlensäure überladenen Blutes Bewusstlosigkeit herbeiführen kann.

Ob ausser der Verlangsamung der Circulation vielleicht auch vermehrter Hirndruck als erklärendes Moment zulässig ist, lasse ich dahingestellt sein.

Wie man sich aber auch den Zusammenhang zwischen der Circulationsstörung und dem Symptomenbild des Ictus laryngis denken mag, so viel ist sicher, dass eine forcierte Exspiration Bewusstlosigkeit und Convulsionen hervorrufen kann, und zwar wissen wir dieses aus dem bekannten Weberschen Versuch, der von mehreren Autoren zur Erklärung des Ictus laryngis herangezogen worden ist.

Ed. Weber stellte bekanntlich an sich selbst Versuche darüber an, welche zeigen sollten, dass man durch starke Exspiration bei geschlossener Stimmritze den Arterienpuls zum Verschwinden bringen könne.

„Einmal", sagt Weber, „als ich die Zusammendrückung der Brust unabsichtlich etwas länger als gewöhnlich, gewiss aber noch keine Minute, fortgesetzt hatte, wurde ich ohnmächtig. Während dieses bewusstlosen Zustandes waren von den Umstehenden in meinem Gesicht schwache convulsivische Bewegungen bemerkt worden" [3]).

Wir haben hier also ganz dieselben Erscheinungen, wie beim Ictus: Bewusstlosigkeit und Convulsionen. Dass dieselben mit der Circulationsstörung, die sich in dem Aufhören des Pulses äussert, im Zusammenhang stehen, daran ist wohl nicht zu zweifeln, und wenn diese Circulationsstörung allgemein in rein mechanischer Weise durch Erhöhung des intrathoracischen Druckes erklärt wird, so muss man dieselbe Entstehungsweise auch für *den Ictus* laryngis gelten lassen.

Wir müssen aber bedenken, dass die Druckerhöhung innerhalb des Thorax selbst bei den stärksten Hustenparoxysmen schwerlich so gross ist, wie bei den Versuchen, die Weber anstellte; der letztere schloss seine Stimmritze vollkommen, beim Husten ist dieselbe nur verengt; bei Weber traten die Bewusstlosigkeit und die Convulsionen nur einmal auf, als Weber die forcierte Exspiration nahezu eine Minute lang fortgesetzt hatte, während die Ictuskranken oft schon nach den ersten Hustenstössen zu Boden stürzen; wir sind auch ganz gewohnt z. B. bei Keuchhustenkranken Kindern sehr viel heftigere Hustenparoxysmen auftreten zu sehn, ohne dass es zum Bewusstseinsverlust kommt; wenn also die Ictuskranken schon auf verhältnismässig geringe Druckerhöhungen im Thorax mit dem Verlust des Bewusstseins reagieren, so sind wir gezwungen, bei ihnen eine besondere Prädisposition anzunehmen. Ziehen wir in Erwägung, dass fast ausschliesslich Männer höheren Alters vom Ictus befallen werden und dass Alcoholismus und Gicht eine Rolle in der Aetiologie dieser Krankheit spielen, so liegt es nahe, dieses prädisponierende Moment in der Arteriosclerose zu suchen; aber auch diese Annahme erklärt nicht Alles, denn bei der Häufigkeit einerseits der Arteriosclerose, andererseits von Katarrhen mit heftigem Reizhusten müsste dann der Ictus laryngis eine sehr viel häufigere Erscheinung sein als er es tatsächlich ist.

Auch der Umstand, dass bei demselben Individuum nicht jeder gleichstarke Hustenausbruch zum Ictus führt, sondern dass bisweilen ein stärkerer Hustenstoss erfolglos bleibt, während ein anderes Mal ein schwächerer Bewusstlosigkeit zur Folge hat [4]), spricht dafür, dass eine in ihrer Intensität wechselnde Disposition anzunehmen ist; eine solche wechselnde Disposition kann aber nicht gleichbedeutend sein mit dem stationären oder langsam progressiven Zustand der Arteriosclerose. Am nächsten zu liegen scheint mir die Annahme, dass wir es hier mit einer krankhaften Erregbarkeit irgend welcher nervöser Apparate zu tun haben, und dass diese Erregbarkeit in ähnlicher Weise wie etwa bei der Epilepsie oder beim Stickhusten wächst, je längere Zeit seit einem Anfall verflossen ist, während sie am geringsten ist, wenn die aufgespeicherte Spannung durch einen mit einer elektrischen Entladung vergleichbaren Anfall sich soeben ausgeglichen hat.

Der eben von mir auseinandergesetzten Theorie, wonach der Ictus laryngis zustande kommen soll durch die rein mechanisch bedingte Circulationsstörung im Gehirn bei gleichzeitig vorhandener Prädisposition, steht eine Reflextheorie gegenüber; schon Charcot erklärt in seiner ersten Veröffentlichung den Ictus durch Vagusreizung vom Larynx her, und die meisten Autoren, welche später über den Ictus geschrieben haben, acceptieren diese Reflextheorie, indem sie teils annehmen, dass direct von der gereizten Larynxschleimhaut her ein Reflex auf die Hirnrinde stattfindet, teils dass zunächst reflectorisch die Circulation alteriert wird und dass durch Vermittelung der letzteren der Sitz des Bewusstseins beeinflusst wird. Als Beweis für die Möglichkeit einer Beeinflussung des Sensoriums durch einen Reflex vom Kehlkopf her führt Schadewaldt [5]) an, „dass das plötzliche Eindringen von Fremdkörpern" (desgleichen auch Larynxätzungen) „in den Kehlkopf durch blossen Nervenreiz Bewusstlosigkeit und selbst den Tod herbeiführen kann".

Für sich allein ist aber die Reflextheorie ebenso wenig imstande, den Ictus zu erklären, wie die mechanische Theorie. Weder der beim Ictus lar. meist vorhandene Katarrh der Respirationsschleimhaut als solcher, noch die Hustenstösse als solche sind imstande, einen so heftigen Reiz darzustellen, dass dieser bei einem sonst gesunden Menschen Anfälle von Ictus auslösen könnte, denn wir sehen oft genug viel intensivere Katarrhe, viel heftigere Hustenstösse, ohne dass Bewusstlosigkeit eintritt. Wir sind vielmehr auch bei Annahme der Reflextheorie genötigt, zu einer unbekannten Disposition unsere Zuflucht zu nehmen. Nach dieser Richtung sind also beide Theorien gleichwertig. Es ist aber eine Krankengeschichte bekannt, welche sich schwer durch die Reflextheorie erklären lässt; dieselbe, von Kurz [6]) mitgeteilt, bezieht sich auf einen Pat., welcher schon einige Ictusanfälle beim Husten gehabt hatte und welcher dann ein Mal beim Ausblasen des Lichtes, ohne Husten, seinen Anfall bekam. Hier kann offenbar von einem Reiz auf die Respirationsschleimhaut, der den Reflex auslösen könnte, nicht die Rede sein, dagegen ist der Fall durch die mechanische Theorie sehr gut zu erklären, da die kräftige Exspiration bei verengter Mundöffnung, die wir beim Blasen anwenden, ebenso gut eine Druckerhöhung im Thorax mit allen ihren weiteren Consequenzen zustande bringen kann, wie ein Hustenstoss.

Es liegt mir aber fern, auf Grund dieses einzig dastehenden Falles die ganze Reflextheorie verwerfen zu wollen; ich kann dieses um so weniger tun, als man die Möglichkeit zugeben muss, dass ein Teil der Ictusfälle mechanisch, ein anderer Teil durch Reflex erklärt werden muss [7]). Sehr wahrscheinlich ist mir diese doppelte Entstehungsweise des Ictus bei der grossen sympto-

---

[3]) Ed. Weber, Ber. d. sächs. Gesellsch. d. Wiss., math.-phys. Kl. 1850 (citiert nach Tigerstedt, Phys. des Kreislaufs. 1893.

[4]) Schadewaldt, Fränkels Archiv für Lar. u. Rhin. V, 1896, S. 254.

[5]) l. c.. S. 252 u. 253.

[6]) Deutsche med. Wochenschr. 1893. S. 472.

[7]) cf. Garel und Collet l. c. S. 1246.

matischen Uebereinstimmung aller hierhergehörigen Fälle allerdings nicht.

Garel und Collet sagen: «Cette théorie (d. h. die mechanische), par contre explique mal les faits, où l'ictus survient très rapidement, après deux ou trois secousses de toux, après un seul quelquefois.

Il est difficile d'admettre que ces quelques secousses modifient suffisament la circulation cardiaque pour provoquer la syncope. Il est fort propable que, dans ces cas, l'irritation du laryngé supérieur se réfléchit directement sur le centre modérateur du coeur et que celui-ci est troublé dans son fonctionnement, non mécaniquement, mais par voie nerveuse. La pâleur de la face, présentée par un certain nombre des malades, parle dans ce sens; mais nous considérons la rapidité de la chute et la brièveté de la quinte de toux comme un argument suffisant».

Zieht man aber in Erwägung, dass man, wie ich oben ausgeführt habe, ohne die Annahme einer in ihrer Stärke wechselnden Disposition überhaupt nicht auskommt, so ist es klar, dass bei hochgradiger Disposition schon ein geringer Reiz, also hier ein kurzer Hustenstoss genügen kann, um den Ictusanfall auszulösen, während bei geringer Disposition der Anfall erst nach einer längeren Reihe von Hustenstössen eintritt.

Und auch die Blässe des Gesichts spricht nicht gegen die mechanische Theorie. Die Aufeinanderfolge der Erscheinungen beim Ictus scheint folgende zu sein: zuerst erfolgt der Hustenparoxysmus, infolgedessen Cyanose und Bewusstlosigkeit, sobald die letztere eingetreten ist, hört der Husten auf (dies war wenigstens in den beiden von mir beobachteten Anfällen so), infolgedessen kehrt auch das Bewusstsein sehr bald wieder, und die Cyanose geht in Blässe über. Die letztere ist zum Teil dadurch zu erklären, dass der Hustenanfall nicht nur venöse Stauung, sondern (abgesehen von einem kurzdauernden Stadium arterieller Hyperämie) auch arterielle Anämie zur Folge hat. Zum anderen Teil ist die Blässe wohl auch als Erschöpfungserscheinung nach dem Anfall zu erklären.

Der Uebergang der anfänglichen Hyperämie in die nachfolgende Blässe des Gesichts wird in fast der Hälfte der Krankengeschichten von Garel und Collet beschrieben (Beobachtung 2, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 18, 20). Wenn einige Krankengeschichten nur von gerötetem, andere nur von blassem Gesicht zu berichten wissen, so liegt das vermutlich daran, dass die Augenzeugen, die ja meist Laien sind, auf die Gesichtsfarbe in dem einen der beiden Stadien nicht geachtet haben oder dass sie den Kranken überhaupt nur im einen der beiden Stadien gesehen haben.

Von Aerzten beobachtete Fälle gibt es meines Wissens nur 4, nämlich:

1. Ein Fall von Charcot: [8]) hier wird über die Gesichtsfarbe nichts angegeben.

2. Der Fall von Kurz; [9]) Kurz gibt an, dass die Gesichtsfarbe seines Patienten blass gewesen sei, und stützt darauf seine Theorie, wonach es sich beim Ictus laryngis um eine einfache Ohnmacht, d. h. um eine reflectorisch entstandene Hirnanämie handeln soll. Kurz hat aber den Beginn des Anfalls gar nicht gesehen, sondern ist erst später hinzugekommen.

3. Der Fall von Schadewaldt; [10]) bei Beschreibung des Anfalls heisst es hier: «das Antlitz verfärbte sich bläulich»; von einer nachfolgenden Blässe ist nicht die Rede.

4. Mein Fall. Ich habe 2 Anfälle bei meinem Patienten beobachtet. Das erste mal war die Beleuchtung zu ungünstig, um etwas Bestimmtes über die Gesichtsfarbe aussagen zu können (ich liess gerade behufs laryngoskopischer Untersuchung das Zimmer verdunkeln). Das zweite mal war eine sehr ausgesprochene Cyanose vorhanden; eine besondere Blässe nach Schwinden der Cyanose ist mir nicht aufgefallen.

[8]) Leçons du mardi, Paris 1892, tome I, S. 192. Dieser Fall wird weder von Garel und Collet, noch von Schadewaldt, welche sonst die Literatur ausführlich angeben, citiert und überall dort übersehen, wo von den vom Arzt selbst beobachteten Ictusfällen die Rede ist.

[9]) Lipothymia laryngea. Deutsche med. Wochenschr. 1893.

[10]) Fränkels Archiv für Lar. u. Rhin. 1896.

Es gibt somit keinen Fall, von dem man behaupten kann, dass die Gesichtsfarbe von Anfang an blass gewesen ist, und somit steht von dieser Seite der mechanischen Theorie nichts im Wege.

Auf eine Erscheinung, die bei meinem Pat. auftrat und welche sonst beim Ictus lar. nicht beobachtet worden ist, will ich noch etwas eingehen, das sind die Blutungen unter den Conjunctiven in den äusseren Gehörgang und aus den Respirationswegen.

Derartige Blutungen sind uns vom Stickhusten her genügsam bekannt, und es ist nicht auffallend, dass sie gelegentlich auch bei einem beliebigen anderen stärkeren Husten auftreten.

Ausser beim Husten treten ähnliche Blutungen auch bei starken Traumen auf, die den Thorax oder das Abdomen treffen. In einer im Jahre 1901 in der „Deutschen med. Wochenschrift" erschienenen Arbeit, auf welche Herr Dr. Hampeln mich aufmerksam zu machen die Liebenswürdigkeit gehabt hat, stellt Hoppe in Köln eine Reihe derartiger Fälle aus der Literatur zusammen und fügt eine eigene Beobachtung hinzu, wo die Blutungen durch einen forcierten Brechact zustande gekommen waren. Auch Herr Dr. Jansen hat am 9. März 1877 hier in unserer Gesellschaft „über das Auftreten kleiner Blutergüsse in die Haut des Kopfes und Halses nach heftiger Quetschung des Unterleibes bei einem 21-jährigen Mann" berichtet.

Das gemeinsame Moment bei allen diesen Vorgängen: beim Husten, Erbrechen, bei starker äusserer auf den Brustkorb wirkender Gewalt ist die Erhöhung des Thoraxbinnendruckes, und auch bei der Quetschung des Abdomens wird durch Empordrängen des Zwerchfells dieselbe Wirkung erzielt. Die weitere Folge dieser Druckerhöhung ist dann, wie oben ausgeführt, Blutdruckerhöhung in den Körpervenen, anfängliche Druckerhöhung mit nachfolgender Blutdrucksenkung im Aortensystem. Im ersten dieser beiden Stadien, wo durch die meist plötzliche Thoraxcompression das Blut mit ziemlicher Gewalt sowohl in die Körpervenen als auch in die Körperarterien getrieben wird, wo also der Blutdruck in den Körpercapillaren von 2 Seiten her eine plötzliche Erhöhung erfährt, ist ein Bersten der Capillaren infolge der Druckerhöhung allein sehr wohl verständlich, und gewöhnlich erklärt man auch die Blutungen in dieser mechanischen Weise. Daneben hat man auch hier wieder eine nervöse Entstehung angenommen, die mir indess wenig plausibel erscheint.

In Kürze möchte ich noch auf die Beziehungen des Ictus laryngis zu einigen anderen Krankheiten eingehen.

Ein Teil der Autoren hat den Ictus laryngis als eine epileptische Erscheinung auffassen wollen, und man muss zugestehn, dass die plötzlich eintretende Bewusstlosigkeit und die etwa in der Hälfte aller Krankengeschichten notierten Convulsionen dem einzelnen Anfall grosse Aehnlichkeit mit einem unvollständigen epileptischen Anfall geben. Die Mehrzahl der Autoren hat aber trotzdem gegen die Zuzählung des Ictus zur Epilepsie Stellung genommen und zu Gunsten ihrer Auffassung angeführt:

1. Das vorgerückte Alter, in welchem der Ictus fast ausschiesslich auftritt.

2. Das Fehlen der Erschöpfung nach den Anfällen.

3. Das Fehlen sonstiger epileptischer Erscheinungen bei der übergrossen Mehrzahl der Ictuskranken.

Eine endgiltige Entscheidung dieser ganzen Frage wird sich wohl erst ermöglichen lassen, wenn man imstande sein wird, eine präcisere Definition für die Epilepsie zu geben als das heute möglich ist. Jedenfalls bietet das Gros der Fälle von Ictus laryngis ein so gut abgegrenztes Krankheitsbild dar, dass selbst dann, wenn man es der Epilepsie subsummieren sollte, es immer eine

besondere Gruppe innerhalb der zur Epilepsie gehörigen Krankheitsbilder ausmachen würde.

Die Erklärung für das Zustandekommen der Anfälle würde durch die Zuzählung zur Epilepsie nicht tangiert werden. Man hätte in diesem Falle nur statt des Begriffs der unbekannten Disposition den Begriff des epileptischen Krankheitszustandes in die oben von mir gegebene Erklärung einzuführen, während man sich die Auslösung des einzelnen Anfalls in der angegebenen Weise mechanisch oder reflectorisch zustande gekommen denken muss.

Eine zweite hier zu erwähnende Krankheit ist die Tabes. Charcot sagt, [11]) der Ictus sei eine der Formen, welche die tabetische Larynxkrise annehmen könne. Doch kommt nach Charcot der Ictus auch unabhängig von der Tabes vor. Ich habe meinen Kranken wiederholt auf das Vorhandensein tabetischer Erscheinungen geprüft, jedoch mit negativem Resultat.

Drittens wäre des Keuchhustens zu gedenken. Das „Ziehen", das sich bei meinem Patienten wiederholt beim Husten gezeigt hat, und die Ekchymosen unter den Conjunctiven erweckten in mir sofort den Verdacht, es könne sich um Pertussis handeln, die ja bei alten Leuten bekanntlich oft in atypischer Form auftritt; ich wurde in meinem Verdacht noch bestärkt als ich in Stickers Abhandlung über den Stickhusten [12]) folgende auf genannte Krankheit sich beziehenden Worte Heberdens citiert fand:

„Erwachsene, wenn sie vom Anfall überwältigt werden, stürzen im Augenblick, wie betäubt zu Boden, auf der Stelle aber kommen sie wieder zu sich".

Sticker knüpft hieran die Frage: „Ist das die erste Beobachtung des Ictus laryngis?"

Ich meine, man könnte auch umgekehrt fragen: ist nicht bei manchen Patienten der Ictus laryngis auf Stickhusten zurückzuführen?

Zwar bei meinem Patienten kann ich für diese Diagnose ausser dem Ziehen nichts anführen; unter den Personen, mit welchen Pat. in Berührung gekommen war, liessen sich keine Fälle von Stickhusten nachweisen, aber unter den Krankengeschichten, welche Garel und Collet mitteilen, betrifft eine [13]) einen Herren, dessen Husten als stickhustenartig bezeichnet wird und dessen Tochter gleichzeitig an Stickhusten litt.

Es ist ja auch a priori sehr wahrscheinlich, dass gleich jedem anderen Husten auch die Stickhustenanfälle bei disponierten Individuen zum Ictus führen können.

Ich hätte es nicht gewagt, m. H., Ihre Aufmerksamkeit so lange für einen Symptomencomplex in Anspruch zu nehmen, welchen Sie vielleicht für überaus selten halten, wenn nicht die Mitteilungen sowohl von Garel und Collet als auch diejenigen von Schadewaldt und von Störk [14]) mich davon überzeugt hätten, dass diese Seltenheit keine so extreme ist, wie es den Anschein hat. Garel und Collet haben unter ihrer Clientel durch systematisches Befragen der Patienten in 6 Jahren 21 Fälle von Ictus laryngis auffinden können und Störk sagt, seine Patienten hätten ihm wiederholt erzählt, dass sie bei Hustenstössen bewusstlos würden und sogar umgefallen wären, er habe aber diese Angaben „nicht schwer geachtet".

Wenn also trotz der von mehreren Autoren behaupteten relativen Häufigkeit der Ictus laryngis eine wenig bekannte Erscheinung ist, so wird es wohl zum Teil daran liegen, dass der Arzt, soweit er nicht zufällig aus der Literatur über das Vorhandensein des in Rede stehenden Kranheitsbildes unterrichtet ist, den Angaben des Pat. kein grosses Gewicht beilegt, sie vielleicht für übertrieben hält, selbst aber nur äusserst selten Gelegenheit haben wird, einen Anfall zu beobachten. Dass ich das Glück gehabt habe, 2 Anfälle selbst zu sehn, hat darin seinen Grund, dass bei meinem Patienten die Anfälle gehäuft auftraten, während sie bei den meisten anderen Patienten bei Weitem seltener, oft nur vereinzelt im Laufe mehrerer Jahre vorkommen.

Ich habe mit der Veröffentlichung vorstehenden Vortrages gewartet, um auch über das weitere Schicksal des Pat. berichten zu können.

Es sind jetzt fast 9 Jahre her, seit ich Pat. aus meiner Behandlung entlassen habe; weitere Anfälle haben sich bei ihm nicht gezeigt, trotzdem dass Pat. dazwischen wohl an Husten gelitten hat. Dieser Umstand, dass die Anfälle sich beim Pat. nur in einer bestimmten Periode seines Lebens gezeigt haben, spricht dafür, dass damals etwas Besonderes vorgelegen haben muss. Ich glaube, dass dieses Besondere wohl Stickhusten gewesen sein wird. Abgesehen von den charakteristischen Blutungen spricht auch die Dauer des Processes dafür. Pat. hat 4 Wochen lang an den Anfällen gelitten, also etwa so lange, wie das Höhestadium einer Pertussis anhält. In den darauf folgenden Monaten hat er noch 2 vereinzelte Anfälle gehabt, was ganz mit der Erfahrung übereinstimmt, dass auch beim Stickhusten nach Abschluss der eigentlichen Krankheitsperiode gelegentlich wieder nach geringfügigen Anlässen sich typische Anfälle einstellen.

Das der Stickhusten bei Erwachsenen oft eine ungewöhnliche Erscheinungsform annimmt, ist bekannt. Ausser Heberden führe ich noch Liebermeister an, derselbe sagt: [15]) „Wenn Erwachsene an Keuchhusten leiden, so sind die charakteristischen krampfhaften Erscheinungen oft so wenig ausgebildet, dass die Krankheit verkannt und für einen gewöhnlichen, sehr heftigen Katarrh gehalten wird. Zwar können die Hustenanfälle ebenso heftig sein, es kann dabei zu Erbrechen, zu Cyanose des Gesichts, zu Blutungen und Ekchymosen kommen, nur fehlt gewöhnlich bei der Inspiration zwischen den Hustenstössen das laute Keuchen und Pfeifen oder ist nur andeutungsweise vorhanden."

Andererseits gibt es auch Fälle, wo die krampfhaften Erscheinungen in verstärktem Masse vorhanden sind. Ich selbst habe Stickhusten bei einer ca 25-jährigen Dame beobachtet, welcher mit sehr intensiven Stimmritzenkrämpfen verlief, wie ich es bei Kindern nie gesehen habe.

Eine dritte Art der Abweichung sehen wir bei denjenigen Fällen von Ictus, welche ätiologisch dem Stickhusten angehören. Hier treten statt der krampfhaften Erscheinungen von Seiten der Stimmbänder andersartige nervöse Erscheinungen auf.

Mit Rücksicht auf Charcots oben angeführte Ansicht erwähne ich noch, dass eine Tabes sich beim Pat. nicht entwickelt hat.

Referate.

Prof. Dr. Meissen. Die spec. Diagnostik und Therapie der Tuberculose. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. Nr. 10. 1910.

Der hervorragende Leiter des Sanatoriums in Hohenhonnef und eifrige Anhänger des constitutionellen Factors bei der Pathogenese der Schwindsucht hat in seinem Vortrage ein klares Bild gegeben über den gegenwärtigen Stand

[11]) Leçons du mardi, T. I. 1892. S. 192.
[12]) Nothnagel, Spec. Path. u. Ther. IV. 1896. S. 39.
[13]) l. c. S. 1238. obs. XXII.
[14]) Nothnagel, Spec. Path. u. Ther. XIII, 2. 1897. S. 296.
[15]) Vorlesungen über spec. Path. und Ther. IV. Bd. 1891. S. 229.

der Tuberculosefrage, dessen Hauptsätze hier wiedergegeben werden sollen.

Der Begriff Infection allein genügt nicht zu einem wirklich befriedigenden Verständnis der Entstehung und des Verlaufs der Schwindsucht. Es gibt wohl Formen, die einer gewöhnlichen Infectionskrankheit entsprechen, es gibt aber weit mehr Formen, die einer solchen recht wenig gleichen, die viel mehr an das Dahinwelken und Eingehen von Pflanzen erinnern, die von schlechtem Samen stammen oder auf ungeeignetem Boden wachsen. Bei allen Infectionskrankheiten kommt es nicht allein auf die Wirkung des Krankheitserregers an, sondern ebenso auf die Gegenwehr des befallenen Wesens, Pflanze, Tier oder Mensch. Der lebende Organismus verhält sich nicht als blosses Substrat wie der tote Nährboden im Glaskolben, den wir mit einem pathogenen Pilze geimpft haben, sondern er setzt seine organischen Kräfte denen des Krankheitserregers entgegen. Der Mensch ist für den Kampf mit mikroskopischen Feinden ausgerüstet und «angepasst». Er wehrt sich und ist im allgemeinen der Stärkere. Wäre dem nicht so, so müsste das Menschengeschlecht längst durch irgend eine Seuche ausgerottet sein. Bei keiner Infectionskrankheit nun sehen wir die Bedeutung der organischen Widerstandskraft so deutlich hervortreten wie bei der Schwindsucht. Bei ihrer Entstehung und in ihrem Verlaufe spielen die Verhältnisse der Abstammung und des Körperbaues, des Alters und des Berufs, der Lebensweise und Lebensgewohnheiten eine so ausgeprägte Rolle, dass es begreiflich erscheint, wenn man früher hier die Wurzeln, die spec. Ursache des Leidens vor sich zu haben glaubte. Bei der Schwindsucht haben wir das eigentümliche Verhältnis, dass eine zur Erkrankung führende Ansteckung gerade da, wo wir sie am ehesten erwarten müssten: bei Aerzten und Pflegern, in der Ehe, in Curorten und Anstalten, fast nur ausnahmsweise vorkommt, und zwar ohne dass man besondere Vorsicht in der Vermeidung der Infection als ausreichenden Grund anführen könnte. Wenn wir nun andererseits aus den Sectionsbefunden wissen, dass auch die nicht an Tuberculose gestorbenen, sogar die gesunden Menschen die Anfänge oder Reste tuberculöser Infection in sich tragen, so muss eine Erklärung versucht werden. Diese kann nur darin gefunden werden, dass der Mensch zwar nicht imstande ist, die Invasion des Tuberkelbacillus zu verhindern, dass aber seine organische Widerstandskraft ausreicht, die Infection zunächst unwirksam zu machen oder latent zu halten, und dass erst der «constitutionelle Factor», über den Ausbruch der Erkrankung entscheidet. Hierin liegt ein Ausgleich der älteren mit den neueren Vorstellungen über das Wesen der Tuberculose.

Es gibt somit für die Bekämpfung der Tuberculose zwei Angriffsrichtungen: directe Vernichtung des Erregers und Einwirkung auf den Organismus in dem Sinne, dass er den Erreger überwindet. Ein Mittel, den Tuberkelbacillus im Organismus zu töten, besitzen wir bis heute nicht. Das, was wir gewöhnlich unter specifischer Therapie der Tuberculose verstehen, die Anwendung des Tuberculins und verwandter Stoffe, wirkt genau so erst mittelbar auf den Krankheitserreger wie das, was wir Allgemeinbehandlung der Tuberculose nach hygienisch diätetischen Grundsätzen nennen. Wir suchen den Organismus gegen die Giftwirkung des Erregers zu festigen, die Bildung von Antitoxinen, Schutzstoffen u. s. w. kräftiger anzuregen als es im natürlichen Verlaufe der Krankheit geschieht, womöglich solche Stoffe künstlich und direct einzuführen. Praktisch kommt es darauf an, welche Methode das Ziel nicht nur verspricht, sondern auch erreicht. Jedenfalls hat das ältere Verfahren anerkannte Erfolge aufzuweisen.

Von alters her hat man dem Klima grossen Einfluss auf die Schwindsucht zugesprochen, dem Süden und dem Hochgebirge. Allein nicht der Wechsel des klimatischen «Milieu» ist das Wesentliche, sondern der Wechsel des hygienischen «Milieu», das Verlassen ungesunder Verhältnisse und Umgebung. Nicht der Ort, wo man lebt, sondern die Art, wie man lebt, entscheidet über den Verlauf der Erkrankung. Kein Klima der Welt vermag den «constitutionellen Factor» des Menschen, das Product aus Abstammung und Umgebung, nach unseren Wünschen umzugestalten, und ebenso ist der Erreger der Tuberculose vom Klima unabhängig.

Deshalb steht es auch mit der klimatischen Verbreitung der Tuberculose anders als man wohl annimmt. Nicht das sonnige Italien, nicht das Hochgebirgsland wie die Schweiz, haben die geringste Tuberculosesterblichkeit, sondern ein Land, dessen Klima wir als wenig erfreulich zu bezeichnen pflegen, nämlich Grossbritanien; und zwar ist von seinen drei Teilen England, das neblige und rauchige Industrieland, allen anderen Ländern voran. England hat weniger als die Hälfte der Tuberculose-Sterblichkeit Frankreichs, dessen Klima wir gewiss als besser ansehen. Auch Italien hat eine wesentlich höhere Tbc-Mortalität als England. Deutschland hat eine mittelhohe Tuberculose-Sterblichkeit. Ost- und Westpreussen haben nur wenig mehr als die Hälfte der Sterblichkeit von Oberbayern, das doch ein Hochgebirgsland ist, oder der badischen Bezirke Constanz, Freiburg und Karlsruhe, die fast den ganzen Schwarzwald umfassen.

Das Klima kann unmöglich einen entscheidenden oder gar specifischen Einfluss auf den Verlauf der Schwindsucht ausüben; wir sehen das klinische Bild der Schwindsucht in allen Breiten und Höhen, überall in der Welt bleibt es das gleiche. Es gibt eine «immune Zone», aber sie liegt in uns, sie liegt überall da, wo es den Menschen gelingt, sich das Maass von organischer Widerstandskraft zu schaffen und zu erhalten, das den Ausbruch der Schwindsucht zu verhindern vermag. «Nicht früh genug, nicht lange genug» das muss die Losung sein bei der Behandlung, wo die Grundgedanken des hygienisch-diätetischen Heilverfahrens consequent durchgeführt werden.

Keines der bisher angegebenen Tuberculine hat eine erwiesene specifisch heilende Wirkung. Wenn vielleicht in diesen Mitteln, namentlich im Alttuberculin vielleicht doch eine Heilkraft steckt, so kann sie nur in der schon vorhandenen entzündlichen Reizwirkung auf die Umgebung der tub. Herde bestehen.

Von der spec. Diagnostik durch Tuberculin, sollte mehr Gebrauch gemacht werden als es bisher der Fall ist. Zu den gewöhnlichen diagnostischen und differentialdiagnostischen Zwecken empfiehlt sich die gleichzeitige Vornahme der cutanen und der conjunctivalen Reaction.

Jedem Leser, der ein objectives Bild über vorliegende Fragen in der Pathogenese der Schwindsucht wieder einmal haben will, ist die Lectüre des Vortrags von Prof. Meissen sehr zu empfehlen.

Dr. S. Unterberger.

Van Buren Knott: The management of the appendix stump. — The Journal of the Americ. Medic. Assoc. Nr. 1. 1910.

In der Bestrebung, die Versorgung des Stumpfes des Wurmfortsatzes bei der Appendectomie nach Möglichkeit zu vereinfachen, geht Verfasser so weit, dass er den Appendix ligiert, ihn abträgt und den Stumpf gründlich mit reiner Carbolsäure cauterisiert, ein weiteres Einstülpen oder Uebernähen ist dann nicht mehr notwendig. Dieses vereinfachte Verfahren hat Verf. in vielen hunderten von Fällen mit Erfolg angewandt und nie Complicationen gesehen.

William I. Mayo: Principles underlying surgery of the spleen with a report of ten splenectomies. — Journ. of the Americ. Med. Assoc. Nr. 1. 1910.

Der bekannte amerikanische Chirurg, der ältere von den bekannten Brüdern Mayo, behandelt zuerst Fragen über die innere Secretion der Milz und deren bluterzeugende Function, sowie die verschiedenen Arten der Vergrösserung der Milz. Dann werden Operationsmethoden erwähnt, und es folgt ein Bericht der eigenen Fälle. Verf. verfügt über 13 Fälle, davon waren 10 Splenectomien und 3 conservative Operationen an der Milz. Von den 10 Milzexstirpationen genasen 9, 1 starb, dieser Fall betraf eine Bautische Erkrankung. In den 9 geheilten Fällen handelte es sich 1 mal um ein grosses Lymphosarcom, 1—Tuberculose der Milz, 4—lienale Anämie, 1—Banti, 2—Splenomegalie unbekannten Ursprungs. Die 3 conservativen Operationen an der Milz wurden vorgenommen: 1 mal wegen Schussverletzung, 1 mal wegen beweglicher Milz und 1 mal wegen Milzabscess nach Typhus.

W. Schaack.

Bourlier: Salolchloroform zur Behandlung infectiöser Wunden und zur Sterilisation von Laminariastiften. Pharm. Zentralh. 1910. H. 9. Seite 173.

Salolchloroform wird erhalten durch Mischen gleicher Raummengen Salol und Chloroform als sirupdicke Flüssigkeit. Beim Auftropfen von etwa 30 Tropfen auf die Wunde verdunstet das Chloroform in etwa zwei Minuten. Die Wunde bleibt dann mit einem feinen Staube von Salol bedeckt, der antiseptisch wirkt.

Laminariastifte, welche durch Eintauchen in Salolchloroform antiseptisch gemacht worden waren, zeigten nach 4 Tagen in Bouillonculturen keine Spur von Bakterienwachstum, so dass der Verfasser das Salolchloroform wegen seiner Geruchlosigkeit und stärker desinficierenden Wirkung dem Jodoformäther vorzieht.

Ed. Lezenius.

Bücherbesprechungen.

Prof. A. Wölfler und Prof. V. Lieblein. Die Fremdkörper des Magen-Darmcanals des Menschen. Mit 10 Abbildungen im Text. 402 Seiten. Deutsche Chirurgie. Lieferung 46 b. Verlag von Ferdinand Enke. 1909.

In gleicher Vollständigkeit, wie im vorliegenden Werk, sind die Fremdkörper des Magens und Darms bisher nicht bearbeitet worden. Das ganze grosse, in casuistischen Mitteilungen und grösseren Arbeiten in der Weltliteratur niedergesetzte Material ist von den Verfassern mit bewunderns-wertem Fleiss gesammelt, gruppiert und wissenschaftlich bearbeitet worden. Das Literaturverzeichniss allein umfasst 34 Seiten. Der einleitende allgemeine Teil behandelt die Eingangspforten, das Schicksal der Fremdkörper, die Veränderungen des Verdauungstractus, die klinischen Erscheinungen, Diagnose, Prognose, nichtoperative und operative Behandlung. Der specielle Teil zerfällt in folgende Abschnitte: 1. Fremdkörper durch den Mund eingeführt. 2. Fremdkörper im Organismus oder Darm selbst gebildet. 3. Vom Mastdarm eingeführte und in höhere Dickdarmabschnitte eingewanderte Fremdkörper. 4. Fremdkörper durch traumatische oder pathologische Perforationen in den Magendarmcanal gelangt. 5. Fremde Körper im Bruchdarm und im Meckelschen Divertikel. 6. Lebende Fremdkörper (tierische Parasiten). 7. Kottumoren.

Auf Einzelheiten einzugehen ist überflüssig. Wer sich über Fremdkörper des Intestinaltractus orientieren will, für den ist das vorliegende Buch unentbehrlich; es macht aber auch anderweitige Literaturstudien fast überflüssig.

Wanach.

P. Th. Müller: Technik der serodiagnostischen Methoden. Dritte Auflage. Mit 7 Abbildungen im Text. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1910. Preis Mk. 2.

Das Erscheinen des kleinen Buches in dritter Auflage beweist, dass es einem bestehenden Bedürfnis entspricht. Es greift nach ihm naturgemäss nur derjenige, der in der Serodiagnostik mitarbeiten will, sei es, dass er ihrer für klinisch-praktische Zwecke bedarf, sei es, dass er wissenschaftlich auf dem Gebiete tätig sein will.

Die neue Auflage bringt auch die neuen Methoden und neue Reactionen, die sich Bürgerrecht errungen haben.

Ucke.

Carl Lewin: Die bösartigen Geschwülste. — Vom Standpunkt der experimentellen Geschwulstforschung dargestellt. Mit einer farbigen Tafel und 57 Abbildungen im Text. Bibliothek medicinischer Monographien. Bd. VII. Leipzig. 1909. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. Preis Mk. 11.

Zwar besitzen wir bereits eine ganze Anzahl von Werken, in denen die Geschwulstlehre unter den jeweiligen Gesichtswinkeln der betreffenden Autoren dargestellt sind, doch sind darin bisher die Tatsachen der experimentellen Geschwulstforschung an Tieren gar nicht oder so gut wie nicht berücksichtigt. Es ist daher als grosser Vorzug des vorliegenden Werkes anzusehen, dass der Verf. nach Einführung in das Thema über die Verbreitung der bösartigen Geschwülste in der Natur überhaupt spricht und dann auf die bei Tieren beobachteten genauer eingeht. Die Zusammenfassung der Ergebnisse der experimentellen Geschwulstforschung der letzten Zeit muss jedem Arzt willkommen sein, der in den modernen Anschauungen der Geschwulstlehre auf dem Laufenden sein will.

Wenn diese Capitel das Werk von den andern zur Zeit besonders auszeichnen, so muss auch von den übrigen Capiteln gesagt werden, dass der Verf. der Aufgabe, dem Leser in leicht verständlicher und knapper Form einen Ueberblick über das ganze Gebiet der Lehre von den malignen Tumoren zu geben, gerecht wird. Wir finden da die sämtlichen Theorien der Geschwulstentstehung mit gleichzeitiger Kritik derselben, wir finden im speciellen Teil eine ausführliche Beschreibung der bösartigen Geschwülste.

Ucke.

H. Schridde: Die ortsfremden Epithelgewebe des Menschen. Untersuchungen und Betrachtungen. Mit 21 Figuren im Text. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1909. Preis Mk. 1,60.

In dieser kleinen Schrift bringt der Verf. weitere Beiträge zu der bei seinen früheren Untersuchungen über die Entwickelung des Oesophagusepithels behandelten Fragen der Metaplasielehre. Er schliesst aus der eigentlichen Metaplasie die formale Accomodation und die Prosoplasie aus, unter der er die Weiterbildung des ortsdominierenden Merkmales über die ortsgehörige Differenzierungszone hinaus versteht. Wir müssen uns versagen, hier auf die vielfach richtigen und zum mindesten für die Frage klärend wirkenden Gedanken und Ausführungen über die Heteroplasie der Epithelgewebe, die das Hauptthema des Buches ausmachen, einzugehen, da sie sich nicht in Kürze wiedergeben lassen. Zum Schluss wird auch die Geschwulstlehre mit in den Kreis der Betrachtungen gezogen, da für sie diese Fragen von besonderer Bedeutung sind.

Ucke.

---

9. Congress Russischer Chirurgen in Moskau vom 19.—24. December 1909.

(Fortsetzung der Sitzung vom 20. December).

24) A. N. Popow (Libau): Künstliche Blutleere der unteren Hälfte des Körpers nach Momburg.

Vortrag. hat die Momburgsche Methode 5 mal angewandt: 1 mal bei einem Gesunden experimentandi causa, 1 mal bei amputatio femoris, 1 mal bei exarticulatio und 2 mal bei Sequestrotomie wegen Osteomyelitis. 2 mal wurde nach der Operation Durchfall beobachtet, 1 mal musste der Schlauch nach 5 Minuten entfernt werden, weil der Puls schwand. Im Allgemeinen befriedigte die Methode. Die einzige Gefahr ist Störung der Herztätigkeit.

A. B. Arapow (Saratow) hat auch die Methode bei 5 Fällen angewandt. 4 — waren Eisenbahnverletzungen, 1 — Krebs des Rectums. Zuerst hatte A. die Methode an sich selbst versucht und sie als schmerzhaft empfunden.

Oschmann (Moskau) hat vor 5 Jahren auch eine Methode zur künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte angewandt: bei starker Blutung aus der a. iliac. ext. wurde die Aorta abdomin. comprimiert durch eine improvisierte Pelotte, bestehend aus viel Watte und Handtüchern, die mit 3 Esmarchschen Binden auf die Wirbelsäule gedrückt wurden, die Binden wurden um den Operationstisch geführt. Die Blutung stand, der Pat. genas. O. hält diese Methode für besser als die von Momburg angegebene.

Prof. Spisharnyi (Moskau): Welche Indication war für Anwendung dieser Methode vorhanden? Vielleicht konnte der Blutverlust durch andere, einfachere Mittel verhindert werden? S. meint auch, dass die Methode von Oschmann in manchen Fällen vorzuziehen sei.

Petrow (Petersburg): Die Momburgsche Methode ist in vielen Fällen notwendig, doch ist sie nicht ungefährlich. Bei Krankheiten des Herzens und der Gefässe ist Collaps möglich. Diese Methode muss daher nur in dringenden Fällen benutzt werden.

H. P. Grawirowski (Petersburg) teilt mit, dass die Momburgsche Blutleere mit Erfolg 8 mal im gynäkologischen Institut von Prof. D. O. Ott angewandt wurde. Complicationen wurden nicht beobachtet. Wichtige Contraindicationen sind: Herzfehler, Arteriosclerose, Ulcera und Tumoren des Darmes.

Minz (Moskau) teilt auch 1 Fall mit, bei dem er die Momburgsche Blutleere benutzt hat. Die Operation, eine hohe Oberschenkelamputation, verlief vollkommen blutleer, die 50-jährige Patientin bekam wohl zu Anfang einen leichten Collaps, von dem sie sich aber erholte.

N. I. Napalkow (Moskau) hat bei einer Oberschenkelexarticulation wegen Sarcom diese Blutleere mit Erfolg angewandt.

25) L. I. Malinowski (Winniza, Podolien): Zur Frage der Behandlung von Typhusperforationen.

Es ist merkwürdig, dass in Russland, wo Typhusepidemien gerade sehr häufig sind, die Operation wegen Perforation selten ausgeführt wird. Bis jetzt sind nur mitgeteilt die Fälle von Prof. A. A. Kadjan, aus dem Bakuschen Krankenhaus und 2 einzelne Beobachtungen. Die Statistik A. A. Kadjans kommt zu traurigen Schlüssen. M. hat im vorigen Sommer mit gutem Erfolg 2 Typhusperforationen zugenäht. Die Besonderheiten der Fälle waren: frühe Ausführung der Operation, im ersten Falle nach 8, im 2. — nach 6 Stunden nach der Perforation. Es war keine Hyperämie des Peritoneums vorhanden; der Inhalt der Bauchhöhle war trübe serös. Im ersten Falle war die Perforationsöffnung 50 Ctm. vom Coecum entfernt und betrug 1,5 Ctm. im Durchschnitt; im 2. — war der Durchschnitt 0,5 Ctm., die Oeffnung war 6 Ctm. vom Coecum entfernt. Die Perforation trat ein: im ersten Falle am 16. Tage, im 2. Falle am 23. Tage der Erkrankung. In beiden Fällen war der Typhus ein leichter. Vortrag. meint, dass bei einer gewissen Gruppierung der Erscheinungen, wie bei den citier-

ten Fällen, die Prognose der Peritonitiden nach Typhusperforation günstiger sind.

Prof. H. F. Zeidler (Petersburg) beglückwünscht den Vortrag. mit dem guten Erfolg bei den 2 Fällen, kann sich aber mit den daraus gezogenen Schlüssen nicht einverstanden erklären: erstens, wird in Russland oft wegen Typhusperforation operiert. Die Zahl dieser Operationen allein im Obuchow-Krankenhaus zu St. Petersburg ist 60—70. Weiter ist es nicht richtig, die typhösen Peritonitiden, im Vergleich zu Bauchfellentzündungen anderen Ursprungs, als leichtere hinzustellen. Gerade das Umgekehrte ist richtig: die typhösen Bauchfellentzündungen sind die schwersten, das zeigt schon ihre hohe Mortalität c. 90 pCt. Dem Charakter nach entspricht diese Peritonitis jeder anderen perforativen Peritonitis, nur verläuft sie bei einem Typhuskranken bedeutend schwerer.

A. B. Arapow schliesst sich vollkommen der Meinung Prof. Zeidlers an.

(Sitzung vom 21. December).

26) N. I. Napalkow (Moskau): Zum Andenken an Prof. P. I. Diakonow. Vortrag. widmet dem vor 1 Jahr verstorbenen Chef der Moskauer chirurgischen Universitätsklinik Prof. P. I. Diakonow beredte und warme Worte, in ihm hat die russische Chirurgie einen grossen Arbeiter im besten Sinne dieses Wortes verloren.

Auf Vorschlag von Prof. S. P. Fedorow wurde das Andenken des Verstorbenen von der Versammlung durch Erheben von den Plätzen geehrt.

27) Prof. S. P. Fedorow (Petersburg): Zur Chirurgie der Gallenwege. Im Verlauf von 5 Jahren sind vom Vortrag. 84 Operationen in den Gallenwegen ausgeführt; 12 davon endeten tödlich: 5 davon gingen an Blutung zu Grunde, 5 — an putrider Allgemeininfection und 2 — an Herzschwäche. Die Cholecystostomie ist keine gefährliche Operation, und die mit ihr erzielten Resultate sind sehr befriedigend. Die sehr geringe Mortalität bei der Cholecystostomie steigt aber sehr bei der Cholecystectomie und beträgt bei der letzteren Operation beinah 70 pCt. Die Verbreitung der Eiterung von der Gallenblase auf den Choledochus ist sehr unerwünscht, diese Complication gibt eine schlechte Prognose. Nichtcomplicierte Cholecystitiden müssen conservativ behandelt werden, aber bei langandauerndem Verschluss des Choledochus, bei chron. Hydrops und Empyem der Gallenblase muss operiert werden. Wenn der Cysticus inficiert ist, muss er drainiert werden.

28) W. W. Alexandrow (Petersburg): Zur Frage der Hepato-cholangio-enterostomie. Wenn es nicht möglich ist, eine Cholecystenterostomie im Bereiche der Gallenblase und der Gallenwege auszuführen, wird vorgeschlagen, die Gallengänge in der Lebersubstanz selbst zu eröffnen und hierher die Dünndarmschlinge heranzuziehen zur Ausführung der Anastomose. Bis jetzt sind 7 solcher Operationen beschrieben worden; der Fall von Prof. S. P. Fedorow ist der achte. Von den 8 Fällen starben 5 nach der Operation, und in 3 Fällen war kurzdauernde Besserung zu verzeichnen. Die Patientin von Prof. F. litt an Gallensteinen, Hepatoptose und schwerem Icterus. Es wurde die Cholecystectomie gemacht und drainiert. Zuerst ging es der Pat. besser, dann trat Verschlimmerung ein. Bei der 2 Operation wurden starke Verwachsungen vorgefunden, deshalb wurde die Hepato-cholangio-enterostomie ausgeführt. Zuerst trat Besserung ein, Galle wurde in den Darm abgesondert, doch nach 2 Monaten erfolgte der Exitus infolge von Angiocholitis. (Das Präparat wurde demonstriert).

Prof. A. W. Martynow (Moskau) ist auf Grund von 20 eigenen Operationen mit Prof. Fedorow einverstanden, dass nach Cholecystostomie vollständige Genesung möglich ist.

Prof. J. P. Aleksinskij (Moskau) verfügt über ein operatives Material von 40 Fällen an den Gallenwegen. Der Tod trat in 6 Fällen ein — in 4 infolge von Blutung, in 1 — Urämie und in 1 — Peritonitis perforativa. Ein zuverlässiges Mittel gegen die Blutung ist milchsaures Calcium (0,3, 3—4 mal täglich). In Russland wird im Vergleich zum Westen Europas diese Operation noch selten und nur in den schwersten Fällen ausgeführt, daher die hohe Mortalitätsziffer. Die Cholecystostomie ist eine sehr rationelle Operation.

Minz (Moskau) meint, dass eine Regeneration der Gallenblase möglich sei. M. führt einen hierher gehörigen Fall an. Im Ganzen hat M. 7 mal an den Gallenwegen operiert.

F. J. Bereskin (Moskau) sah dauernde Heilung nach der sogen. idealen Cholecystostomie. Die Gallenblase wurde nach Entfernung des Steines vernäht. der Pat. genas. B. hat 40 Operationen der Gallenwege ausgeführt.

Prof. W. A. Oppel und Priv.-Doc. A. B. Arapow sprachen sich gegen die Hepato-cholangio-enterostomie aus.

S. J. Spassokukozkij (Saratow) sprach sich auf Grund von 24 Operationen an den Gallenwegen für die Cholecystostomie aus.

29) N. N. Boljarskij (Petersburg): Die Leberwunden und die Bedeutung der isolierten Netzplastik zur Stillung der Leberblutung.

Die Arbeit zerfällt in 2 Teile, einen klinischen und einen experimentellen. Das klinische Material stammt aus der chirurgischen Abteilung des Obuchowschen Männerkrankenhauses zu St. Petersburg von Prof. H. F. Zeidler, seit 7 Jahren (1903—1909) und beträgt 65 Verletzungen der Leber; 5 — sind Fälle des Vortragenden.

In den 7 Jahren wurden überhaupt 5100 grosse Operationen ausgeführt, davon kommen auf Leberverletzungen 1,28 pCt.; auf 800 Laparotomien — 6,4 pCt. wegen Leberverletzung; auf 280 Laparotomien wegen Verletzungen der Bauchorgane kommen auf die Leber — 18,8 pCt. und auf 170 Thoracotomien wegen in die Brusthöhle penetrierender Wunden — 10 pCt. Die Mortalität bei reinen, nicht durch andere Verletzungen complicierten Stich- und Schnittwunden der Leber beträgt 17,8 pCt.; bei anderen Autoren ist die Sterblichkeit = 30 bis 60 pCt. Die Behandlung in allen 65 Fällen war eine operative. In 16 Fällen ging der Weg zur Leber durch die Pleurahöhle und das Zwerchfell, in 49 — durch die Bauchwand. Die geringste Mortalität (15 pCt.) gaben die Fälle, wo der Eingriff 2—3 Stunden nach der Verletzung vorgenommen wurde, die grösste — nach 14—24 Stunden (83 pCt.). Zur Stillung der Leberblutung wurde in 4 Fällen Naht mit Tamponade angewandt, in 56 — Tamponade und in 5 — Plastik mit isoliertem Netz nach Loewy. Die letzte Methode ist Gegenstand des experimentellen Teils der Arbeit. Die Versuche sind im Institut für Experimentalmedicin gemacht, — 30 Versuche: 10 an Hunden, 8 an Katzen und 12 an Kaninchen. Schlüsse: 1) Die Verletzungen der Leber sind häufiger als man es nach alten Statistiken berechnet hat, was dadurch erklärt wird, dass heutzutage jede penetrierende Wunde des Abdomens und des Thorax schon an sich eine Indication zur Laparotomie oder zur Thoracotomie bildet, und zwar zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken; es bleiben daher weniger Fälle nicht erkannt. 2) Bei solcher weiten Indicationsstellung zum operativen Eingriff fällt die Sterblichkeit erheblich: im Obuchow-Krankenhaus ist sie jetzt 17,8 pCt. (vor 8 Jahren betrug sie 38 pCt.), dagegen ist bei subcutanen Leberverletzungen die Mortalität immer noch sehr hoch (80—100 pCt.), was durch die Schwere des Traumas (Shock) bedingt ist. 3) Die Mortalität ist um so geringer, je früher operiert wird. 4) Die klinische Erfahrung und die experimentellen, systematischen Beobachtungen an Tieren zeigen, dass in der isolierten Netzplastik die Chirurgie ein machtvolles Mittel gegen Leberblutungen besitzt. 5) Bei der Netzplastik ist es möglich, die Laparotomiewunde öfter ganz zu schliessen, ohne eine Nachblutung zu fürchten, dadurch wird die Dauer der Heilung ums 3-fache verkürzt.

Prof. H. F. Zeidler (Petersburg): Früher griffen wir immer zur Tamponade; die Heilung ging dabei sehr langsam vor sich, es kam zur Gallenabsonderung und zu Eiterungen. Das Verfahren mit dem Netz, also mit lebendem Gewebe zu tamponieren, gibt ausgezeichnete Resultate und muss bei allen Leberverletzungen angewandt werden.

W. N. Rosanow (Moskau): in 10 schweren Fällen legte ich tiefe Nähte an, die Blutung stand sofort, die Kranken genasen, in einem Falle war die Leberwunde 12 cm. tief. Meistens sind diese Kranken so schwach, dass man nicht eine den Eingriff verlängernde Operation — Netzplastik — ausführen sollte.

N. N. Terebinskij (Moskau) fragt den Vortrag., ob jedes Netz für Plastik sich eignet und ob das Fett bei vollen Patienten nicht störend ist.

Boljarskij: die Netzplastik verlängert die Operation nicht, da sie nur 1—2 Min. in Anspruch nimmt. Ein fettiges Netz bildet keine Contraindication. Bei penetrierenden Leberwunden wird das Netz durch die ganze Dicke der Leber geführt.

Nach diesem Vortrage wurden von N. J. Namenow (St. Petersburg) Röntgenogramme von Patienten aus dem Peter-Pauls-Hospital gezeigt: 1 mit 3 Harnleitern und 1 mit einem Divertikel des Oesophagus.

E. Hesse.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 16. (29.) Juni feierte der Chefarzt des Weiblichen Obuchowhospitals, Dr. W. Kernig im engen Kreise seiner nächsten Angehörigen und einiger Freunde seinen 70. Geburtstag. Da Dr. Kernig sich eine öffentliche Feier verbeten hatte, so war leider allen seinen zahlreichen Verehrern die Möglichkeit genommen, ihre Glückwünsche zu diesem Tage persönlich darzubringen. Nur der

deutsche Verein St. Petersburger Aerzte hatte seinen Präsidenten, Vicepräsidenten und geschäftlichen Secretär als Delegierte entsandt, um den Jubilar zu beglückwünschen. Wir bringen dem Jubilar unseren herzlichsten Glückwunsch und geben der Hoffnung Ausdruck, dass es ihm noch lange vergönnt sein möge, an dem Hospital, an dem seine ganze ärztliche Laufbahn sich abgespielt hat, zu wirken, zum Wohle der Kranken und zum Nutzen der Aerzte, die unter Dr. Kernigs Leitung in wissenschaftlicher und ethischer Beziehung immer viel lernen konnten. Trotz des ungeheuren Krankenmaterials, der höchst mangelhaften äussern Verhältnisse im Hospital und der Ueberbürdung mit Arbeit, lernte der junge Arzt bei Dr. Kernig jeden Krankheitsfall nach streng wissenschaftlichen Methoden inbezug auf Diagnose und Therapie zu behandeln, und wenn es Dr. Kernig leider auch nur kurze Zeit vergönnt war, als klinischer Hochschul-Lehrer tätig zu sein, so hat er es doch verstanden, sogar im primitiven Stadthospital Schule zu machen und eine Reihe von Aerzten heranzubilden, die darauf stolz sind, zu seinen Schülern zu zählen.

— Wie wir aus einer Mitteilung der Deutschen Medicinischen Wochenschrift erfahren, vollendeten sich am 3. (16.) Juni 25 Jahre, seitdem Dr. B. Spatz die Münchener Medicinische Wochenschrift als Redacteur leitet. Indem wir es bedauern, dass diese Nachricht uns so spät erreicht hat, bringen wir dem Jubilar nachträglich unseren herzlichsten Glückwunsch entgegen und sprechen die Hoffnung aus, dass der um die Hebung der Münchener Medicinischen Wochenschrift hochverdiente Redacteur, unter dessen Leitung sie zu einem Weltblatt geworden, ihr noch lange erhalten bleibe.

— Die Russische Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden wird einen eigenen Pavillon besitzen, der nach dem Entwurf des Akademikers der Architektur W. Pokrowskij erbaut werden soll. Die Reichsduma hat hierzu 20000 Rbl. bewilligt.

— Der 2. Congress Russischer Therapeuten findet in St. Petersburg Ende December 1910 statt. Folgende Programmfragen sind aufgestellt. 1. Die Pathogenese und Therapie der Basedowschen Krankheit. 2. Diagnostik der Krankheiten des Pankreas. 3. Die Differentialdiagnose zwischen Typhus und Paratyphus-Erkrankungen. 4. Die Neurosen des Darms. 5. Die Neurasthenie. Die Anmeldung von Vorträgen muss bis zum 1. November erfolgen, die Vorträge müssen nicht später als am 15. November eingesandt werden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 5 Rubel. Vorsitzender des Organisationscommitees ist Prof. W. Ssirotinin, Cassierer — Dr. H. Jawein, Schriftführer — K. Willanen (Nishegorodskaja 31) und G. Makarow (Bolschaja Selenina 17).

— Die alljährlich stattfindende Tuberculose-Conferenz in Edinburgh findet in diesem Jahre vom 5. bis zum 7. Juli n. St. statt. Viele Einladungen sind erfolgt, und aus America sind zahlreiche Zusagen zugegangen. In Russland hat Dr. S. Unterberger eine Aufforderung erhalten.

— Die Stadtverwaltung von Tiflis hat in der Reichsbank 100000 Rbl. deponiert, die zur Errichtung einer Kaukasischen Universität bestimmt sind.

— Hochschulnachrichten.

St. Petersburg. Der Professor der Physiologie I. Pawlow ist nach Ausdienung der gesetzlichen Frist von der Conferenz der Militär-Medicinischen Akademie auf weitere 5 Jahre zum Professor gewählt und diese Wahl ist vom Kriegsminister bestätigt worden.

Berlin. Prof. Dr. Goldscheider ist als Nachfolger Prof. Senators zum Director des Medicinisch-Poliklinischen Instituts ernannt.

Heidelberg. Als Nachfolger von Prof. Narath ist Prof. Wilms-Basel ernannt, als Nachfolger von Prof. Leber — Prof. Wagenmann-Jena.

— Vorläufiges Programm der Studienreise B des deutschen Centralcomitees, welche in Stuttgart am 31. August beginnt und am 18. September in Freiburg i. B. endet. Das Comitee behält sich Aenderungen im Programm jederzeit vor. Am 31. August findet in Stuttgart die Eröffnungssitzung der Studienreise statt. An diese Sitzung schliesst sich Führung und Besichtigung durch Krankenhäuser und Wohlfahrtseinrichtungen von Stuttgart. Officieller Beginn der Reise am 1. September a. c., früh ab Stuttgart. Programm. Donnerstag, den 1. September 7 Uhr früh: Abfahrt Stuttgart. 11 Uhr vorm.: Ankunft Friedrichshafen (2 Std. Aufenthalt), event. Besuch der Zeppelin Luftschiffsbaugesellschaft. Von Friedrichshafen über Lindau und Rohrschach nach Ragaz. 3—4 Uhr nachm. Ankunft Ragaz. 5 Uhr nachm.: Führung und Besichtigung der Bäder, des Zanderinstituts usw. 6 Uhr nachm.: Wissenschaftl. Sitzung im Curhaus, Vortrag Dr. Jäger: «Ragaz und seine Quellen». Projectionsvortrag Dr. Haslebacher: «Ragaz und seine Umgebung». Freitag, den 2. September 8 Uhr früh: Spaziergang, mit der Drahtseilbahn nach dem Wartenstein und über die Naturbrücke nach Bad Pfäfers (1 Std.). Besichtigung der Quellen in der Taminaschlucht, zurück nach Ragaz. 1 Uhr nachm.: Von Ragaz über Chur nach Reichenau. Von Reichenau nach Flims (Wagenfahrt ca. 2 Std.) 4 Uhr nachm.: Ankunft Flims, Gang in die Quartiere, Besichtigung. Sonnabend, den 3. September 8 Uhr früh: Von Flims über Reichenau (1 Std. Wagen) nach Thusis. Via Mala und zurück nach Thusis. 2 Uhr nachm.: Von Thusis nach Filisur. Von Filisur nach Davos. 4 Uhr nachm.: Ankunft Davos. 6 Uhr nachm.: Vortrag des Herrn Dr. Philippi: «Ueber die Indicationen des Curortes Davos». 7 Uhr nachm.: Promenadenkonzert. Sonntag, den 4. September Vorm.: Fahrt mit Extrazug nach Station Wolfgang zum Besuch der Deutschen Heilstätte, Rückkehr nach Davos-Platz. Nachm.: Gruppenweise Besichtigung des Curortes. Montag, den 5. September 8 Uhr früh: Von Davos über Fluelapass nach Vulpera (Wagen Davos-Vulpera 7 Std.). 4 Uhr nachm.: Ankunft Vulpera, Besichtigung. Vortrag Dr. Leva, Dr. Lardelli (Val Sinestra). Dienstag, den 6. September Tarasp und Schuls. Berichtigung. Wagenfahrt nach Val Sinestra und zurück. Mittwoch, den 7. September Wagenfahrt nach St. Moritz (7 Std.). 1 Uhr: Aufenthalt in Zuoz, Besichtigung von Zuoz und des hochalpinen Lyceums «Engiadina». 4 Uhr nachm.: Ankunft in St. Moritz Bad, Wohnung Curhaus für alle Teilnehmer. 7 Uhr: Abend im Curhaus. Donnerstag, den 8. September St. Moritz. 9 Uhr vorm.: Wissenschaftl. Sitzung. 10½ Uhr vorm.: Besichtigung der St. Maurizius und Paracelsus-Quellen im Curhaus (Führung Dr. Nolda), der Funtauna Surpunt im Stahlbad (Führung Hofrat Dr. Veraguth) und des Schulsanatoriums Belmunt (Führung Dr. v. Planta). 3 Uhr nachm.: Ausflug nach Samaden mit Extrazug, Besichtigung des Kreisspitals (Führung Dr. Ruppanner), Rückkehr 6 Uhr. Freitag, den 9. September Ruhetag, resp. Ausflüge nach Wahl. Vorschläge für die Ausflüge: 9 Uhr vorm.: Nach Muottas Muraigl und Pontresina (Führung Dr. Gredig). 2 Uhr nachm.: Nach Sils-Maria und Maloja (Führung Dr. Hemmi). Folgende Herren haben sich noch erboten, Vorträge in St. Moritz zu halten: Dr. Hössli, Dr. Nolda, Dr. Stäubli, Dr. Veraguth. Sonnabend, den 10. September Abfahrt St. Moritz mit der Berninabahn über Le Prese, Tirano—Colico. Colico, Porlezza über den Comersee nach Menaggi. Von Porlezza über Luganersee nach Lugano. Sonntag, den 11. September Lugano. Ruhetag. Ausflüge nach Wahl. (Monte Salvatore, Monte Generoso, Luganer- und Comersee). Montag, den 12. September Von Lugano mit Dampfer nach Ponte Tresa. Bahnfahrt nach Luino. Ueber den Lago Maggiore. Besuch der Borromeischen Insel nach Stresa. Mit der Simplonbahn nach Montreux. 5—6 Uhr nachm.: Ankunft Montreux. Abends: Empfang durch die Aerzteschaft und den Curvorstand im Cursaal. Dienstag, den 13. September Montreux. 9 Uhr vorm: Ausflug Rochers de Naye (1¼ Std.). 11½ Uhr vorm.: Aufbruch von Rochers de Naye. 1 Uhr nachm.: Ankunft Caux, Palace Hotel. 3 Uhr nachm.: Abfahrt von Caux nach Glion (Extrazug). 4—5 Uhr nachm.: Glion, Hotel Victoria. 5—6 Uhr nachm.: Besuch des Sanatoriums Val Mont. 6 Uhr. nachm.: Abfahrt resp. Spaziergang nach Territet. Nach dem Abendessen Zusammenkunft im Hotel Splendid mit dem deutschen Klub und dem deutschen Hilfsverein. Mittwoch, den 14. September 8—9 Uhr vorm.: Extrazug nach Aigle. 10 Uhr vorm.: Abfahrt von Aigle nach Leysin. (Ankunft 11 Uhr). 11 Uhr vorm: Zusammenkunft im Hotel Montblanc, Vortrag über Leysin. Besichtigung. 1 Uhr nachm.: Mittag im Grand Hotel. 3½ Uhr nachm.: Nach Leysin-Dorf, Besichtigung des Volkssanatoriums und der Klinik von Dr. Rollier. 4½ Uhr nachm.: Abfahrt von Leysin-Dorf. 5½ Uhr nachm.: Ankunft in Aigle. 6 Uhr nachm: Von Aigle nach Montreux-Territet. Abends: Zwanglose Zusammenkunft im Cursaal. Donnerstag, den 15. September 9 Uhr vorm.: Mit Extradampfer nach Bouveret, St. Gingolph, Meillerie, Vevey, Ouchy/Lausanne, Evian-les-Bains. 11 Uhr vorm.: Ankunft in Evian. Besichtigung der Bäder, Quellen, Curanlagen. 4 Uhr nachm.: Von Evian nach Montreux (Extradampfer). Freitag, den 16. September Von Montreux mit der Montreux-Berner-Oberlandbahn über Gstaad und Spiez nach Interlaken. Sonnabend, den 17. September Interlaken. Ausflüge nach Wahl (Giesbach, Lauterbrunnen, Mürren). Sonntag, den 18. September Von Interlaken nach Bern, Basel. Freiburg i. Baden. Schluss der Reise. Der Anmeldung ist eine Einschreibegebühr von 20 Mark beizufügen, die auf den Gesamtbetrag verrechnet wird. Sollte Rücktritt bis zum 1. August erfolgen, so werden Mk. 10.— von der Einschreibegebühr zurückerstattet. Bei Rücktritt nach dem 1. August verfällt die Einschreibegebühr. Da die Teilnehmerzahl infolge zahlreicher und längerer Wagenfahrten an dieser Reise eine begrenzte ist, so werden die Herren Collegen, die an der Studienreise teilzunehmen beabsichtigen, im eigenen Inte-

resse ersucht, ihre Anmeldung möglichst bald bewerkstelligen zu wollen. Der Preis für die Reise: Eisenbahn, Wagenfahrten, Quartier und Verpflegung (exkl. Getränke und Trinkgelder) beträgt 385 Mark. Deutsches Centralcomitee für ärztliche Studienreisen. I. A.: A. Oliven, Generalsecretär.

— St. Petersburg. In das Barackenhospital wurden im Laufe des Januar 28 choleraverdächtige Kranke aufgenommen, im Februar 4 und im Mai — 6. Am 8. Juni wurde in St. Petersburg der erste Cholerafall constatiert. Die Kranke war aus Transkaukasien angekommen und am 7. Juni ins Barackenhospital eingeliefert worden, wo sie am 8. Juni starb. Die Diagnose Cholera wurde pathologisch-anatomisch und bakteriologisch festgestellt. Am 9. und 10. Juni wurden in die Petersburger Stadthospitäler 2 Kranke mit Cholerasymptomen aufgenommen, der eine war aus Tiflis gekommen, der andere aus dem Gouvernement Woronesh. Bei beiden ist die Diagnose «Cholera» durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt.

— In Moskau sind ebenfalls choleraverdächtige Erkrankungen aufgetreten.

— Der Hafen Swatou in China ist von der russischen Pestcommission für pestverseucht erklärt worden.

— Die Hauptverwaltung der Russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes hat 3 Sanitätskolonnen in den Kreis Turuchansk (Gouv. Jenisseisk) zur Bekämpfung der dort herrschenden Pockenepidemie commandiert.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 16. bis zum 22. Mai 1910 645 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 64, Typh. exanth. 3, Febris recurrens 4, Pocken 45, Windpocken 11, Masern 257, Scharlach 83, Diphtherie 83, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 11, an anderen Infectionskrankheiten 84.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 955 + 47 Totgeborene + 45 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 13, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 1, Pocken 12, Masern 84, Scharlach 21, Diphtherie 9, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 40, katarrhalische Pneumonie 122, Erysipelas 13, Influenza 17, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 102, Tuberculose anderer Organe 22, Dysenterie 0, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 51, andere Magen- und Darmerkrankungen 42, Alcoholismus 11, angeborene Schwäche 57, Marasmus senilis 19, andere Todesursachen 297.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 22. Mai 1910 12513. Darunter Typhus abdominalis 352, Typhus exanth. 26, Febris recurrens 9, Scharlach 316, Masern 132, Diphtherie 273, Pocken 203, Windpocken 7, Cholera 0, choleraverdächtige Erkrankungen 3, crupöse Pneumonie 116, Tuberculose 628, Influenza 178, Erysipel 122, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 68, Lepra 1, Syphilis 503, venerische Krankheiten 398, acute Erkrankungen 1968, chronische Krankheiten 1832, chirurgische Krankheiten 1611, Geisteskrankheiten 3365, gynäkologische Krankheiten 235, Krankheiten des Wochenbetts 79, verschiedene andere Krankheiten 77.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 23. bis zum 29. Mai 1910 538 Personen. Darunter an Typh. abdom. 46, Typh. exanth. 8, Febris recurrens 0, Pocken 45, Windpocken 13, Masern 189, Scharlach 71, Diphtherie 69, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 9, an anderen Infectionskrankheiten 88.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 932 + 46 Totgeborene + 58 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 17, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 19, Masern 79, Scharlach 17, Diphtherie 19, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 40, katarrhalische Pneumonie 139, Erysipelas 5, Influenza 5, Pyämie und Septicaemie 9, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 96, Tuberculose anderer Organe 16, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 61, andere Magen- und Darmerkrankungen 43, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 72, Marasmus senilis 39, andere Todesursachen 231.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 29. Mai 12328. Darunter Typhus abdominalis 326, Typhus exanth. 30, Febris recurrens 11, Scharlach 303, Masern 115, Diphtherie 267, Pocken 197, Windpocken 10, Cholera 0, choleraverdächtige Erkrankungen 3, crupöse Pneumonie 107, Tuberculose 600, Influenza 164, Erysipel 124, Keuchhusten 8, Hautkrankheiten 66, Lepra 0, Syphilis 517, venerische Krankheiten 435, acute Erkrankungen 1883, chronische Krankheiten 1806, chirurgische Krankheiten 1617, Geisteskrankheiten 3347, gynäkologische Krankheiten 237, Krankheiten des Wochenbetts 92, verschiedene andere Krankheiten 63.

— Cholera. Britisch-Indien. Vom 1. bis 7. Mai starben in Calcutta 63 Personen an der Cholera.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 1. bis 7. Juni erkrankten in ganz Indien 14471 Personen und starben 13076. — Aegypten. Vom 28. Mai bis 3. Juni erkrankten 76 und starben 28 Personen. — Persien. Die Pestepidemie in Buschir dauert noch fort. — Chile. In Taltal erkrankten vom 1. bis zum 27. April 12 Personen, in Mejillones und Iquique hat die Epidemie an Intensität zugenommen.

— Genickstarre. Preussen. Vom 29. Mai bis zum 4. Juni wurden 12 Erkrankungen und 5 Todesfälle gemeldet.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 29. Mai bis zum 4. Juni wurden 3 Erkrankungen und 2 Todesfälle constatiert. — Oesterreich. In derselben Woche wurden in Steiermark 1 und in Kärnten 2 Erkrankungen constatiert.

— Nekrolog. 1) Am 21. Mai wurde in Kasan Dr. A. Popow in seiner Wohnung gleichzeitig mit seiner Schwester von einem Raubmörder erschlagen. Er war im Jahre 1855 geboren, 1880 approbiert und erfreute sich einer grossen Beliebtheit in Kasan, wo er für einen humanen und pflichtgetreuen Arzt galt. 2) Am 7. Mai starb im Dorf Narussowo (Kreis Jadrinsk, Gouv. Kasan) Dr. A. Stojerossow, geb. 1859, approbiert 1886. 3) Am 2. Juni starb im Gouv. Mogilew am Flecktyphus der Regimentsoberarzt Dr. M. Zywinskij, geb. 1853, approbiert 1878. 4) Am 23. Mai starb in Melenki (Gouv. Wladimir) der Landschaftsarzt Dr. J. Kamnew, geb. 1862, approbiert 1886. 5) Am 30. Mai starb in Wladimir der ordinierende Arzt des Gouvernementslandschaftshospitals Dr. M. Ssinew, geb. 1858, approbiert 1883. 6) In London starb Dr. Elisabeth Blackwell im Alter von 89 Jahren — die erste Frau, die in England den Arztgrad erhalten.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

B. Stiller. Kritische Glossen eines Klinikers zur Radiologie des Magens. Berlin. S. Karger. 1910.
A. Gregor. Leitfaden der experimentalen Psychopathologie. Berlin. S. Karger. 1910.
S. Freud. Ueber Psychoanalyse. Leipzig. F. Deuticke. 1910.
O. Vulpius. Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Leipzig. G. Thieme. 1910.
K. Seitz. Kurzgefasstes Lehrbuch der Kinderheilkunde. Berlin. S. Karger. 1910.
A. Flexner. Medical education in the United States and Canada. New-York. 1910.
R. Jaksch. Die Vergiftungen. Leipzig u. Wien. A. Hölder. 1910.
Küsel. Das Trachom in Ostpreussen. Halle a. S. C. Marhold. 1910.
E. Schultze. Die jugendlichen Verbrecher im gegenwärtigen und zukünftigen Strafrecht. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1910.
Determann. Die Viscosität des menschlichen Blutes. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1910.
L. Hirsch. Die Berufskrankheiten des Auges. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1910.
K. Kurz. Der Radiumvorrat der Natur. München. O. Gmelin. 1910.
O. Burwinkel. Die Gicht. München. O. Gmelin. 1910.
Engel. Die Nierenleiden. München. O. Gmelin. 1910.
O. Grosse. Die Erkrankungen der Harnorgane. München. O. Gmelin. 1910.
V. Pfeifer. Die Heilfactoren Bad Gasteins. Wien und Leipzig. Braumüller. 1910.
F. Hartmann, Biologische Aufgaben des centralen Nervensystems als eine Grundlage der Lehre von den Erkrankungen desselben. Wien und Leipzig. W. Braumüller. 1910.
W. Sternberg. Die Küche in der klassischen Malerei. Stuttgart. F. Enke. 1910.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 6. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Shurn. akusch i shensk. bol. № 1 (Fortsetzung) № 2 u. 3, 1910.

Th. Matwejew: Myomectomie während der Gravidität. Casuistischer Fall.

D. Kedrow: Geburt bei einer Frau mit einer Anomalie des Sexualtractus.

Ein Fall von Vagina septa, Uterus duplex, Graviditas uteri sinistri mit normalem Verlauf.

I. Sudakow: Schwangerschaftserbrechen im späteren Stadium.

Zwei Fälle: in dem einen wurde wegen unstillbaren Erbrechens die künstliche Frühgeburt nach Ablauf von 7 Monaten, in dem anderen der vaginale Kaiserschnitt gemacht, beide Pat. genasen.

A. Gausmann: Stieldrehung bei Ovarialcysten.

Es handelte sich um eine Dermoidcyste, welche keinen Stiel hatte, an der Stelle dieses sah man an der Stelle des einstmaligen Stiels eine narbige Einziehung am Lig. latum. Die Cyste wurde durch Netzadhäsionen ernährt, die 2½ Mal um ihre Achse gedreht waren.

P. Schermann: Die Rolle des Netzes und des Peritoneums bei Anwesenheit von Fremdkörpern in der Bauchhöhle.

Verf. versenkte in die eröffnete Bauchhöhle von Kaninchen Marly, Watte, Kautschuck und kleine Metallstücke. In den verschiedenen Stadien war der Befund ein anderer. Die weichen Fremdkörper wurden von zelligen Elementen durchwachsen, später bildeten sich Bindegewebszellen und der Fremdkörper war von Netz und Peritoneum eingekapselt. Dasselbe ging auch mit den festen Fremdkörpern vor sich, d. h. sie wurden eingekapselt.

M. Wuitsch: Entfernung eines graviden carcinomatösen Uterus.

Bearbeitung mit dem Paquelin der carcinomatösen Portio, dann Exstirpation des 5 Monate schwangeren Uterus von oben. Genesung.

N. Kuschtalow: Die Wirkungen der X-Strahlen auf die Milchdrüse der Hündinnen und Kaninchen.

Anfangs wird Austritt von roten und weissen Blutkörperchen beobachtet, dann treten destructive Processe auf, das Drüsengewebe geht unter, sclerosiert und verwandelt sich in Bindegewebe. Es hängt übrigens viel von der Dauer der Bestrahlung ab.

P. Solowjew: Spirochaeta pallida und die Beziehung derselben zur frühen Unterbrechung der Schwangerschaft.

Verf. beschreibt 21 Fälle von Schwangerschaft compliciert durch Lues. Näheres im Original.

J. Tschuewski: Eröffnungsrede bei Einweihung der Universität in Saratow 1909.

W. Porembski: Primäres Chorioepithelioma der Scheide. Casuistischer Beitrag.

M. Proskurjakowa: Schwangerschaft und Myom. Literarische Uebersicht.

M. Poroschin: Gynäkologie und Urologie.

P. bespricht die bekannten Beziehungen zwischen beiden Gebieten.

L. Litschkuss: Der extraperitoneale Kaiserschnitt in moderner Beleuchtung.

Nach einem literarischen Ueberblick führt L. zwei von ihm operierte Fälle an. Fall I: enges Becken, Litzmannsche Einstellung, Querschnitt nach Pfannenstiel, Längsschnitt des Uterus nach seitlicher Ablösung der gefüllten Blase, Läsion derselben und Naht, schwierige Schädellösung, Naht, Drainage des linken Wundwinkels der Bauchdecken. Einige Tage erhöhte Temp., Blasenfistel, die sich spontan nach einigen Wochen schloss. Genesung. Der zweite Fall ist analog dem ersten, ging in Heilung über.

K. Ulesco-Stroganowa: Retention des abgestorbenen Eies in der Uterushöhle.

Verf. untersuchte 5 Fälle von missed labour, es handelte sich um Retention des Eies 3—6 Monate.

N. Prosorowski: 7 Fälle von Pubiotomie.

Alle 7 Fälle wurden nach Döderlein operiert. In einem Falle wurde mässige, in 2 Fällen starke Blutung verzeichnet, 2 mal kam es zu ausgedehnten Weichteilverletzungen und Einrissen, 4 mal wurde die Zange angelegt und in allen Fällen ein lebendes Kind extrahiert. Beim postoperativen Verlauf wurde in den meisten Fällen Temperaturerhöhung beobachtet, in einem Fall andauerndes hohes Fieber und eine puerperale Endometritis, in einem Fall Sepsis mit Exitus. Als Complicationen wurden ein Hämatom, eine Pneumonia gripposa und die oben beschriebenen ausgedehnten Weichteilverletzungen verzeichnet. Beim 7. Falle handelte es sich um eine wiederholte Pubiotomie mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind, Pat. konnte gut gehen, trotzdem die Vereinigung der Knochenenden beiderseits nur bindegewebiger Natur war.

W. Stroganow: Pubiotomie.

S. berichtet über 13 im geburtshilflich-gynäkologischen Institut ausgeführte Operationen. 12 Pat. genasen, 1 starb an Ileus. Mit Ausnahme eines Falles jedesmal fieberhafter postoperativer Verlauf. Als Complicationen werden angeführt: Lochiometra, Vereiterung der Knochenränder, Hämatoma, spontan sich schliessende Fistel, Eiterung in der Nähe der Wunde, 2 mal vereiterndes Hämatom, Cystitis. Von den Kindern starb nur eines am 4. Tage.

L. Kriwski: Wiederholte Hebosteotomie.

Vor zwei Jahren linksseitige Hebosteotomie, darauf auf der anderen Seite, Conjugata diagonalis sowohl vor, wie nach der ersten Operation 10½ Ctm. Extraction des Kindes mit Zange, asphyctisch, belebt, atonische Blutung, höchste Temp. 37,4, Blasenfistel, die sich spontan schliesst. Genesung. Das Rönt-

genbild zeigt, dass weder rechts noch links sich eine knöcherne Verwachsung findet.

W. Preobrashenski: Ueber Tamponade der Bauchhöhle bei Coeliotomien.

Unter 600 vaginalen und abdominalen Coeliotomien wurde 432 mal die Drainage angewandt. P. teilt diese Fälle in 3 Gruppen ein: 1) bei «reiner unverletzter Bauchhöhle» 126, 2) bei Traumatisierung der Bauchhöhle und bei Anwesenheit mehr weniger grosser secernierender Flächen 256 und 3) bei grossen secernierenden Wundflächen, welche nicht vom Peritoneum bedeckt oder künstlich isoliert sind 50 Fälle. Zur ersten Gruppe gehören Fälle von Uterusexstirpation (118 Fälle), zur zweiten Fälle mit Verwachsungen, capillaren Blutungen etc. Daraus ist zu ersehen, dass von der Tamponade häufig Gebrauch gemacht wurde. Unter 432 Drainierten fieberten 19,6 pCt., subfebrile Temp. hatten 54,8 pCt., ohne Fieber verliefen 25,4 pCt., Mortalität 4,8 pCt. Dem gegenüber lauten die Zahlen der nicht drainierten 168 Fälle: 14,2 pCt.; 30,3 pCt.; 54,1 pCt.; 6,5 pCt. Die Bildung von Infiltraten wurde häufiger bei drainierten Fällen beobachtet.

G. Himmelfarb: Ovarialtumoren und die Complication derselben durch Perforation in Nachbarorgane.

Eine 31-jährige Pat. hatte beiderseits circa faustgrosse wenig bewegliche Tumoren, die als Sactosalpinx diagnosticiert wurden. Pat. verweigerte einen operativen Eingriff. Nach einigen Monaten erkrankte Pat. an localen entzündlichen Erscheinungen (hohe Temp. grosse Schmerzhaftigkeit (Pelviperitonitis) und Hämaturie. Es hatte sich eine Perforation in die Blase gebildet mit Abgang von Detritus, Fettkörnchen etc. Die eine Geschwulst war also ein Dermoid, verwachsen und perforiert in die Blase, die zweite Geschwulst wurde gleichfalls für ein Dermoid gehalten. Die acuten Erscheinungen und die Cystitis vergingen bald. Zehn Monate darauf wurden Gase und dünne Faeces durch die Blase entleert, dabei bestand hohes Fieber pyämischen Charakters. Trotz des grossen Risikos beschloss H. Pat. zu operieren. Starke Verwachsungen zwischen Netz, Blase und Flexura sigmoidea. Das rechtsseitige Dermoid wird aus seinen Verwachsungen gelöst und entfernt. Flexur und Blase waren flächenhaft verwachsen, ebenso das linksseitige Dermoid breit mit der Blase verwachsen, so dass bei der Lösung der Geschwulst ¹/₃ der Blasenwand mitgenommen werden musste. Nun wird der Uterus exstirpiert, mit dem das linksseitige Dermoid verbacken war. Es bleiben noch die Verwachsungen zwischen Geschwulst und Flexur. Bei Lösung dieser Verwachsungen wird der Darm an 3 Stellen angerissen. Die Defecte werden vernäht. H. wollte nicht Darmteile resecieren, weil der Zustand der Kranken ein bedrohlicher war und die Infiltration der Darmwand sehr ausgiebig war. Nach Naht der Darmdefecte wird ein 15 Ctm. langes Netzstück reseciert und auf die vernähten Darmwände angelegt und vernäht, wie ein Flick. Naht der Blasenwand, Tamponade durch die Vagina, Schluss der Bauchhöhle, Operationsdauer 1¹/₂ Stunden. Pat. befand sich anfangs in einem hoffnungslosen Zustand, wurde erst nach 6 Stunden belebt. Als am 8. Tage der Tampon entfernt wurde, zeigen sich auf demselben Faeces, per vaginam floss auch Harn ab, aber nach 2¹/₂ Wochen schloss sich die Darmfistel spontan und nach 3 Wochen ebenso die Harnfistel. Pat. genas und erholte sich vollkommen.

W. Grusdew: Diagnose und Behandlung der Riesentumoren.

In dem einen Fall handelte es sich um eine grosse Ovarialcyste, die bei der Punction 34 Liter Flüssigkeit gab, Bauchumfang 143 Ctm. Erst Punction dann radicale Operation und Genesung. Im zweiten Falle handelte es sich um Myom, Bauchumfang 120 Ctm., supravaginale Amputation, Gewicht 58 ℔. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich myxomatöse Degeneration und Necrose.

L. Litschkuss: Die chirurgische Richtung in der Geburtshilfe.

L. gibt eine Uebersicht über die in letzter Zeit angewandten Operationsmethoden in der Geburtshilfe.

M. Petkewitsch: Ueber einen Fall von Prolaps eines cystös erweiterten Harnleiters durch die Urethra.

Nach dem Heben einer schweren Last zeigte sich bei einer 30-jährigen Pat. folgendes Bild: aus der Urethralöffnung wölbt sich eine pflaumengrosse kugelige dunkelrote Geschwulst von weicher Consistenz vor. Diese wurde reponiert, später Sectio alta. Die Geschwulst erwies sich als ein cystenartiges Gebilde, das aus der gedehnten Ureter- und Blasenwand bestand, die Ursache der Erweiterung lag in einer Stenose des rechten Ureterostium. Operation. Heilung.

W. Sawinow: Ueber Cervicovaginalfisteln.

Im ersten Falle fand man 20 Ctm. über dem äusseren Muttermund auf der hinteren Lippe einen länglichen Defect, grosse Port. vag. Bei der Geburt war der Kopf statt auf natürlichem Wege durch das Loch getreten. Im zweiten Falle bestand 4-monatliche Schwangerschaft, in der rechten Seite der Cervix ein 3 Ctm. langer Riss aus dem ein Stück der unteren Extremität des Fötus herausschaute, Ausräumung. Im dritten Fall lag ein künstlicher Abort vor, auf der hinteren Cervicalwand ein Riss, durch den die Eiteile heraustraten.

A. Bogajewski: Der Pfannenstielsche Querschnitt. Enthält nichts Neues.

M. Kleinmann: Der Pfannenstielsche Querschnitt. Enthält nichts Neues.

E. Gausmann: Der Pfannenstielsche Querschnitt. G. befürwortet diese Operationsmethode.

G. Pissemski: Ueber den Bauchschnitt.

P. bespricht den Schnitt nach Lennander und Pfannenstiel.

H. Thomson: Die conservative und operative Behandlung der Adnexa.

Von 723 Fällen hat T. 84 pCt. conservativ behandelt, 13 pCt. operiert, 3 pCt. verweigerten einen operativen Eingriff. 32 Pat. wurden per abdomen, 13 per vaginam operiert, in 50 Fällen wurde die Incision gemacht (davon 47 vaginal). Drei Todesfälle.

Lingen.

Nervenkrankheiten und Psychiatrie.

Medizinskoje Obosrenje 1909.

N. Eldarow: Ueber die pathologische Anatomie der Spondylose rhizomélique. (Nr. 6).

Nachdem Bechterew 1892 als Erster 3 Fälle von «Starrheit der Wirbelsäule mit ihrer Verkrümmung, als besondere Krankheitsform» beschrieben und Strümpel 1897 einen Fall von completer Ankylose der Wirbelsäule und der Hüftgelenke bei Intactheit der Schulter, wie auch aller übrigen Gelenke publiciert hatte, lieferte P. Marie 1898 unter dem Namen Spondylose rhizomélique eine vorzügliche klinische Bearbeitung zweier Fälle von chronischer Arthritis, bei welchen die Wirbelsäule, die Hüft- und Schultergelenke starr verknöchert waren, während die übrigen Gelenke der Extremitäten gesund waren. Die Kyphose, die Abwesenheit von Knochen- und Gelenkdeformationen, das Fehlen von Sensibilitätsstörungen ergänzten das eigenartige Krankheitsbild. In der Literatur hat Verf. unter der grossen Zahl der publicierten Fälle 12 Fälle mitgesammelt, die zur Section gekommen waren. Das makroskopische Bild der pathologisch-anatomischen Veränderungen ist im Wesentlichen überall das gleiche. Nur in zwei Fällen waren die erkrankten Knochen mikroskopisch untersucht worden und zwar von Reuter und von Siven. Ersterer hält die Erkrankung für einen Verknöcherungsprocess, analog der normalen Knochenbildung aus Knorpel; letzterer hält die Erkrankung für eine «entzündliche Gelenkaffection, welche zur vollen Ossificierung der kleinen Gelenke der Wirbelsäule führt». Verf. hat in der Nervenabteilung Preobrashenskis 11 Fälle beobachtet, in der Privatpraxis 4. Die klinische Bearbeitung aller 15 Fälle hat E. noch nicht abgeschlossen. Ueber einen Fall jedoch, welcher zur Section kam und pathologisch-anatomisch genau untersucht wurde, erstattet er hier Bericht speciell in Bezug auf den mikroskopischen Befund. Es fand sich 1. eine Auflockerung des ganzen Knochensystems, besonders an der Wirbelsäule und den langen Röhrenknochen. 2. Eine Ossification des Bandapparates der Wirbelsäule, vorwiegend an der Convexität. 3. Eine knöcherne Verwachsung der Flächen der kleinen Gelenke der Wirbelsäule untereinander mit völligem Verschwinden der Knorpel und der Grenzen der Gelenke, welche eine homogene spongiöse Knochengewebsmasse bildeten. Dabei keinerlei Anzeichen einer Entzündung. 4. Die Zwischenwirbelknorpel waren erhalten, wiesen jedoch in ihren vorderen Partien Neigung zur Ossificierung auf. 5. Die Ligamenta longit. ant. et post waren intact und 6. das Nervensystem normal. Diese anatomischen Befunde erklären vollständig das klinische Bild: die Starrheit der Wirbelsäule, die bogenförmige Krümmung nach vorne, die Abflachung des Brustkorbes, die Unbeweglichkeit der Rippen bei der Respiration, das Fehlen von Exostosen und Deformationen der Knochen, den chronischen Verlauf, sowie das Fehlen von Krankheitserscheinungen von Seiten des Rückenmarkes. Indem E. die Spondylose rhizomélique als selbständige Krankheit den ähnlichen arthritischen Erkrankungen gegenüberstellt, veranschaulicht er die differentialdignostisch wichtigen Symptome derselben in einer Tabelle, in welcher er die Spondylose-rhizomélique (Marie, Strümpel), die Starrheit der Wirbelsäule nach Bechterew, die Arthritis s. Spondylitis deformans und den Rheumatismus chronic. ankylos. mit einander vergleicht.

A. Pesskow: Hemiplegie nach Vergiftung mit Kohlenoxyd (Nr. 8).

Ein 28-jähriger Mann war in seinem Zimmer mit CO Vergiftungserscheinungen gefunden worden. Tiefes Koma, erschwertes schnarchendes Atmen, Trismus, das Gesicht blass, der Puls 120, weich, gleichmässig. Bei genauerer Betrachtung wurde ein Verstrichensein der rechten Nasolabialfalte bemerkt und der Mund erwies sich als nach links verzogen. Bei passiven Bewegungen zeigte sich ein geringer Widerstand der linken Extremitäten. Diese Erscheinungen deuteten auf eine rechtsseitige Hemiplegie. Nach 24 Stunden war das Bewusstsein allmählich wiedergekehrt, Pat. sprach langsam, doch ohne richtige Aphasie und Anartrie. Jetzt war das Bild der rechtsseitigen Hemiparese deutlich ausgeprägt. Nach 14 Tagen war Pat. fast völlig wiederhergestellt und konnte das Krankenhaus verlassen. Die schnelle Genesung wurde von den meisten Autoren bei Hemiplegien durch CO Vergiftung beobachtet. Ob es sich im gegebenen Falle um eine Blutung oder um einen durch Thrombose verursachten Erweichungsherd gehandelt hat, lässt sich klinisch nicht feststellen.

A. Grünstein: Morbus asthenicus. (Nr. 9).

Eine sehr ausführliche Krankengeschichte. Der Symptomencomplex des Morbus asthenicus nach Stiller war voll ausgeprägt: Atembeschwerden und Herzklopfen, ohne dass in den Lungen und dem Herzen ein Grund dafür vorlag. Dyspeptische Störungen, Uebelkeit, Erbrechen, Durchfall. Ptosis der Leber, der Nieren und des Uterus. Habitus asthenicus. Endlich die Beweglichkeit der 10. Rippe, nach Stiller ein pathognomonisches Symptom. Stiller betont gelegentlich der Muskelschwäche speciell die Schwäche der Rückenmuskel, welche häufig zu Verkrümmungen der Wirbelsäule führt. Letzteres war im Grünsteinschen Fall sehr deutlich erkennbar.

W. Wersilow: Zwei Fälle von linksseitiger Hemiplegie mit Aphasie bei einem Rechtshänder und einem Linkshänder. (Nr. 14).

Zwei Krankengeschichten. Beim Rechtshänder bestand eine linksseitige Hemiplegie mit motorischer Aphasie; beim Linkshänder linksseitige Hemiplegie mit sensorischer und motorischer Aphasie.

S. Ssuchanow: Ueber pathologische Charaktere und ihr Zutagetreten im Kindes- und Jünglingsalter. (Nr. 16).

Eignet sich nicht zum Referat.

W. Horoschko: Ueber die klinische Form Koshewnikows Epilepsia partialis continua (Polyclonia epileptoides continua). (Nr. 20).

H. fügt zu seinen, gelegentlich der Publication von Ossokin, gemachten Einwänden, noch einige Bemerkungen hinzu, er betont, dass die Intactheit des Muskelgefühls ein wesentliches Symptom für den Symptomencomplex der Koshewnikowschen Form sei. Ferner bezeichnet er die von Ossokin versuchte Localisation des Krankheitsherdes als hinfällig. Zwei Krankengeschichten von neu beobachteten Fällen geben zwar gleichfalls keine Antwort auf die Frage nach der Localisation, verdienen jedoch einiges Interesse.

Mickwitz.

Wratschebnaja Gaseta 1909 u. 1910.

M. Zitowski: Zur Casuistik der Lähmungen des N. abducens infolge von Malaria. (Nr. 43).

In den Lehrbüchern der Ophthalmologie ist die Malaria nicht als Ursache von Abducenslähmungen angegeben. Z. beobachtete aber einen Fall, der nicht anders gedeutet werden konnte. Es handelte sich um ein 6-jähriges Mädchen mit einer Augenstörung, Lähmung des M. rectus ext., der vom N. abducens versorgt wird, die mit grosser Regelmässigkeit zwischen 8—9 Uhr abends täglich sich einstellte, selbst im Schlaf. Ausser Malaria liess sich in der Anamnese nichts nachweisen, Malaria aber mit Bestimmtheit, sie ist am Wohnort des Kindes stark verbreitet. Dabei bestand jedoch, als Autor das Kind untersuchte, kein Fieber. In der Folge blieb starkes Schielen bestehen, ungeachtet aller Therapie und Diplopsie.

S. Michailow: Ueber Beziehungen des sympathischen Nervensystems zu den Spinalganglienzellen nebst einem Beitrage zur Frage der pericellulären Geflechte. (Nr. 44).

Seine Experimente zeigten, dass die Voraussetzung Langleys, dass die sympathischen Fasern keine Zellen enthalten, deren Ausläufer in den Spinalganglien endigten, verlassen werden muss, da sie nicht den Tatsachen entspricht.

W. Wsesweiski: Ein Versuch der Behandlung von Alcoholikern mit Hypnose in der Landpraxis. (Nr. 49).

W. hat in 37 Fällen die Psychotherapie angewandt. Dabei erzielte er tiefen Schlaf (3. Stadium nach Forel) in 7 Fällen, mittleren (2. Stad.) Schlaf in 28 Fällen, leichten Schlaf in 2 Fällen. 11 Patienten erschienen nur ein Mal zur Behandlung, über ihr Schicksal ist nichts Genaueres bekannt, bei den anderen glaubt Verfasser in mehreren Fällen entschieden eine Besserung bewirkt zu haben und empfiehlt die Hypnose gegen chronischen Alcoholismus.

W. Larionow: Ein Beitrag zur Frage über die Existenz von Hörcentren im Grosshirn. (Nr. 50).

L. experimentierte an Hunden und erhielt deutliche Hörreflexe in der Art von Ohrbewegungen bei Reizungen des Schläfenhirns an der 2., 3. und 4. Windung, wobei bei Reizungen an der 2. Windung sich Bewegungen der Augenlider und der Augäpfel bemerkbar machten, aber bei Reizungen des Gyr. sigmoideus, Bewegungen der Füsse und am Rumpfe. Aber ausserdem erhielt er denselben Reflex bei Reizung des hinteren Vierhügels. Bei Zerstörung kleiner Partien eines Rindenhörcentrums stellte sich anfangs immer volle Taubheit sogar auf beiden Ohren ein gegen alle Geräusche und Töne. Darauf werden Töne und Geräusche wieder percipiert von dem Ohr mit den unzerstörten Centren und auf der operierten Seite die Töne, deren Centren nicht mitzerstört worden waren. Zum Schluss kann wieder volle Taubheit auf beiden Ohren eintreten auf Grund voller Degeneration aller Centren und Leitungsbahnen.

M. Nikitin: Ueber Apraxie. (Nr. 49 u. 50).

N. resumiert die Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermassen: die rechte Hirnhälfte steht der linken nicht nur in functioneller Hinsicht nach, sondern hängt von der linken auch bis zu einem gewissen Grade ab in ihrer Function, ist ihr untergeordnet. Es sind dieses nicht zwei gleiche Arbeiter, sondern der eine ist stärker, wie der andere. Die linke Hälfte des Grosshirnes arbeitet nicht nur mehr, sondern hilft der rechten auch noch bei ihrer Arbeit.

W. Tschisch: Zur Lehre von der Neurasthenie. (Nr. 1, 2, 4, 5, 6, 7 u. 9).

Tsch. unterscheidet verschiedene Formen der Neurasthenie und meint, dass nur das genaue Studium der verschiedenen Formen mit Bestimmung der Enstehungsursache uns von Nutzen sein und uns die Möglichkeit zur Stellung einer Prognose und Therapie an die Hand geben kann. Die moderne Neurasthenielehre hat keine Basis, man tappt dabei im Dunkeln. Die Neurasthenia vera ist eine constitutionelle endogene Krankheit, die sich in jungen Jahren bis zu 25—28 Jahren bereits entwickelt, es spielt die Nationalität eine Rolle, doch nicht die Beschäftigung oder der Stand der Patienten. Von der wahren Neurasthenie hat man streng die Neurasthenia spuria zu trennen, wie sie z. B. durch den Coitus reservatus zustande kommen kann, dann die auf gichtischer und sclerotischer Basis (Pseudoneurasthenia sclerotica). Autor schliesst seine interessante Arbeit mit dem Worte Nietsches: «Wahr heisst: für die Existenz des Menschen zweckmässig».

H. Luedke und D. Orudschew: Ueber die Reaction von Much und Holzmann. (Nr. 8). Nachprüfung der Reaction von Much und Holzmann mit dem Serum von Geisteskranken.

L. und O. kamen zum Resultat, dass die Reaction in der Tat brauchbar ist zur Unterscheidung Gesunder von Kranken, aber dass sie als differentialdiagnostisches Mittel zur Unterscheidung verschiedener Geisteskrankheiten ohne Bedeutung ist.

N. Starokotlitzki: Ein Fall von Hysterie, der Lyssa vortäuschte. (Nr. 11 u. 12).

Ein 48-jähriger Schauspieler erkrankte am 37. Tage nach dem Bisse von Seiten eines tollwütigen Hundes anscheinend an Lyssa. Er hatte gleich nach dem Bisse eine Cur in einem Pasteurinstitut durchgemacht und 6 Injectionen erhalten. Die Diagnose «Lyssa» wurde aber bald aufgegeben, der Patient zeigte blitzenden Gegenständen gegenüber Gleichgültigkeit, die Pupillen waren während der Anfälle nicht erweitert, sondern verengt, der Spasmus der Halsmuskeln war gering, der Puls nicht über 100 in der Minute. Patient war ein sehr nervöses Individuum, das einmal eine kurzdauernde geistige Störung durchgemacht hatte; er litt seit jeher häufig an Kopfschmerzen. Es liessen sich Anzeichen von Hysterie nachweisen: ungleich verteilte hyperästhetische und anästhetische Zonen, leichte Suggestibilität, Einengung des Gesichtsfeldes etc.

Schiele.

Ophthalmologie.

Westnik Oftalmologii 1910. Januar bis Mai.

S. Golowin: Exenteratio orbitae combiniert mit der Ausräumung der Nebenhöhlen.

Ueber dieses Thema hat G. in Budapest auf dem internationalen Congresse in der Section für Augenheilkunde vorgetragen. Wer sich für diese sehr eingreifende und blutige Operation interessiert, muss notwendiger Weise die Mittellung in

extenso lesen und die mitgegebenen Bilder vergleichen. Auf dem angegebenen Wege können je nach Bedürfnis an die Ausräumung der Augenhöhle angeschlossen werden die der Highmorshöhle, Siebbein-Stirnbeinhöhle und Abtragungen der Nasenmuscheln. Fälle, in denen etwa eine Neubildung so weit um sich gegriffen hat, werden wohl kaum selbst durch diese colossal eingreifende Operation zum Stillstand gebracht werden. Fünf Krankengeschichten. Alle knöchernen Scheidewände der auszuräumenden Höhle der Orbita sind entfernt und dadurch eine einzige sehr grosse Grube gebildet. G. schlägt vor, diese Operation «Exenteratio orbito-sinualis zu nennen.

K. Kapdo-Sisoew: Die Uebertragung von Lippenschleimhaut bei Entropium der Lider.

Die Mitteilung bringt im Wesentlichen Bekanntes. K. betont aber besonders, dass es wichtig sei, die Grösse und Form des Schleimhautlappens richtig einzuschätzen, die Präparierung des Lappens möglichst schonend auszuführen und schliesslich solle man den Lappen nicht annähen, sondern nur in den Defect einfügen und durch feuchte Watte fixieren.

W. Eleonskaja: Zur pathologischen Anatomie der parenchymatösen Keratitis.

Ein 17-jähriger Mann erkrankte beiderseits an parenchymatöser Keratitis. Anamnese negativ. Rechts hinterblieben Trübungen der Hornhaut links kam es zu Ulceration, Perforation der Hornhaut und weiter Staphylombildung und Secundärglaucom. Die Präparate entstammen diesem enucleierten Auge. In allen Teilen des Auges fanden sich schwere Veränderungen. Ob dieser Fall ein genügendes Material bot, um «parenchymatöse Keratitis» zu demonstrieren? Die Frage scheint berechtigt.

S. Golowin: Sclerosis orbitae.

Nach einer Mitteilung in der Section für Augenheilkunde auf dem Congresse in Budapest. Es handelte sich um einen 30-jährigen Mann mit Exophthalmos des linken Auges. Ein Tumor liess sich nicht nachweisen, die Veranlassung der Erkrankung konnte nicht erklärt werden, jede Behandlung versagte. da entschloss sich G. zur Operation nach seiner Methode, der Orbitotomia exploratoria. Er fand an der unteren Wand der Orbita eine Wucherung von weisslicher Farbe und fast weicher Consistenz und von hier ausgehend weissliche sehnige Stränge zu den Muskeln in die Tiefe der Orbita, zum Sehnerven, an die anderen Wände der Orbita. So viel als möglich wurde entfernt mit Schonung der Organe in der Augenhöhle. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Bindegewebe, dazwischen sehr spärlich Fettzellen. Hyaline Degeneration ist deutlich ausgesprochen und sehr zahlreich sind die Mastzellen. In den Gefässen zahlreich Befunde der Endarteritis obliterans. Die gesamte Wucherung ist jedenfalls entzündlichen Ursprungs. Seit dem März 1904 wird der Mann beobachtet. G. bringt vier Bilder der Patienten. Schubweise in grossen Zwischenräumen verschlechterte sich der Zustand. Das Auge wurde unbeweglich, Liedödeme, heftige Schmerzen, Hornhautdefecte, Atrophie des Sehnerven folgten auf einander. Ueber die Natur der Erkrankung kann G. nur Vermutungen durch Vergleich mit ähnlichen Fällen aus der Literatur aufstellen. Er schlägt vor die Bezeichnung Sclerosis orbitae inflammatoria pogressiva oder Cellulitis orbitae sclerosificans.

W. Tschirkowski: Zur Frage der Aetiologie des Trachoms.

Die Arbeit ist ein Sammelreferat.

N. Tumanzew: Ein Fall von Actinomykosis des Tränensackes.

K. Judin: Ueber spontanes Platzen der Hornhaut gefolgt von expulsiver Blutung.

Es handelt sich hierbei immer um ältere Menschen mit arteriosclerotischen und glaucomatösen Anzeichen. Aus der Literatur werden 18 Fälle citiert und die Krankengeschichte einer 70-jährigen Patientin wird mitgeteilt.

A. Trubin: Angeborene Verlagerung der Linse.

Ein 18-jähriger Seminarist. Beiderseits ist die Linse nach innen hin verlagert. Mit + 13 und + 14 D wird $^3/_{10}$ und $^4/_{10}$ Sehleistung erzielt.

K. Kardo-Sisoew: Ein Fall monocularer Diplopie, auf hysterischer Grundlage.

M. Isupow: Retinitis pigmentosa compliciert durch Glaucom.

St. Petersburger Ophtholmologische Gesellschaft.

Berichte über die Sitzungen vom 23. October 1908 bis zum 14. Mai 1909.

Bericht über die Verhandlungen der augenärztlichen Abteilung auf dem internationalen Congresse zu Budapest im August 1909.

Bericht der Odessaer Ophthalmologischen Gesellschaft vom 4. November 1908 bis März 1909.

N. Filippow: Ueber Glashautbildung in der vorderen Augenkammer.

Durch ein kurzes Referat lässt sich das Resultat dieser Untersuchung nicht wiedergeben.

P. Fainitzki: Ein Fall von Tuberculose der Bindehaut, behandelt mit Tuberculin.

Die 16-jährige Patientin war bereits seit drei Jahren am rechten Auge krank und die Geschwüre auf der Bindehaut und im oberen Lidknorpel waren mehrfach verschieden behandelt worden. Die am linken Auge ausgeführte Reaction nach Calmette gab ein positives Resultat. Die mikroskopische Untersuchung ausgeschnittener Teile hatte ein negatives Resultat. Pirquets Reaction fiel negativ aus. Impfungen an Meerschweinchen erwiesen dann den tuberculösen Charakter der Erkrankung. Die Tuberculinbehandlung hatte kein Resultat.

A. Wladitschenski: Abscess unter der Bindehaut des Augapfels.

Im Eiter wurden nachgewiesen Staphylococcus pyogenes aureus und Rosahefepilze gefunden.

Bericht über die Verhandlungen der Augenärzte in Odessa vom 7. April 1909, 8. Mai, 8. September, 22. September 1909.

Casuistische Mitteilungen, meist mit Krankenvorstellung. Actinomycose in Tränencanal; Cysticercus unter der Netzhaut; Retinitis proliferans; Frühjahrskatarrh; Dermoid des Lides; Sarcom am oberen geraden Augenmuskel; Exophthalmos; Elephantiasis der Lider. Grössere Mitteilungen machten:

O. Walter: Ueber die Behandlung tiefer Hornhauterkrankungen durch Diphtherieserum.

Wie andere hat auch er eine günstige Wirkung (paraspecifische) gesehen.

K. Judin: Berichtet über 20 Fälle von Erkrankungen des Sehnerven und der Netzhaut, die mit Tiosinamin behandelt wurden.

Es wurde eine 10% wässerige Lösung angewandt. Bis zu 40 Einspritzungen von $^1/_3$ bis zu einer Spritze pro dosi. Die Injection wurde täglich gemacht, sie ist schmerzhaft. Nebenerscheinungen unerwünschter Art nicht beobachtet. In keinem Falle vermochten die Einspritzungen eine Besserung herbeizuführen.

K. Judin berichtet über Sehnervenatrophie beider Augen nach Behandlung mit Arsacetin.

P. Prokopenko: Zur Behandlung des Trachoms mit Radium.

In sechs Fällen körnigen Trachoms hat P. gute Resultate erzielt und erkennt die Bestrahlung als Curmethode an.

I. Markow: Echinococcus in der Augenhöhle.

Ein 13-jähriges Mädchen, operiert durch Schnitt in der Uebergangsfalte des unteren Lides. Ein Teil der Kapsel konnte nicht entfernt werden. Heilung etwas verzögert und mit Temperatursteigerungen, wie Markow meint, infolge Infection durch Echinococcusflüssigkeit.

Th. Wernke: Ein Fall von Elephantiasis nostras der Lider.

Eine 28-jährige Jüdin litt seit fast 4 Jahren an Schwellungen der Lider, vorher Gesichtsrose. Zunächst wurden Alcoholinjectionen versucht, dann operiert und Ichtyolsalbe 10% gebraucht. Das gewonnene Präparat zeigte subcutan stark erweiterte Bindegewebsräume, Oedem und Infiltration durch Leukocyten.

Ein Verzeichnis der russischen Ophthalmologischen Literatur für 1909.

G—n.

Mediz. obosr.

Th. Rshanizin: Casuistisches über das rundzellige Leukosarcom der Conjunctiva. (Nr. 19).

2 Krankengeschichten.

A. Natanson: Ophthalmologische Beobachtungen aus der Recurrensepidemie des letzt verflossenen Jahres. (Nr. 4).

Bei seinen zahlreichen Augenbeobachtungen während mehrerer Recurrensepidemien hat N. den Eindruck gewonnen, dass die Gefässerkrankungen des Auges, welche während des Culminationsstadiums des Recurrens auftreten, weniger schwer und andauernd sind, als die, von welchen Reconvalescenten oder vor kurzem Genesene befallen werden. In den angeführten Krankengeschichten handelt es sich 1. um eine beiderseitige Iridocyclitis während eines zweiten syphil. Recidivs, 5 Monate nach Recurrens. 2. Rechtsseitige Iridoc. nach einem Unglücksfall, $1^1/_2$ Monate nach Recurrens. 3. Beiderseitige Iridoc. nach Verletzung des linken Auges, 3 Monate nach Recurrens. 4. Trübung des Glaskörpers, angeblich nach Verletzung des Auges bei Ausübung der Berufsarbeit, jedoch mit starkem Verdacht, dass ein Recurrens, der vorangegangen, die Ursache sein könnte.

Mickwitz.

Pathologie und Therapie.

Wratschebnaja Gaseta. 1909 und 1910.

F. Autokratow: Zur Behandlung der Tuberculose mit dem Spenglerschen Immunkörper «J. K.» in der Landpraxis. (Nr. 49, 50).

A. behandelte 150 Phthisiker längere Zeit hindurch mit dem Spenglerschen «J. K.» Von diesen nahmen 102 Patienten an Gewicht zu, ½—6 Kilo, 15 behielten ihr ursprüngliches Gewicht, die übrigen nahmen ab. Die Atmungsexcursionen nahmen in 90 pCt. der Fälle um 2 Ctm. zu. Auf die Lungenprocesse war der Effect bei den subfebrilen Fällen am offensichtlichsten, die Temperatur fiel sehr bald, das Allgemeinbefinden besserte sich wesentlich, der Husten wurde leichter, die Nachtschweisse schwanden, Schlaf und Appetit besserten sich. Die Dosen des «J. K.» müssen schnell gesteigert werden, nach der Injection bemerkt man Hang zum Schlaf. Negative oder schlechte Resultate ergaben sich bei Personen, deren Herztätigkeit stark herabgesetzt war, bei Leukämikern, bei Blutarmen mit erschöpftem Nervensystem.

A. Strelkow: Die Hämoglobinscala von Tallquist. (Nr.51).

S. suchte ein einfacheres und bequemeres Verfahren zur Hämoglobinbestimmung, als es das Gowers-Sahlische oder das Fleischl-Moschersche ist und fand einen guten Ersatz für diese in der Tallquistschen Hämoglobinscala, die er empfiehlt. Als Uebelstände sind zu bezeichnen, dass die T-sche Scala nur bei Tageslicht anwendbar ist, dass die Scalen verschiedener Apparate verschieden sind und dass die Farben zwischen 80—100 auf der Scala schwer sich unterscheiden lassen. Für die Anforderungen der Praxis ist die Scala vollkommen ausreichend.

E. Landa: Ein Fall von acuter Pneumonie bei einem Kinde mit letalem Ausgange infolge von Erstickung durch in den Kehlkopf eingewanderte Ascariden. (Nr. 51).

Es handelte sich um ein kleines Mädchen von 3 Jahren, das an einer Influenzapneumonie erkrankte. Das Mädchen war immer gesund gewesen, nur war der Abgang von ca. 30—40 Ascariden beobachtet worden. Am 2. Tage der Pneumonie waren plötzlich Ascariden von den Eltern im Munde des Kindes bemerkt worden, die in Massen in den Kehlkopf einwanderten, wodurch in wenigen Minuten der Exitus herbeigeführt wurde.

J. Schabad: Die Behandlung der Rhachitis mit gleichzeitiger Darreichung von Phosphor in Lebertran und Präparaten von Calcium. (Nr. 1).

Bei der Anwendung bei Rhachitikern von Calcium zugleich mit Phosphor-Lebertran hat die Wahl des Calciumpräparates eine wesentliche Bedeutung; während das essigsaure Calcium vom Organismus in beträchtlichem Masse resorbiert wird (von 20—60 pCt.), werden das phosphorsaure und citronensaure Calcium garnicht resorbiert. Das essigsaure Calcium befördert ausserdem noch die Resorbtion des Phosphors der Nahrung. Die Zuführung calciumhaltiger Salze verringert die Resorbtion von Stickstoff und Fett.

A. Strelkow: Eine einfache Methode der Sterilisation von Cocainlösungen. (Nr. 2).

Zubereitung von Cocainlösungen in der Landpraxis in Probiergläschen frisch vor jedesmaligem Gebrauch.

B. Beljajew: Ein Fall von 3-jähriger Anwesenheit eines Fremdkörpers im Bronchus. (Nr. 3).

Im Verlaufe einer acuten Pleuro-Pneumonie hustete der Patient am 7. Tage eine vor 3 Jahren verschluckte Fischgräte von Phalangenlänge und Zündhölzchendicke aus. Die Gräte hatte nur im Anfang Husten und Schmerzen verursacht, später hatte der Patient ihre Anwesenheit ganz vergessen.

W. Janowski: Die oesophageale Vorhofscurve, ihre Deutung und ihr Wert. (Nr. 2, 3 u. 4).

Durch die Arbeiten von Minkowski und Rautenberg angeregt, untersuchte Autor bei einer Anzahl Patienten die Curven des linken Vorhofes vom Oesophagus aus, wie sie schon von Kronecker und Melzer, und dann Frédersen in den 80 Jahren des vorigen Jahrhundert vorgenommen worden sind. Autor kommt zum Schluss, dass die oesophagealen Vorhofscurven entschieden individuell verschieden sind und doch gleichbleibend, so dass sie leicht zu erkennen sind bei neuer Aufnahme desselben Individuums. Nur bei stark vorgeschrittenen Stauungserscheinungen des linken Ostium venosum lassen sich aus der oesoph. Vorhofscurve bisher bestimmte Schlüsse ziehen. Nur bei bestimmten Arhythmien, bei der Stockeschen Krankheit hat das Verfahren eine grössere Bedeutung, Contractionen des linken Vorhofes gehen hierbei nicht auf die linke Kammer über.

A. Worobjew: Ueber Tuberculose des Bruchsackes. (Nr. 4 u. 5).

Die Diagnose stützt sich auf die Palpation eines oder mehrerer fester, schmerzhafter Knoten bei der Reposition des Bruchsackes und auf die Schmerzhaftigkeit des Bruches beim Gehen, Gymnastik, Untersuchung etc. bisweilen neuralgieartige spontane Schmerzen dem Laufe des Samencanals folgend, ferner tuberculöser Erkrankung der benachbarten Lymphdrüsen und anderer Organe, dem positiven Ausfall der Tuberculinreactionen. Die Diagnose ist aber selten vor der Operation gestellt worden. Pathologisch-anatomisch lassen sich 2 Formen unterscheiden: eine diffuse Verdickung des Bruchsackes (schwartige Form) und Knotenbildung, wobei wieder verschiedene Unterabteilungen zu unterscheiden sind: 1) miliare Knötchen, 2) grosser Knoten umgeben von miliaren Knötchen, 3) käsig entarteter Knoten, der in Eiterung übergeht. 4) fibröser Knoten.

A. Luppian: Ueber Behandlung von Nasen- und Gaumenleiden mittelst «Estoral». (Nr. 6).

Das von Seifert gegen Schnupfen empfohlene Estoral wurde vom Autor mit gutem Erfolge bei verschiedenen Krankheiten der Mund- und Nasenhöhle angewandt.

M. Isabolinski: Neue Beiträge zur Aetiologie des endemischen Kropfes. (Nr. 5, 6, 7).

Die experimentellen und bakteriologischen Untersuchungen zur Lösung der Frage der Aetiologie gaben Isabolinski absolut negative Resultate, es liess sich keine Uebertragbarkeit des Kropfes nachweisen. Autor will jetzt mit den Untersuchungen des Wassers in Kropfgegenden beginnen.

H. Archipiantz: Ueber quantitative Harnstoffbestimmung im Urin. (Nr. 8).

Beschreibung eines kleinen Apparates, der portativ ist und es gestattet die Harnstoffbestimmung am Krankenbette auszuführen. Die Bestimmung beruht, wie beim Apparat von Borodin, ebenfalls auf der Zersetzung des Harnstoffes durch Calcium bromatum.

L. Jastrschembski: Drei Fälle sog. Anaemia pseudoleucaemica infantum. (Nr. 9 u. 10).

Alle 3 Fälle, die Autor beschreibt, gehören zu den schweren Formen der Jakschschen Krankheit, die Hämoglobinmenge schwankte zwischen 20—40 pCt., bedeutende Poikilocytose, Polychromophilie, kernhaltige Erythrocyten, besondere Megaloblastenkörnung des Protoplasmas der roten Blutkörperchen fand sich. In allen Fällen ergab sich bedeutende Leukocytose, das Verhältnis war 1:25, 1:35, 1:75. Im ersten Falle gleicht das Verhältnis dem bei Leucämie. Eosinophile waren verhältnismässig wenig, 1—2 pCt., selten grosse Lymphocyten, vereinzelte mehrkernige Neutrophile. In 2 Fällen fanden sich einzelne Mastzellen. Die Kinder waren 1 Jahr 11 Monate, 2 Jahr 7 Monate und gegen 2 Jahr alt.

J. Possudzewski: Ueber die Jefimowsche Harnprobe. (Nr. 9).

Die Jefimowsche Harnprobe besteht in dunkelgrauer Verfärbung gekochten Urins bei Zusatz von liquor Bellosti, die immer eintreten soll, wenn der Patient an Eingeweidewürmern leidet. P. kam zum Resultat, dass die Probe nicht in allen Fällen positiv ausfiel, wo sich mikroskopisch Würmer nachweisen liessen und dass die Probe mit liquor Bellosti positiv ausfällt bei Typhösen in der ersten Krankheitswoche, bei croupöser Pneumonie und wohl noch einigen anderen Infectionskrankheiten.

F. Rumjanzew: Zur Frage der Krankenhausinfection (Scharlach- und Maserninfection) und ihrer Bekämpfung. (Nr. 9).

Verschiedene Vorschläge zu der Vermeidung der Krankenhausinfection.

S. Frenkel: Aus der Praxis der Sterblichkeitsbekämpfung in deutschen Städten. (Nr. 9).

Besonders die Säuglingssterblichkeit wird in Deutschland erfolgreich bekämpft, was bei einem Vergleich mit russischen Städten besonders in die Augen fällt.

S. Slatogorow: Die Tuberculinproben und ihre Bedeutung für die Bekämpfung innerer Krankheiten. (Nr. 11).

S. fordert, dass bei Anwendung der Tuberculinproben streng individualisiert werde. Die sichersten Ergebnisse liefert die subcutane Probe, dann folgt die conjunctivale Probe bei Erwachsenen, die überhaupt eine besondere Aufmerksamkeit verdient; man hat bei ihr nur einige Vorsichtsmassregeln zu beobachten. Die Intensität der Conjunctivalreaction lässt schon gewisse Schlüsse zu; es sind 1 pCt. Tuberculinlösungen bei ihr anzuwenden; der positive Ausfall der Conjunctivalreaction weist auf active tuberculose Herde im Organismus hin, in seltenen Fällen werden nichtactive Herde durch sie angezeigt. Ueberhaupt besitzen die Tuberculinproben eine grosse Bedeutung bei der Diagnose der inneren Krankheiten.

M. Tschebоksarow: Ueber die Viscosität des Blutes. (Nr. 11).

N. Blumenau: Ueber phlegmonöse Diphtherie und ihre Behandlung. (Nr. 10 u. 11).

Die phlegmonöse Diphtherie ist eine specifische nur sehr schwere

Diphtherie. Die Behandlung muss in der Zuführung grosser Dosen von Antidiphtherieserum bestehen, das am besten intravenös anzuwenden ist.

M. Lion: Jogurt und seine Bedeutung in der modernen Therapie. (Nr. 11).

Jogurt ist bekanntlich ein auf der Balkanhalbinsel vielfach verwandtes gesäuertes Milchpräparat, in dem sich vorwiegend 3 Bakterienarten nachweisen lassen: Bacillus bulgaricus, ein langer, dicker Bacillus, Diplococcen und Streptococcen, die innerhalb 14 Stunden etwa bei 45° eine Säuerung der Milch herbeiführen, doch nur im Orient. Bei allen möglichen Darmleiden hat sich das Jogurt vorzüglich bewährt.

J. Troitzki: Die Ernährung des Kindes an der Mutterbrust. (Nr. 13, 14, 15).

T. bricht eine Lanze für die Ernährung der Kinder an der Mutterbrust und zeigt die grossen Schäden der künstlichen Ernährung resp. der Ammenernährung für Mutter und Kind.

W. Janowski: Electrocardiographie. (Nr. 13).

Erläuterung und Besprechung der von Einthoren 1903 zuerst empfohlenen und von Kraus und Nicolai 1907 wieder aufgenommenen Methode der Functionsprüfung des Herzens mittelst der Electrocardiographie.

T. Gawrilow: Zur Frage der zeitlichen und räumlichen Ausbreitung der Diphtherieepidemien. (Nr. 13 u. 14).

Der Gang einer Diphtherieepidemie ist strengen Gesetzen unterworfen, Anfang und Ende erfolgen langsam; die Jahreszeit spielt eine Rolle beim Entstehen der Epidemie, ebenso locale Einflüsse, die auf schlechte sanitäre Zustände an dem Orte hinweisen. Die directe Uebertragung scheint zweifelhaft.

F. Kopanewitsch: Praktische Anwendung von Massenschutzimpfungen mit antiscarlatinöser Vaccine als Mittel zur Bekämpfung einer Scharlachepidemie in einer geschlossenen Lehranstalt. (Nr. 13).

Bei Ausbruch des Scharlachs in einer weiblichen Lehranstalt wurden bei den es wünschenden Schülerinnen mit bestem Erfolge Vaccineinjectionen vorgenommen. Zuerst 0,5, dann nach einigen Tagen 1,0. Von den erst einmal Geimpften (130) erkrankten noch 21, an leichtem Scharlach von den wiederholt Geimpften keine. Im Ganzen erkrankten 16 Schülerinnen.

J. Bederski: Ungesäuertes Brot vom diätetischen Standpunkte aus. (Nr. 14).

B. findet, dass das ungesäuerte Brot für Gesunde zuträglich, bei einigen Krankheiten (Darmkatarrhen) nicht zu empfehlen, bei anderen dagegen gut vertragen wird.

K. Lifschitz: Ein Beitrag zur Epidemiologie der natürlichen Pocken. (Nr. 14).

Die Pockenepidemie begann mit einzelnen Fällen im März, stieg dann plötzlich vom Juni an, um ihren Culminationspunkt im October zu erreichen und dann ebenso plötzlich abzufallen und im Januar zu erlöschen. Das Sinken der Erkrankungsziffer und das Erlöschen der Epidemie trat sofort ein mit Beginn einer allgemeinen Vaccination bei der bei einer Bevölkerung von 15 Tausend Einwohnern über 11 Tausend geimpft wurden. Das letzte Opfer war ein wegen Scabies nicht geimpfter Knabe.

Schiele.

Russki Wratsch. 1909.

A. Rosenel: Thymolsäure als Präservativmittel gegen Cholera. (Nr. 41).

Eine gute Wirkung soll der tägliche Gebrauch von Thymolsäure innerlich auf nüchternem Magen zu 0,2 haben.

I. Stadsinski: Ueber die physiologische Wirkung des Blutes und die chemischen Verbindungen der in demselben wirkenden Körper. (Nr. 41).

Vorläufige Mitteilung.

N. Leporski: Chromatische und morphologische Veränderungen der weissen Blutkörperchen bei Cholerakranken. (Nr. 42).

Um zu entscheiden, welche Veränderungen in morphologischer Beziehung die weissen Blutkörperchen durch das Choleragift erleiden, entschloss sich Verf. das von Cesaris-Demel angegebene Färbungsverfahren zu versuchen. Er untersuchte das Blut von 15 Kranken, 13 Männern und 2 Frauen. Das Blut wurde ohne Auswahl, je nach dem Eintritt der Kranken in das Hospital, in den ersten 6—18 Stunden genommen, und zwar befanden sich alle Patienten mit Ausnahme eines am ersten Tage der Erkrankung. Aus der allgemeinen Zahl der 15 Untersuchten müssen 2 ausgenommen werden, deren Blut am 6. Tage der Erkrankung untersucht wurde: einer derselben starb, der andere genas. Auf diese Weise wurde bei der Mehrzahl das Blut am 2. Krankheitstage untersucht. — Der Schluss, den Verf. aus seinen Beobachtungen zieht, ist der, dass die Färbung nach Cesaris-Demel eine weite Verbreitung in den Kliniken finden sollte.

W. Gomolitzki: Zur Lehre über die orthostatische Albuminurie. (Nr. 41—43).

Aus den Versuchen geht hervor, dass traumatische Einflüsse in Bezug auf die orthostatische Albuminurie keine ursächliche Rolle spielen. Das beweist der Umstand, dass bei Nierensenkung dieselbe eine seltene Ausnahme darstellt; andererseits konnte eine Reihe von traumatischen Einflüssen nichts dem Aehnliches hervorrufen. Dafür sind bestimmte Bedingungen erforderlich. Vor allen Dingen muss eine functionelle Nierenschwäche vorliegen, die verschiedenen Ursprunges sein kann. Bei derartiger Anlage trat Albuminurie bereits bei unbeweglichem Stehen auf einer Stelle auf, die verschwand beim Anlegen einer kräftigen Bandage. Die Theorie von Jehle ist wohl kaum in allen Fällen stichhaltig.

A. Stackelberg: Ein Fall von ausgebreiteter Sclerodermie im kindlichen Alter mit halbseitiger Lungenatrophie. (Nr.41).

Krankengeschichte eines 10-jährigen Judenmädchens, bei welchem die Sclerodermie augenscheinlich neuropathischen Ursprungs war.

M. Tuschinski: Ueber den Nährboden Dieudonné für Culturen der Choleravibrionen. (Nr. 42).

Auf Grund seiner Untersuchungen und Erfahrungen empfiehlt T. warm den obengenannten Nährboden.

W. Sokolow: Ein Fall von Lymphosarcom einer peribronchialen Lymphdrüse mit ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen. (Nr. 42).

In dem beschriebenen Falle von Lymphosarcom, welcher typisch war nach der Classification von Sternberg, war der Herd in einer bronchialen Lymphdrüse, welcher die Kapsel und den Bronchus durchbrochen hatte, aber nicht auf die anderen Organe übergegangen war und keine Metastasen gegeben hatte. Die Vergrösserung der anderen Lymphdrüsen war auf die allgemeine Infection des Körpers mit Giften der Neubildung zurückzuführen.

I. Manuchin: Ueber die Kreatininmenge im Urin beim Typhus abdominalis, beim Paratyphus (mit dem Stäbchen von Typhus B) und fibrinöser Lungenentzündung. (Nr. 41—3. 1910).

Auf Grund seiner sehr genauen und ausführlichen Untersuchungen kommt M. zum Schluss, dass beim Typhus abdominalis im Organismus sich viel Kreatinin ansammelt, welcher ungenügend durch den Urin ausgeschieden wird, solange die Menge desselben verringert ist während des acuten Verlaufes der Krankheit, aber steigt, sobald Polyurie und Reconvalescenz eintritt, deshalb kann man vom Aufhören des Status typhosus bei reichlicher Kreatininausscheidung sprechen. Eine Beziehung in den Schwankungen der Kreatininmenge zu der Menge der Chloride, Harnsäure oder Phosphate existiert nicht. In einem Falle von Paratyphus (mit dem Stäbchen vom Typhus B) war eine erhöhte Kreatininausscheidung zu bemerken. Bei der fibrinösen Lungenentzündung wurde in der Hälfte der Fälle eine normale, in der anderen eine erhöhte Ausscheidung von Kreatinin beobachtet. In beiden Gruppen fiel die Menge während der Krisis und nahm wieder zu bei der Complication mit exsudativer Pleuritis, bei uncomplicierter Verlauf wurde nach der Krisis die Kreatininausscheidung normal. Bei erstem Genusse von Fleisch nahm das Kreatinin zu, was 1 Tag—2 Wochen anhielt; die Curve desselben stieg ebenfalls, nachdem die Kranken aufgestanden und zu gehen begonnen hatten in der Hälfte der Fälle.

R. Gaikowitsch: Ueber die Dosierung des Tuberculins. (Nr. 41—51).

Zu einem Referat nicht geeignet.

M. Wassiljewa: Psychosen bei Cholerakranken. (Nr. 43).

Verf. teilt genau die Beobachtungen von 6 Kranken mit, bei welchen sich Psychosen während der Reconvalescenz ausbildeten nach überstandener schwerer Cholera. Zu classificieren sind dieselben schwer und passen vielleicht am besten zu den sog. Psychosen infolge von Schwäche.

A. Pawlowski: Ueber pseudodiphtheritische Stäbchen bei Eiterungen beim Menschen. (Nr. 45).

Vorgetragen auf dem 16. internationalen medic. Congress in Budapest.

Mühlen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig**, St. Petersburg. **Dr. O. Brehm**, Libau. **Dr. X. Dombrowski**, St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne**, Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser**, St. Petersburg.

Dr. P. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand**, Mitau. **Dr. W. Kernig**, St. Petersburg. **Dr. L. v. Lingen**, St. Petersburg. **Prof. O. v. Petersen**, St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann**, Moskau.

Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling**, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach**, St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen**, St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann**, St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen**, Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 26 St. Petersburg, den 26. Juni (9. Juli) 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Zur Casuistik der lethargo-kataleptischen Zustände.

Von

Dr. C. Siebert-Libau.

Vortrag, gehalten am 29. Mai 1910 auf dem zweiten kurländischen Aerztetage in Libau.

Bevor ich mir erlaube, über eine seltenere Form von Lethargo-Katalepsie zu berichten, wird es vielleicht angebracht sein, eine kurze Uebersicht über die psychischen Formen der Hysterie, besonders der lethargischen und kataleptischen Zustände zu geben, um deren Stadium sich besonders die Franzosen Charcot, Richer, Gille de la Tourette, Pitret u. a. verdient gemacht und deren systematische Bearbeitung in der deutschen Literatur besonders eingehend von Loewenfeld und Binswanger erfolgt ist. Wir verstehen darunter diejenigen hysterischen Anfälle, bei welchen Veränderungen des Bewusstseins in den Vordergrund treten, während die motorischen Reizerscheinungen entweder ganz fehlen oder doch in ihrer Intensität zurücktreten, in gewissen Fällen aber sich in mehr oder weniger typischer Form mit Bewusstseinsstörungen combinieren. Indessen lassen sich, wie ja überhaupt bei der Hysterie nicht schablonenhafte Krankheitsformen abgrenzen, es treten daher auch bei diesen Kranken, bei welchen psychische Aequivalente beobachtet werden, die mannigfachsten Combinationen mit motorischen Erscheinungen auf. Ich will ganz kurz, gewissermassen schematisch, die einzelnen Gruppen der psychischen Aequivalente der hysterischen Anfälle skizzieren:

Mithin am häufigsten treten die hysterischen Ohnmachtsanfälle auf, die gewöhnlich ziemlich plötzlich nach Aufregungen oder auch ohne jegliche Ursache einsetzen. Die Kranken brechen zusammen, reagieren nicht auf Hautreize, der Puls ist beschleunigt, die Atmung oberflächlich. Der ganze Körper liegt ruhig, nur beobachtet man doch meist ein leichtes Lidflattern. Diese Anfälle dauern gewöhnlich nicht sehr lange, die Kranken erwachen mit dem Gefühl des Zerschlagenseins. Bei längerer Dauer des Anfalls finden wir den Uebergang zum lethargischen Zustande. In manchen Fällen treten die Anfälle sehr stürmisch ein mit gleichzeitiger Entwicklung motorischer Lähmungen, Hemi- resp. Monoplegien, welche gewissen Verdacht auf Gehirnerkrankungen erwecken können, doch bleiben meist die cerebralen Nerven, bes. der N. facialis verschont. Wie schon eben erwähnt, können die Ohnmachtsanfälle in länger dauernde Schlafzustände übergehen, oder letztere treten als selbstständige Erscheinungen auf, als sog. lethargische Zustände.

Es handelt sich meist um Kranke, welche shon früher andere Erscheinungen von Hysterie dargeboten haben, oder aber um Menschen, welche früher ganz gesund gewesen sind. Der Anfall kann entweder ganz plötzlich eintreten, die Kranken sinken zu Boden, wobei aber doch das absolute plötzliche Zusammenbrechen, wie es gewöhnlich bei Epileptikern beobachtet wird, vermisst wird, oder aber es gehen gewisse Auraerscheinungen voraus, Kopfschmerzen, Sensationen in den verschiedensten Körperteilen und dergl. Das Charakteristische dieser ausgesprochenen Schlafzustände ist, dass die Kranken gegen äussere Sinnesreize unempfindlich sind, besonders im Anfange des Anfalls. Beim Erwachen tritt gewöhnlich ein vorübergehender Zustand von Verwirrtheit ein, die Kranken reagieren schon auf Fragen, aber noch in unzusammenhängender Form, aus welchem dann entweder ganz plötzlich oder allmählich das vollständige Erwachen erfolgt (stufenweises Erwachen der Autoren).

Das Verhalten der Kranken gegen Sinnesreize gibt uns ein Kriterium für die Schwere des Anfalls. Bei den leichteren Formen sind die üblichen Reize, welche einen schlafenden Menschen erwecken, wirkungslos, erst die stärkeren Reize, wie Nadelstiche u. s. w. führen zum Erwachen. Bei den mittelschweren Fällen von Lethargie ist ein Erwachen durch die üblichen Mittel auch nicht zu erreichen, zuweilen aber wohl von gewissen Körperzonen, wie z. B. von der Ovarialgegend aus. Bei den schweren Formen — beim sog. Scheintod — ist

auch durch alle diese Massnahmen kein Erwachen zu erreichen. Beim sog. Scheintod sinkt die Herztätigkeit in einer Weise, dass dieselbe oft nur mit grosser Mühe nachgewiesen werden kann, ebenso wird die Respiration so oberflächlich, dass die Kranken den Eindruck von Toten machen. Der ganze Gesichtsausdruck verändert sich, die Augen fallen ein, die Nase ist kalt. Bei genauer Temperaturmessung im Mastdarm zeigt sich aber doch, dass die Temperatur doch nicht so gesunken ist, wie bei einem Toten. Durch Zersetzung des Mundsecretes entsteht ein Foetor, welcher einen Leichengeruch vortäuschen kann.

Diese Schlafanfälle dauern Stunden, Tage, Wochen, ja Monate. Es gibt Fälle, in welchen von gewissen Zonen aus durch gewisse Reize das Erwachen erfolgt. Diese Reize können sehr verschiedener Natur sein, ebenso die Zonen, im Bereich deren sie eine Wirkung erzielen. Beim künstlichen Verkürzen der Anfälle geht oft ein Erregungszustand voraus, entweder motorischer oder psychischer Natur.

Was nun das Verhalten der psychischen Sphäre während der lethargischen Anfälle anlangt, so ist wohl bei den schweren Formen meist ein möglichst weitgehendes Fehlen von Bewusstseinsvorgängen anzunehmen. Die Kranken können gestochen und gebrannt werden, ohne dass eine Abwehrbewegung erfolgt, ebenso besteht in solchen Fällen völlige Amnesie. Indessen sind auch bei den schwereren Formen des Scheintodes, bei völliger Reactionslosigkeit gegen äussere Reize, doch gewisse Gehirngebiete gegen solche empfindlich; die Kranken hörten bei völliger Bewegungsunmöglichkeit alles und reproducierten aus ihrem Gedächtnisse das während der Anfälle Gehörte oft sehr genau, wobei sie alle die inneren Seelenkämpfe bei völliger Regungslosigkeit zu überwinden hatten. Es verhalten sich die verschiedenen Sinnesorgane dabei sehr verschieden, bei manchen ist das Geruchsorgan besonders verschärft, bei anderen das Gehör.

In den leichteren Fällen des lethargischen Zustandes sieht man die Kranken oft gewisse zweckmässige Bewegungen, Abwehrbewegungen, Lageveränderungen vornehmen, oder aber es können einzelne Worte oder Sätze geäussert werden, obgleich später jegliche Erinnerung fehlt. Ferner gibt es auch Fälle, in welchen im Anschluss an einen mehr oder weniger lange dauernden lethargischen Zustand die Kranken sich erheben, um zu gehen, mehr oder weniger zweckmässige Handlungen ausführen, ohne dass sie später etwas davon wissen, also Uebergänge zum somnambulen Zustande, zum sog. hysterischen Dämmerzustande.

Während in einer Reihe von Fällen bei den lethargischen Zuständen die motorische Sphäre völlig erschlafft ist, bis auf Lidflattern oder Spasmen der Augenmuskeln, die Glieder schlaff sind, wie im Schlafe, sind gerade bei vielen Fällen die Muskeln in hervorragender Weise in Form von Krämpfen beteiligt. Die Kranken zeigen z. B. tonische Krämpfe der Kiefermuskeln, es kann weiter der Nacken, die Rückenmuskulatur und weiter alle oder ein grosser Teil der Extremitätenmuskulatur von diesen tonischen Krämpfen ergriffen werden. Das Bild wird noch mannigfaltiger, indem die tonischen Krämpfe von klonischen unterbrochen werden.

Ich führe hier einen Fall an zur Illustrierung dieser Zustände, welcher auch manches Interessante hinsichtlich seiner Gehörsempfindungen darbietet.

Ich habe im verflossenen Jahre eine Dame längere Zeit klinisch behandelt, die erblich belastet nach einigen Geburten eine Irritatio spinalis aquirierte und nach übermässigen Retroversio- und Moorbädercuren hochgradig nervös geworden war. Sie bekam lethargische Anfälle, die früher ziemlich selten eintraten, infolge der oben erwähnten Curen aber sich ungemein häuften. Die Kranke verlor, nachdem leichte Auraerscheinungen vorausgegangen waren, das Bewusstsein und fiel hin. Es trat ein Trismus, dann Nackenstarre, Opisthotonus und tonische Starre der Extremitäten. Beim Berühren der Kranken und beim blossen Versuch, derselben eine bessere Lage zu geben, steigerte sich momentan die Starre, was besonders an der Wirbelsäule zu Tage trat, welche den hochgradigsten Opisthotonus zeigte. Bei jeder weiteren Berührung sah man, wie der Organismus diesen Opisthotonus noch weiter steigern wollte, aber nur durch den Widerstand der knöchernen Wirbelsäule gehindert wurde. Alle Extremitäten waren starr und steif. Alle Bewusstseinsvorgänge waren ausgeschaltet. Nach einer Dauer von mehreren Stunden Nachlass der Erscheinungen. Interessant war bei der Kranken die Angabe, dass sie gegen Ende des Anfalles die Gespräche der Umgebung nur als klanglose Geräusche vernahm, wobei sie nichts unterschied, weder Inhalt noch Stimmen der sie umgebenden Personen, die ganze Unterhaltung kam ihr völlig gleichmässig klanglos vor. Nach dem Anfall starke Erschöpfungserscheinungen. Wir sehen hier sehr deutlich die colossale Steigerung des tonischen Zustandes während des lethargischen Anfalles bei den geringsten Berührungen.

Wir kommen nun zu einer weiteren Reihe von hysterischen Erscheinungen, zu den sog. hysterischen kataleptischen Anfällen. Es handelt sich um eine allgemeine Starre der Muskulatur und Flexibilitas cerea. Diese Starre kann ganz plötzlich eintreten, so dass der Körper mit einem Mal erstarrt und keine Bewegungen mehr ausführen kann, wobei der Kranke dabei oft die unnatürlichsten Formen einnimmt. In den Muskeln fühlt man einen Widerstand, der mit mehr oder weniger Kraft überwunden werden kann, und dabei kann man den Gliedern alle möglichen Formen geben. Ganz allmählich lässt die Starre nach. Bei der Lethargie steigern sich die tonischen Krämpfe beim Versuche passive Bewegungen auszuführen, während bei der Katalepsie wächserne Biegsamkeit besteht. In den meisten Fällen von Katalepsie ist das Bewusstsein erhalten und geben die Kranken genau an, was sie während des Anfalls empfunden haben, über alle Proceduren, die man mit ihnen vorgenommen hat. Von den meisten Autoren wird das Erhaltensein der Erinnerungsfähigkeit als charakteristisch für die kataleptischen Zustände betrachtet, während doch einige Autoren diese Abgrenzung nicht für alle Fälle gelten lassen wollen, indem auch Zustände vorkommen sollen, bei welchen eine völlige Ausschaltung der psychischen Vorgänge besteht neben Starre der Glieder und Flexibilitas cerea. Die Starre soll sogar so hochgradig werden können, dass die Flexibilitas kaum nachgewiesen werden kann. Gerade über einen solchen Fall will ich berichten. Es würden sich dann doch wieder Uebergänge von den kataleptischen zu den lethargischen Zuständen finden.

Noch einige Worte über die hysterischen Dämmerzustände. Beim Nachtwandeln—Noctambulismus handelt es sich, wie sich L ö w e n f e l d ausdrückt, um einen während des natürlichen Schlafes abspielenden Traum mit Handlungen, während bei Somnambulismus es sich um einen meist im wachen Zustande auftretenden krankhaften geistigen Zustand handelt, wobei die Mehrzahl der normalen Vorstellungskreise ausgeschaltet ist und der Kranke meist nur mit einem ganz bestimmten, begrenzten Vorstellungskreise operiert. Dem Krankheitsbilde gibt die krankhafte Bewusstseinsstörung das Gepräge. Durch Hinzukommen von Hallucinationen und Illusionen wird das Krankheitsbild noch complicierter. Gegen Sinnesreize sind die Kranken meist unempfindlich, auch sind hinsichtlich der Erinnerungsfähigkeit während des krankhaften Zustandes alle Uebergänge vorhanden von einem schleierhaften Erhaltensein bis zur völligen Amnesie. Bisweilen werden die hallucinatorischen Vorgänge nach dem Aufhören des Dämmerzustandes von den Kranken festgehalten und werden diese Vorstellungen weiterverarbeitet, als ob sie wirklich erlebt wären, was zuweilen von forensischer Bedeutung ist. Die Traumvorstellungen sind gewöhnlich sehr lebhafter Natur und mit lebhaften affectiven Entladungen combiniert. Die Dämmerzustände weisen Uebergänge zum lethargischen Zustande auf, ebenso

können sie sich mit kataleptischen Erscheinungen verbinden, ferner mit hysterischen Krampfzuständen.

Es gibt nun gewisse seltene Fälle, in welchen die Vorstellungen des Dämmerzustandes eine Sonderexistenz führen, völlig getrennt vom gewönlichen Bewusstsein und nach Beendigung dieses Zustandes aus der Erinnerung vollständig ausgelöscht sind. Nach einer gewissen Zeit kann dieser Dämmerzustand mit seinen begrenzten Vorstellungen als neuer Anfall auftreten, um dann später wieder ebenso spurlos zu verschwinden. Diese Fälle geben Grund zur Lehre von der Verdoppelung der Persönlichkeit, vom ersten, zweiten Zustande u. s. w.

Nachdem ich zur Orientierung eine kurze Uebersicht der psychischen Formen der Hysterie gegeben habe, will ich nun über einen interessanten Fall berichten, welchen ich im verflossenen Winter behandelt habe.

F. M., 20 J. a., ist sonst immer gesund gewesen, die Menses sind regelmässig verlaufen, eine erbliche Belastung liegt nicht vor. Vor 1½ Jahren erschrak sie sehr bei einem Feuerschaden und noch besonders beim Anblick eines Mannes, welcher einen Krampfanfall hatte. Darnach traten Anfälle von ½—2 stündiger Dauer ein, wobei die Kranke, in der Stellung, welche sie gerade einnahm, z. B. beim Gehen, Essen u. s. w., ganz plötzlich einschlief, und zu gleicher Zeit blitzartig eine Starre der gesamten Körpermuskulatur eintrat. In dieser Stellung, regungslos, starr verharrte die Kranke bis der Anfall vorübergıng. Die Kranke ist niemals hingefallen, hat nie irgend welche Zuckungen oder Krämpfe gehabt und war empfindungslos gegen alle äusseren Reize, gegen Nadelstiche, Brennen u. s. w.; nur durch NH_3-Dämpfe, welche auf die Nasenschleimhaut einwirkten, erwachte die Kranke aus ihrem schlafartig erstarrten Zustande und verhielt sich dann sofort so, als ob nichts vorgefallen wäre. Irgend welche Auraerscheinungen sind nie vorausgegangen. Von den Anfällen wusste sie nichts und auch absolut nichts, was während derselben vorgefallen war. Die Kranke klagte über Brennen unter der Herzgrube, unabhängig vom Essen, über träge Verdauung und über Schmerzen in den verschiedensten Körperteilen. Diese Anfälle wiederholten sich mehrmals täglich (bis 8), so dass die Kranke unter denselben ungemein litt. Sie ist während der ganzen Kranheitsdauer behandelt worden, auch längere Zeit klinisch, doch war keine Besserung eingetreten. In diesem Zustande kam sie auch zu mir, und ich veranlasste sie in die Klinik einzutreten. Die Untersuchung ergab: Fr. M. ist von mittelmässiger Ernährung, recht blutarm. An den inneren Organen ist nichts nachweisbar. Den subjectiven Klagen über Schmerzen in den Verdauungsorganen gegenüber ist objectiv nichts nachweisbar, bis auf träge Verdauung. Die Pupillen reagieren normal auf Licht, Kniephänomen sehr gesteigert. Sensibilität überall erhalten, keinerlei anästhetische Stellen nachweisbar. Die Kranke ist psychisch völlig normal, ist ein ruhiger, vernünftiger Mensch, leidet sehr unter den Anfällen und will dringend von denselben befreit werden. Die Kranke bekommt mitten in der Unterhaltung, oder beim Gehen oder irgend einer Verrichtung ihre Anfälle. Sie schläft, ohne dass irgend eine Aura vorausgegangen ist, plötzlich ein, wobei der Körper ebenso blitzartig in der Stellung, welche sie gerade inne hatte, erstarrt, so dass sie die sonderbarsten Posen einnimmt. Die gesamte Körpermuskulatur ist völlig starr, hart, mit grösster Mühe lässt sich eine minimale Flexibilitas nachweisen und das auch nicht immer. Passive Bewegungen hatten keinen Einfluss auf den Grad der Starre. Die Kranke ist während dieser Anfälle niemals hingefallen und verharrte in diesen oft sonderbarsten Stellungen bis zu ihrer Erweckung aus diesem Schlafzustande. Es bestand während der Anfälle völlige Empfindungslosigkeit, selbst gegen die stärksten äusseren Reize, wie sogar gegen Feuer, wie die Brandnarben beweisen, welche ihr früher zu diagnostischen Zwecken beigebracht sind. Nur durch NH_3-Dampfeinwirkung auf die Nasenschleimhaut konnte die Kranke aus diesem Zustande erweckt werden. Das Erwachen erfolgte in eigentümlicher Weise. Nachdem die NH_3 Dämpfe ca ¼ Minute auf die Nasenschleimhaut eingewirkt hatten, erfolgte ein plötzliches Zusammenschrecken des Körpers, worauf sofort wieder der vorige Zustand eintrat, d. h. es bestand ebenso weiter völlige Empfindungslosigkeit auch gegen die stärksten Reize und die Muskelstarre, auch verblieb die Kranke in derselben Körperstellung und erst nach weiterer Einwirkung des NH_3 von ca 15 Sec. erfolgte ganz plötzlich das Erwachen, als ob nichts vorgefallen wäre; sie setzte sofort die unterbrochene Arbeit fort. Nach dem Anfall war keinerlei Verwirrtheit zu constatieren. Während des Anfalles waren die Pupillen mittelweit, reagierten auf Licht; die Augen waren geschlossen, es bestand leichtes Lidflattern. Nach dem Anfalle bestand völlige Amnesie, die Kranke hatte nicht die geringste Erinnerung von dem, was man mit ihr vorgenommen, von allen Stichen u. s. w., welche man ihr beigebracht. Diese Anfälle wiederholten sich ca 8 mal täglich. Der Aufenthalt in der Klinik, die Diät, allgemeine Faradisation, Arseneinspritzungen, Turnübungen wirkten sehr günstig auf den Zustand. Die Kranke erholte sich sichtlich, und nach ca 14 Tagen fingen die Anfälle bei gleichbleibender Intensität derselben an, seltener zu werden und zwar ganz systematisch, so dass nach jeder Woche je ein Anfall täglich weniger eintrat. Dann kamen Anfälle alle 2 Tage, dann alle 4, 8 Tage und schliesslich hatten sich die Anfälle nach ca 3 Monaten ganz verloren, so dass die Kranke nach Hause reiste und in der Zwischenzeit nur noch einen Anfall gehabt hat (4 Monate). Auch die subjectiven Beschwerden haben sich bedeutend gebessert, sie fühlt sich ganz wohl.

Wir haben es bei dieser Kranken mit einen Fall mit ausgesprochenen kataleptischen Erscheinungen zu tun, und dabei besteht völlige Amnesie für alle Vorgänge, welche sich während des Anfalls abgespielt haben. Deshalb teile ich diesen Fall mit, weil es doch zu den Seltenheiten gehört, dass sich während kataleptischer Zustände eine so völlige Amnesie entwickelt, während ja meist die Erinnerungsfähigkeit erhalten ist.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. Paul Römer. Experimentelle und klinische Grundlagen für die Serumtherapie der Pneumococceninfection der menschlichen Cornea (Ulcus serpens). Mit 13. Tafeln. 218 Seiten. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1909.

Bekanntlich ist die Serumtherapie des Ulcus corneae serpens von Römer ins Leben gerufen. Seit seiner ersten Mitteilung vor der Heildelberger ophthalmologischen Gesellschaft im Jahre 1903 hat nicht allein er selbst unablässig in diesen Fragen weitergearbeitet, sondern es sind auch von anderen Seiten Mitteilungen und Kritiken darüber erfolgt, teils zustimmenden teils ablehnenden Inhaltes. Auch die weitere Entwicklung der Aggressin- und Opsoninlehre hatte eine Revision der bisher gültigen Anschauungen nötig gemacht, und so ist es denn mit Genugtuung zu begrüssen, dass sich Römer zu einer umfassenden Publication über die Serumbehandlung des Ulcus serpens entschloss und damit einen weiteren bedeutenden Schritt in der Erkenntnis dieses ebenso schwierigen wie wichtigen Problems tat.

In der Einleitung seines Buches gibt Römer eine kurze Uebersicht über die Entwicklung seiner Ansichten bis auf die Gegenwart. Dann wendet er sich dem Hauptinhalte seines Werkes zu — der Aggressinlehre und ihrer Bedeutung für die Serumtherapie des Ulcus serpens. In knapper aber klarer Weise schildert er zunächst den Entwickelungsgang, die Sätze und die Kritik jener Lehre. Es folgen Abhandlungen über die Spontanheilung des menschlichen Pneumococcengeschwürs, über die Opsoninforschung, über Phagocytose der Pneumococcen und ihre geringe Bedeutung für die Heilung der Pneumococceninfection der Cornea, über die Prüfbarkeit des Pneumococcenserums, über die locale Anwendung des Pneumococcen-Trockenserums beim Ulcus serpens, über die biologische Zusammengehörigkeit der Pneumococcenstämme aus Ulcera serpentia.

Dieses sind die wichtigsten Angaben über die einzelnen Abschnitte. Sie dürften zu einem Ueberblick über den reichen Inhalt genügen, beweisen aber auch, dass ein Referat ohne Erläuterung der grundlegenden Begriffe und Tatsachen ganz unmöglich ist. Ein Eingehen auf die hier behandelten Fragen, die an sich nur eine rein wissenschaftliche Bedeutung haben, würde aber auch nicht dem Interesse der Leser einer allgemeinen medicinischen Wochenschrift entsprechen. Wichtiger scheint es mir, darüber zu berichten, wie Römer sich die praktische Ausführung seiner Vorschläge denkt, wobei allerdings nur gut eingerichtete Kliniken und Laboratorien in Frage kämen.

Römer geht folgendermassen vor. Trifft ein Fall von Ulcus serpens ein, wird mit der Platinnadel Material aus dem Geschwürsgrund genommen und auf dem Deckgläschen mit Carbolfuchsin gefärbt. Bei Anwesenheit von Pneumococcen werden Culturen angelegt, wobei die verwendete Bouillon ganz besonders sorgfältig herzustellen ist. Ist die Bouilloncultur angewachsen, injiciert Römer zunächst 6 Mäusen subcutan je 0,1 ccm. Serum, die Bouilloncultur wird nochmals eingeimpft und nach weiteren 24 Stunden werden sowohl die 6 Serummäuse wie 6 Controlltiere intraperitoneal mit je 1 ccm. Culturverdünnung inficiert. Die Tiere werden 10 Tage lang beobachtet, die gestorbenen auf Vorbandensein von Pneumococcen im Herzblut controlliert (die Ueberlebenden anderweitig verwandt).

Nach dem Grade der Culturverdünnung wird der Grad der Tiervirulenz bestimmt und diese mit der Grösse des Ulcus serpens, seiner Dauer und seinem klinischen Verlauf verglichen. Während dieser Tierexperimente, die Aufschluss über die Natur der zu untersuchenden Fälle geben, hat die Behandlung des Geschwürs seinen eignen Gang zu gehen. Je nach Umständen wird man sich abwartend verhalten, zu chirurgischen Massnahmen greifen (Cauterisation) oder Serum anwenden. Von Letzterem werden sofort 20 ccm. subcutan injiciert und zugleich wird das Geschwür mit Trockenserum eingepudert. Es sollen gleich zu Anfang grosse Serum-Dosen angewandt werden.

Römer verspricht sich bei gleichem und zielbewusstem Vorgehn möglichst vieler Kliniker in der Anwendung seiner Methode eine Klarstellung vieler noch dunkler Fragen. Es wird zunächst festgestellt werden können, ob seine Annahme, dass die Schwere und Bösartigkeit der Hornhautgeschwüre des Menschen proportional der Tiervirulenz des betreffenden Pneumococcenstammes seien, zutreffend ist. Dann wird nachzuweisen sein, ob Gegend, Klima, Alter, Geschlecht und Beschaffenheit des Gesamtorganismus von Einfluss auf den Verlauf des Ulcus serpens seien. Endlich werden sich die Chancen und Leistungen der Serumtherapie «nunmehr in einer fast mathematischen Weise bestimmen lassen.» Eine grosse Zukunft verspricht sich Römer von seiner Serumbehandlung für die Prophylaxe des Ulcus serpens.

Referent glaubt, dass die angeführten Sätze genügen, um einerseits die exacte und scharfsinnige Forschungsmethode Römers zu kennzeichnen, andererseits aber auch zu zeigen, dass wir von einer allgemeinen Nutzanwendung derselben noch weit entfernt sind. Der praktische Augenarzt wird sich gedulden müssen, bis die von Römer erhoffte gemeinschaftliche Bearbeitung der Ulcus serpens-Frage in die Wege geleitet und bis zum Abschluss durchgeführt worden ist. Bis dahin wird er nicht anders können, als nach wie vor zur Glühschlinge und dem Messer zu greifen, um so mehr als einer allgemeinen und reichlichen Anwendung des Serums (wenigstens bei uns) der hohe Preis hindernd im Wege steht. Andererseits ist aber auch schon jetzt die Anwendung des Mittels in einzelnen Fällen zu empfehlen. Axenfelds, 1905 aufgestellte Indicationsstellung scheint dem Ref. mit einer gewissen Erweiterung noch jetzt seine Gültigkeit zu haben. Darnach ist ein die Heilung begünstigender Einfluss anzunehmen. Die Anwendung solle geschehn zur prophylactischen Behandlung unreiner Hornhautverletzungen und bei Pneumococceninfectionen nach tiefen Verletzungen und Operationen. Beim Ulcus serpens beschränke sich die alleinige Anwendung nur auf die allerersten Stadien, in den späteren Stadien verlasse man sich nicht mehr auf eine Wirkung.

Hinsichtlich der äusseren Ausstattung des anregenden Werkes braucht nur angedeutet zu werden, dass es aus dem bewährten Verlage von I. F. Bergmann hervorgegangen ist und weder im Druck noch in der Wiedergabe der Abbildungen etwas zu wünschen übrig lässt.

Ischreyt.

J. Veit: Handbuch der Gynäkologie. 4. Band, 2. Hälfte. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1910.

Dieser Band, der die Fortsetzung des in der Pet. Med. Wochenschrift mehrfach besprochenen Werkes bildet, umfasst die Arbeiten: von J. Veit, die Erkrankungen der Vulva, von F. Fromme, die Peritonitis und von K. Menge, Bildungsfehler der weiblichen Genitalien. Es finden sich in diesem Bande 83 Abbildungen im Text und 3 farbige Tafeln. Diese sowohl wie jene sind wie in den übrigen Bänden vorzüglich ausgeführt und äusserst anschaulich. Veit bespricht die verschiedenen Arten der Vulvitis bei Frauen und kleinen Mädchen, die Cystenbildungen der Vulva, die verschiedenen geschwürigen Processe, wie syphilitische, tuberculöse etc. und die vielfachen gutartigen und bösartigen Neubildungen an den äusseren Geschlechtsteilen. Den grössten Teil des Bandes füllt die Besprechung der Peritonitis aus. Die Darstellung dieser ist in dieser zweiten Auflage bedeutend weiter gefasst, weil die «Gynäkologie in den letzten 20 Jahren mehr und mehr chirurgisch geworden». Durch die häufige Complication mit Appendicitis bekommt der Gynäkolog häufiger Peritonitisfälle zu sehen. Nach Besprechung der Aetiologie, Pathogenese und des Symptomencomplexes kommt F. zur Besprechung der Therapie. Der anfangs ausgesprochene Leitsatz lautet: jede Peritonitis muss operativ angegriffen werden, sobald die Diagnose feststeht. Viel Berücksichtigung verdienen die einzelnen Massnahmen bei der Operation, wie Narkose, Vermeidung der Abkühlung, die Frage, ob man Spülungen, gegen die F. ist, anwenden, wie weit man Verklebungen lösen soll und in welcher Weise zu drainieren ist. Verf. unterscheidet 3 Gruppen von Peritonitis: die erste verläuft stürmisch unter septischen Erscheinungen, der Tod erfolgt am 5. Tage, hier ist ein operativer Eingriff nutzlos; die zweite Gruppe kennzeichnet sich durch einen langsameren Verlauf, das Bild der diffusen eitrigen Peritonitis tritt erst nach Ablauf der ersten Woche ein, es kommt zum Tode durch Toxämie, wenn der chirurgische Eingriff nicht Rettung bringt. Von 18 casuistischen Fällen, die Verf. anführt, konnten 14 operativ geheilt werden, 4 starben. Die dritte Gruppe bietet ein weniger abgeschlossenes Bild. Es wird die Forderung aufgestellt, regelmässig die bakteriologische Blutuntersuchung anzustellen und den Keimgehalt des peritonitischen Exsudats zu untersuchen.

In dem folgenden Capitel werden die Entzündungen des Wurmfortsatzes und die von ihnen ausgehenden Peritonitiden während Schwangerschaft und Wochenbett besprochen. Jede acute Appendicitis soll in der Schwangerschaft nach gewöhnlich chirurgischen Principien behandelt werden, man soll radical einschreiten, wenn drohende Symptome beginnen. Was die Appendicitisoperation à froid in der Schwangerschaft anlangt, so lassen sich keine bestimmten Regeln aufstellen. Den Schluss bildet die tuberculöse Peritonitis.

Lingen.

Prof. H. Strauss: Die Prokto-Sigmoskopie und ihre Bedeutung für die Diagnostik und Therapie der Krankheiten des Rectum und der Flexura sigmoidea. Mit 54 Textfiguren und 37 farbigen Abbildungen. Leipzig 1910. Verlag von Georg Thieme. 149 Seiten Text. Preis geb. Mk. 7,50.

Das vorliegende, inhaltlich wie äusserlich in Druck und vor allem Abbildung ganz vorzüglich ausgestattete, Buch entspricht einem schon lange vorhandenen Bedürfnis, die praktischen Ergebnisse der Recto- und Romanoskopie in einen übersichtlichen Leitfaden zusammenzufassen. Durchaus zweckmässig ist der Umstand, dass den wissenschaftlichen Ausführungen eine Reihe von Krankengeschichten, welche besonders charakteristische Fälle betreffen, beigegeben sind. Das Buch erhält hierdurch einen lebendigen persönlichen Anstrich und wird mit Interesse und grossem Nutzen gelesen werden können.

Der Abschnitt der Romanoskopie ist in einem wesentlich umfangreicheren Abschnitt besprochen; besonders der frühzeitigen Erkennung der Neubildungen der Flexur ist ein grosses Gewicht beigelegt. Die technischen Fragen sind ausführlich behandelt und bieten dank den vorzüglichen Abbildungen auch dem Anfänger die Möglichkeit, sich mit diesen Untersuchungsmethoden bekannt zu machen.

E. Hesse.

G. Lubszynski: Angeborene und erworbene Deformitäten des Kniegelenks und deren mechano-therapeutische bezw. operative Behandlung. Stuttgart. Verlag von F. Enke 1910. VIII. + 144 Seiten. Preis geb. Mk. 5.

In dieser Monographie sind die ätiologischen und diagnostischen Momente sowie therapeutischen Massnahmen der Kniegelenksdeformitäten — und zwar sowohl der angeborenen wie erworbenen — kurz gewürdigt. Die ersteren Abnormitäten sind kürzer geschildert wie die letzteren, da die angeborenen von anderen Autoren schon früher ausführlichst behandelt worden sind. Besonders sind die Fragen erwähnt, welche in älteren Lehrbüchern nur kurz oder garnicht besprochen sind. Die Deformitäten sind nach physiologisch normalen und physiologisch abnormen Bewegungsrichtungen eingeteilt. Unter den angeborenen Deformitäten sind besprochen: Luxationen, Beugecontracturen, Genu recurvatum und valgum. Unter den erworbenen Erkrankungen finden wir: die Quadricepsparesen, Schlottergelenke, tabischen Arthropathien, Versteifungen, Contracturen, Patellarfracturen und Luxationen, Lues und Gonorrhoe des Kniegelenks und die Kniegelenkstuberculose. Teilweise sind die betreffenden Abschnitte entschieden zu kurz gefasst worden, und können durchaus nicht als erschöpfend bezeichnet werden, andererseits findet sich auch vieles Interessante und Lesenswerte in der Broschüre. Die 87 in den Text gedruckten Abbildungen sind gut und demonstrativ.

E. Hesse.

von den Velden: Der starr dilatierte Thorax — eine klinisch experimentelle Studie. Stuttgart. Verlag von F. Enke 1910. VI + 160 Seiten. Preis Mk. 7.

Der Verfasser der vorliegenden Monographie hat sich der überaus dankenswerten Aufgabe unterzogen, das Krankheitsbild des chondrogen starr dilatierten Thorax zu schildern. Wilhelm Alexander Freund hatte schon um die Mitte des vorigen Jahrhunderts die Lehre von dieser Thoraxanomalie in den Grundzügen festgelegt. Sonderbarer Weise ist auf diesem Gebiet eine Reihe von Jahren hindurch überhaupt nichts geschaffen worden, und erst der letzten Zeit

war es vergönnt, den Freundschen Vorschlag — die operative Sprengung des dilatierten Thorax — in die Praxis umzusetzen. In den letzten Jahren hat sich diese Frage ein allgemeines Interesse erobert und noch zum letzten Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie figurierte sie als Programmfrage. Verfasser, welcher seine Monographie W. A. Freund gewidmet hat, verfügt über ein ausgedehntes klinisches Untersuchungsmaterial und über 10 grösstenteils von ihm operierte und Jahre hindurch beobachtete Fälle. Aus diesem Grunde gewinnen seine Ausführungen ganz besonders an Interesse. Dem klinischen Teil sind die anatomischen und physiologischen Grundlagen der Thoraxbeweglichkeit und ihrer Störungen vorangeschickt. Diesem Teil folgt eine ausführliche Diagnostik des starr dilatierten Thorax, woran sich die Ausführungen über die Mobilisierung desselben anreihen. Besprechung der Casuistik und ausführliche Literaturangaben schliessen den Text dieses ganz vorzüglichen Buches ab. 6 Tafeln und 7 Textabbildungen sind beigegeben. Die Lectüre dieses Buches kann jedem Chirurgen und Internisten warm empfohlen werden.

E. Hesse.

Emil Abderhalden. Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden I. Band. Allg. Teil. 2. Hälfte. 9 M. II. Band. Specieller Teil. 2. Hälfte. 24. M. III. Band. Specieller Teil. 1. Hälfte. 18 M. III. Band. Specieller Teil. 2. Hälfte. 35 M. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien. 1910.

Die weiteren 4 Bände des Handbuches, das jetzt als abgeschlossenes Ganzes vor uns liegt, halten alles, was die beiden ersten versprochen haben; überall dieselbe Exactheit der Schilderung der Methoden und die genauste Anpassung an die praktischen Bedürfnisse des medicinischen Chemikers. Auf die einzelnen Abschnitte im Speciellen hier einzugehen, ist nicht gut möglich. Es sei ein Artikel von London über operative Technik zum Studium der Verdauung und Resorption erwähnt, der allen, die sich für das Operationverfahren an Tieren interessieren, hochwillkommen sein dürfte. Eine vorzügliche Darstellung der Bestimmung der Stoffwechselendproducte ist gegeben von Rona, Kutscher, Schittenhelm, Embden, Schmitz. An der Bearbeitung des intermediären Stoffwechsels haben sich Wiechowski, Franz Müller, Jacoby, Schittenhelm, Batelli, Palladin und andere namhafte Forscher beteiligt. In jedem klinischen oder chemischen Laboratorium sollte dieses Werk eine leider schmerzlich empfundene Lücke ausfüllen.

E. Koch.

Д-ръ Ганъ: Острый и затяжной перелой мочеиспускательнаго канала. (Dr. Hahn: Der acute und chronische Tripper des Mannes), Съ 133 рис. Одесса. Л. Нитче. 1910. 544 S. Pr. Rbl. 3.

Autor will mit seiner Arbeit eine Lücke in der russischen medicinischen Literatur ausfüllen. Er hat vom Standpunkt des Praktikers für praktische Aerzte sein Buch geschrieben und geht nicht zu weit auf die theoretischen Controversen ein. Hahn wollte den Leser vorwiegend mit den neuesten Anschauungen und Lehren über die Gonorrhoe bekannt machen, doch hat er, sehr zum Vorteil des Buches, auch seinem persönlichen Standpunkt Raum gegeben. Das subjective Element bringt erhöhtes Leben und Interesse in eine Arbeit und hat ausserdem den grossen Wert, dass sich vielleicht mit der Zeit aus der Fülle der subjectiven Erfahrungen und Anschauungen eine objective und allgemein anerkannte Wahrheit herauscrystallisiert. Bisher gehen auch auf dem relativ engen Gebiete der Gonorrhoe die Ansichten und Methoden wesentlich auseinander. So steht auch Hahn auf dem Neisserschen Standpunkt von der absoluten Nutzlosigkeit der Balsamica, die in der Trippertherapie entschieden eine zu grosse Rolle spielen, die aber jedenfalls in vielen Fällen bei starken Harnbeschwerden, Tenesmen etc. dem Kranken eine wesentliche Erleichterung schaffen und deswegen, meiner Ansicht nach, nicht zu verwerfen sind *). Im Grossen und Ganzen kann ich vollkommen die von Hahn empfohlenen therapeutischen Methoden unterschreiben, die wichtigste und zweckentsprechendste ist ohne Frage die Spülmethode, wenn wohl auch fast ein jeder Arzt in ihrer Anwendung kleine Modificationen nach seinem Ermessen dabei walten lässt. Doch lässt sie sich in vollkommener Weise nur im Hospital durchführen. Auch in der Nichtanwendung der von Neisser preconisierten langdauernden (10—15 Minuten) Harnröhreninjectionen stimme ich Autor bei, finde aber im Gegensatz zu Hahn, dass das bei diesen beobachtete öftere Eintreten einiger Tropfen der Injectionsflüssigkeit in die Urethra posterior (das von manchen Autoren durch Massieren der gefüllten Harnröhre geraten wird zu provocieren) nicht ohne Bedeutung ist, sondern häufig zu starken Reizungen der Prostata und selbst Entzündungen dieser Anlass gibt. Mit dem Rat, bei jeder gewöhnlichen Urethritis posterior die Prostata zu massieren, um durch diese «prophylactische» Massregel einer Prostatitis vorzubeugen, kann ich mich nicht einverstanden erklären, mir scheint in diesem Falle die Massage zum Mindesten überflüssig, und es ist das Richtigste, nach dem Grundsatze zu verfahren: quieta non movere. Vollkommen zustimmen kann ich Hahn, ja ich möchte diese Empfehlung von ihm noch besonders unterstreichen, die dumme Bierprobe nach Beendigung der Cur bleiben zu lassen. Nach abgelaufenem Tripper, wie nach jeder anderen schwereren Krankheit, ist der Patient noch zuerst Reconvalescent und hat erst nach und nach seine gewöhnliche Lebensweise wieder aufzunehmen. — Den Stoff hat Hahn in folgender Weise geordnet: Zuerst ein allgemeiner Teil — Geschichte der venerischen Erkrankungen, Geschichte des Gonococcus Neisseri, Biologie; dann kommt der specielle Teil, der in zwei grosse Abteilungen zerfällt: I. — Anatomie und Physiologie des Harnapparates, Physiologie des Harndranges, Urethritiden nicht gonorrhoischen Ursprunges, Gonorrhoea acuta anterior, Gon. post. ac., patholog. Anatomie, Therapie, Prophylaxe, abortive Behandlungsmethode, methodische Therapie, Behandlung der Urethr. post., Beurteilung der Ausheilung, und II. — Gonorrhoea chron., Gon. chr. anter., Gon. chr. post., Urethroskopie, pathol. Anatomie, versch. Formen der chron. Gon., Diagnose, Therapie, Urethralstricturen, Hygiene der chron. Gon., Beurteilung der Ausheilung. Das Hahnsche Werk ist ein würdiges Seitenstück der bisher erschienenen Monographien über die Gonorrhoe des Mannes in deutscher, französischer und englischer Sprache und verdient an und für sich Beachtung, besonders aber bei uns als erstes selbständiges Werk auf diesem Gebiete in russischer Sprache. Alles in Betracht kommende ist berücksichtigt und verwertet, die Gliederung des Stoffes übersichtlich, die Sprache prägnant und klar, die Ausstattung und die Abbildungen lassen nichts zu wünschen übrig. Wir wünschen und hoffen, dass die verdienstvolle Arbeit die ihr gebührende Anerkennung und Verbreitung finde.

W. Schiele.

*) Ihre Schädlichkeit auf die Nieren wird stark übertrieben, die Niederschläge, die bei der Kochprobe des Urins- und Essigzusatz entstehen, sind absolut nicht immer als Eiweissausscheidung aufzufassen, sondern die Balsamica geben als solche mit Essig eine Trübung und Füllung.

F. Koch: Hässliche Nasen und ihre Verbesserung. 2. verb. und verm. Auflage. Berlin. Verlag Vega. 1910. 458. Pr. Pf. 50.

Die kleine Broschüre ist eine Reklameschrift für die Kunst der Nasenverbesserung, die der Autor, Arzt in Berlin, in der Tat nicht übel zu beherrschen scheint, wie die beigefügten Abbildungen zeigen. Nur unterlässt er es nähere Angaben über die Art seines Verfahrens zu machen, das er in ein bei einer ernsten wissenschaftlichen Arbeit nicht entschuldbares Dunkel hüllt.

W. Schiele.

Prof. Dr. E. Grawitz: Organischer Marasmus. Klinische Studien über seine Entstehung durch functionelle Störungen nebst therapeutischen Bemerkungen. Stuttgart. Ferd. Enke. 1910. 96 S. Mk. 3.60.

Die sehr anregende Arbeit behandelt in ca. 100 Seiten die Aetiologie kachectischer und marantischer Zustände, für die keine anatomisch erkennbaren Ursachen gefunden werden können, resp. bei denen die nachweisbaren organischen Veränderungen keine genügende ursächliche Erklärung zu liefern vermögen.

An der Hand experimenteller Tatsachen und grosser Erfahrung werden weit ausblickende Theorien über den Zusammenhang derartiger Zustände mit functionellen Eigentümlichkeiten gewisser Organe und Organsysteme aufgestellt.

Ebenso wie die Schilddrüse, das Pankreas, die Nebenniere und die Hypophysis, deren innere Secretionsproducte von Starling als «Hormone» bezeichnet wurden, sondert jedes Organ Stoffe ab, die man als innere Secrete bezeichnet, und die in ihrer Wechselbeziehung unter einander und zum gesamten Organismus von wesentlicher Bedeutung sein müssen. Normalerweise besteht ein Gleichgewicht dieser Wechselbeziehungen; wird das Gleichgewicht gestört, so treten gewisse Schädigungen des Organismus auf. Das Gleichgewicht kann sowohl durch Ueberproduction als auch durch zu geringe Production solcher Stoffe, durch Hyper- und Hypofunction der Organe gestört werden. Verf. wendet sich den bisher weniger beobachteten Organen zu, in deren gesteigerter oder herabgesetzter Function er die Ursache für gewisse kachectische Zustände sieht. So spricht Verf. von einer «myogenen Kachexie», einem «cardialen, arteriosclerotischen Marasmus»

einem «enterotoxischen Marasmus», einem «urotoxischen Marasmus», einem «leukotoxischen, leukopriven Marasmus», einem «Bantischen Marasmus» und endlich einem «Marasmus senilis». Jedem ist ein besonderer Abschnitt gewidmet. Pankreas, Thyreoidea, Nebennieren und Hypophysis werden nicht extra behandelt.—Besonderes Interesse dürften die Abschnitte über myogenen, enterotoxischen, leukotoxischen und Bantischen Marasmus beanspruchen.—Nach einer knappen und präcisen Würdigung des Einflusses ausreichender Muskeltätigkeit auf Knochenentwickelung, Blutbildung, Herz und Lunge wendet sich Verf. der Frage zu, wie die Unschädlichmachung der Stoffwechselproducte der Muskeln (Ermüdungstoxin, Kenotoxin u. a.) vor sich geht, welchem Organe die entgiftende Tätigkeit zugeschrieben werden muss. Offenbar sind es neben der Thyreoidea die Leukocyten, die bei gesteigerter Muskeltätigkeit in die Norm weit überschreitenden Mengen im Blute circulieren. Den Beweis einer Leukocytose nach Muskelanstrengung erbringt Verf. in einer Reihe von Experimenten, in denen das Blut zwecks Leukocytenzählung stets gleichzeitig aus Capillaren und grösseren, nicht gestauten Venen gewonnen wurde. Die Resultate waren übereinstimmend, und somit, meint Verf, sei die alte Anschauung, als wenn infolge gesteigerter Muskeltätigkeit eine Vermehrung der Leukocyten sich nur im Capillargebiete finde, nicht richtig und habe man in der Leukocytose nach Muskeltätigkeit eine ähnliche Schutzeinrichtung zu sehen, wie wir sie in der sog. alimentären Leukocytose kennen, der vermutlich die Aufgabe der Entgiftung toxisch wirkender Abbauproducte des Eiweisses zukommt. Die Frage über den schädlichen Einfluss vermehrter Stoffwechselproducte der Muskelzellen bemüht sich Verf. an myomkranken Frauen zu illustrieren. Obgleich es sich hier um glatte Muskulatur handelt, besteht für den Verf. kein Zweifel darüber, dass auch die Stoffwechselproducte dieser inactiven Muskulatur toxisch wirken müssen. Mehrfach wurden Verf. Frauen mit der Diagnose «perniciöse Anämie» überliefert; dieselbe konnte wegen Mangels genügender morphologischer Veränderungen des Blutes nicht bestätigt werden. Der Verdacht eines Myoms wurde dann durch die gynäkologische Untersuchung bestätigt und nach radicaler Operation erholten sich die Frauen glänzend. Derartige kachectische Zustände bezeichnet Verf. mit dem Ausdruck «myogene Kachexie».

Aehnliche kachectische Zustände im Verlaufe gewisser Herzkrankheiten, besonders der Aorteninsufficienz mit hochgradiger Herzmuskelhypertrophie könnten ebenfalls, wenigstens zum Teil, durch eine chronische Intoxication infolge dauernd gesteigerter Production von Stoffwechselproducten des hypertrophen Herzmuskels erklärt werden. Es kann sich also auch hier, parallel mit anderen Schädlichkeiten, um eine «myogene Kachexie» handeln.—Im Abschnitt über enterotoxischen Marasmus bespricht Verf. eingehend die Beziehungen der perniciösen Anämie zu functionellen Störungen des Verdauungstractus. Verf. verteidigt die seit jeher von ihm vertretene Anschauung, dass die perniciöse Anämie ihre Ursache in einer chronischen Intoxication, bedingt durch Resorption toxisch wirkender Abbauproducte des Eiweisses im Darm habe. Das fast constante Vorkommen von Achylie muss dabei eine wesentliche Rolle spielen. Und zwar wird man sich der Annahme nicht verschliessen können, das infolge fehlender freier HCl der Abbau der Eiweissproducte nicht normaliter vor sich geht—trotz der Tatsachen, welche darauf hinweisen, dass eine vollständige Umgehung d. h. Ausschaltung des Magens unter Umständen ohne Schädigung für den Organismus verlaufen kann; dass intermediäre, toxisch wirkende Eiweissabbauproducts zur Resorption gelangen, die einen deletären Einfluss auf die Zellelements des Blutes und die Blutbildungsstätten ausüben. Die vom Verf. auf dieser Theorie begründete Therapie der perniciösen Anämie, bestehend in ausgiebigen Spülungen des Magens und des Darmes, der Vermeidung animalischen Eiweisses spricht dank ihren günstigen Erfolgen für diese Theorie. Der Salzsäure des Magens fallen noch zwei weitere Aufgaben zu—erstens die Beeinflussung von Bakterien im Darm, die nicht saprophytischen Charakter zu haben brauchen und die aus dem Eiweiss toxisch wirkende Substanzen bilden — und zweitens die Denaturierung des anaphylactisch wirkenden artfremden Eiweisses. Die Entstehung der perniciösen Anämie dank gewissen hämolytisch wirkenden Substanzen vom Charakter der Lipoide, die sich im Darm bilden und von verschiedenen Autoren nachgewiesen wurden, hält Verf. nicht für unwahrscheinlich, da auch aus der Darmschleimhaut gesunder Personen hämolytisch wirkende Toxolecithide dargestellt wurden.

Im Abschnitt über leukopriven und leukotoxischen Marasmus verweilt Verf. hauptsächlich beim Krankheitsbilde der Leukämie. Bei der sog. lymphatischen Leukämie muss der schwere kachectische Zustand offenbar durch eine Ausfallserscheinung, die Hypoleukocytose erklärt werden und hätten wir es somit mit einer «leukopriven Kachexie» zu tun. Es dürfte wohl kein Zufall sein, dass Fälle, welche durch Röntgenstrahlen günstig beeinflusst werden, im Stadium der Besserung stets ein Ansteigen der Leukocyten zeigen. Der leukotoxische Marasmus tritt in Fällen gemischt-zelliger Leukämie auf, bei der es sich um Hyperproduction von granulierten Leukocytenformen handelt. Verf. hält es für sicher, dass, wenn auch die leukämischen Zellen an Vitalität eingebüsst haben, sie immerhin Stoffwechselproducte erzeugen und secernieren, dass somit der im Verlauf der gemischtzelligen Leukämie auftretende Marasmus als leukotoxischer betrachtet werden muss, und zwar um so mehr, als die Anzeichen schwerer Kachexie schon eintreten, bevor noch etwa eine Anämie, oder nennenswerte morphologische Veränderungen der roten Blutkörperchen nachzuweisen sind. Zieht man noch in Betracht, dass durch Röntgenstrahlen die Erythrocyten eher geschädigt werden, so ist die Besserung tatsächlich auf das Schwinden krankhaft gewucherter Zellen zu beziehen. Verf. weist gelegentlich auch darauf hin, dass obgleich die Literatur über die leukämischen Erkrankungen riesengross angewachsen ist, bisher kein Versuch gemacht wurde, den schweren Marasmus, welchem die Patienten meist erliegen, zu erklären. — Ganz analog erklärt Verf. den Marasmus beim Krankheitsbilde der sog. Pseudoleukämie. Der Unterschied dieser Krankheit gegenüber der Leukämie besteht eben nur darin, dass hier die Proliferation der Zellen auf die stabilen Organe beschränkt bleibt, während bei der Leukämie das Blut selbst und z. T. die blutbildenden Stätten mit einem Uebermass von Zellen erfüllt sind. Auch hier kann der Marasmus weichen, wenn es gelingt, durch Röntgenbestrahlung die hyperplastischen Lymphdrüsen zum Schwinden zu bringen.

Den Bantischen Marasmus führt Verf., ebenso wie Banti selbst, auf chronische Intoxication durch Stoffwechselproducte der Milz zurück. Verf. sah eine Reihe von Banti-Kranken, die nach der Splenectomie vollständig genasen. Durch Stoffwechselversuche von Umber wurde constatiert, dass im Laufe der Bantischen Kachexie ein hochgradiger Eiweisszerfall vor sich geht, indem der Gesamtstickstoff und die Purinbasen vermehrt ausgeschieden werden. Bei einem Patienten von Umber hörte dieser Zerfall nach der Splenectomie mit einem Schlage auf. — Patienten mit Splenomegalie, in deren Anamnese Lues stand und die schwer kachectische Zustände aufwiesen, erholten sich nach energischen Hg-Einreibungen zusehends, parallel wurde der Milztumor kleiner. Dieser Umstand sowohl als die Beobachtungen über günstige Erfolge nach operativen Eingriffen (Splenectomie) bei Malariakachexie bestärken Verf. in der Ansicht, dass es sich in den meisten Fällen von Kachexie mit Milztumor um chronische Intoxication des Organismus durch Stoffwechselproducte der Milz handeln muss. Therapeutisch schlägt Verf. energische antiluetische Curen und Milzexstirpation vor.

Harald Hoffmann.

Protocolle

des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1382. Sitzung am 12. April 1910.

I. Vor der Tagesordnung:

Blessig stellt einen 16-jährigen Knaben vor mit linksseitigem hochgradigen Exophthalmos. Die Anamnese ergibt, dass die Vortreibung des Auges vor zwei Monaten begonnen. Vollständige Blindheit auf beiden Augen seit zwei Wochen. Vorher sollen starke Kopfschmerzen bestanden haben. Pat. ist sehr abgemagert. Das linke Auge stark vorgetrieben, nach vorn und aussen verlagert. Beweglichkeit beschränkt nach allen Richtungen, am meisten nach innen. Pupille weit und reactionslos. Ophthalmoskop: hochgradige Ueberfüllung der Netzhautvenen, aber nicht das Bild einer Stauungspapille. V = O. Am nasalen Augenhöhlenrande, dicht über dem Lig. canti intern. harte (Geschwulst —?) Massen fühlbar. Aus dem Tränensack eitrige Secretion. Rechtes Auge: Pupille weit und starr, V = O, Ophthalmoskop: gleichfalls Ueberfüllung der Venen, wenn auch nicht so stark wie links. Die ganze Nasenrückengegend scheint verbreitert, die Nase verlegt (vom Nasenrachenraum aus?), nasale Sprache Links unter dem Kieferwinkel und auf dem Sterno-cleido-mastoid. Drüsenpakete! — Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Tumor der linken Orbita, ausgehend von der Schädelbasis (vom Keilbein?). — Rhinologische und Röntgenuntersuchung stehen noch aus.

(Autoreferat).

Discussion:

Wanach: Das Alter des Patienten, das schnelle Wachstum des Tumors, die Drüsenpakete sprechen für ein Sarcom, und zwar ein sehr malignes, welches in alle Richtungen hin wuchert, in die Orbita, in das cranium (doppelseitige Erblindung), und deshalb wohl nicht operabel ist.

Germann demonstriert an Abbildungen aus der Schrift **Golowins** dessen Methode der Resection des Oberkiefers, um Tumoren der vorderen Schädelbasis zu entfernen, mit den sich anschliessenden plastischen Operationen.

Fick hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Magenblutungen nach Laparotomien.

An der Hand eines im Alexanderhospital beobachteten Falles bespricht F. die nach Laparotomien gelegentlich auftretenden Magenblutungen. Das Interesse an diesen Blutungen wurde wachgerufen durch von Eiselsberg, der auf dem Chirurgencongress 1899 über mehrere einschlägige Fälle berichtete. Die Aetiologie der Blutungen ist dann näher experimentell untersucht worden, und an erster Stelle sind es die Payrschen Arbeiten, die unsere Kenntnis soweit gebracht haben, dass die Ursache dieser Blutungen heute wohl als klargestellt anzusehen ist. Die Blutungen kommen zustande durch embolische Verstopfung der kleineren Magenvenen in der Schleimhaut und Submucosa durch retrograde Verschleppung von Thromben aus irgend einem Teil des Pfortadergebietes. An erster Stelle kommt allerdings das grosse Netz in Betracht, dessen Gefässsystem mit dem des Magens durch die venae gastroepiploicae in engstem Zusammenhang steht. Aber auch aus anderen Teilen des Pfortadergebietes, so namentlich aus den Venen des Mesenteriolums des Appendix ist die Embolisierung der Magenvenen möglich und auch beobachtet worden. Der von Dieulafoy beschriebene und benannte «Vomito negro appendiculaire» ist mit Sicherheit auf embolische Vorgänge in den Magenvenen zurückzuführen.

Die retrograde Embolie kommt durch zeitweilige Umkehrung des Blutstromes im Pfortadergebiete zustande. Eine solche Umkehr des venösen Blutstromes, die auch im grossen Kreislauf beobachtet wird, wenn der negative Druck in den grossen Venen im Thorax bei schweren Circulationsstörungen oder bei plötzlichen Druckschwankungen, z. B. bei starken Hustenstössen etc., in einen positiven verwandelt wird, scheint im Pfortaderkreislauf häufig vorzukommen dank dem geringen Druck und der langsamen Stromgeschwindigkeit in den Venen und dem Wechsel des intraabdominellen Druckes beim Husten, Würgen und Erbrechen.

Durch die Embolisierung der Magenvenen kommt es auf der Schleimhaut zu mehr oder weniger schweren Circulationsstörungen und unter der Einwirkung des sauren Magensaftes zu den Erscheinungen der Selbstverdauung. Alle Uebergänge von der Stauungshyperämie zur Blutung per diapedesin, zur hämorrhagischen Infarcierung, zur hämorrhagischen Erosion bis zum fertigen, zuweilen recht grossen Geschwür sind sowohl beim Menschen beobachtet als auch experimentell an Tieren erzeugt worden.

Prophylaktisch muss man bei der Laparotomie durch möglichst schonendes Umgehen mit den Eingeweiden, speciell dem Netz, die Thrombenbildung in den Gefässen zu beschränken suchen. Die Therapie der Blutungen richtet sich nach der Stärke derselben. Bei sehr profusen Blutungen wird man sich ebenso verhalten, wie bei den Blutungen aus dem gewöhnlichen peptischen Magengeschwür, bei den mittelstarken Blutungen (vomito negro appendiculaie), schwarzem Erbrechen nach Gallensteinoperationen (Kehr)) leisten Magenspülungen gute Dienste, da meist eine starke Hypersecretion von Magensaft gleichzeitig besteht. Die schwachen Blutungen endlich bedürfen kaum einer besonderen Therapie und vergehen bei entsprechenden diätetischen Massnahmen.

(Autoreferat).

Discussion:

Wanach: Vortragender habe zu sehr die Häufigkeit der groben Magenblutungen betont. Die starken Blutungen sind extrem selten. Dies spreche gegen die retrograde venöse Embolie, deren Bedingungen doch bei einer Laparotomie wegen Peritonitis gegeben sind. Es müssen andere Wege und Möglichkeiten für das Entstehen der Blutungen gegeben sein. Die Magengeschwüre nach schweren Verbrennungen sind sicher durch arterielle Embolien hervorgerufen, das Blut aus jenen findet sich, wenn nicht in dem Erbrochenen, so doch im Stuhlgange. Andere Entstehungsbedingungen kennen wir noch wenig oder gar nicht, so die Chemie der faulenden Massen im Magen und Darme, die Dehnungsgeschwüre (Kocher). Nitsche hat wohl Recht, wenn er dem chemischen Einflusse der Ingesta eine grosse Rolle zuschreibt.

Heuking: In meiner Kinderpraxis habe ich viel acute Appendicitiden zu operieren und sehe dabei sehr häufig ein stark entzündlich verändertes Netz mit thrombosierten Venen, habe aber niemals dabei eine Magenblutung erlebt. Im Kindesalter ist also letztere ein sehr seltenes Ereignis. Dies erklärt sich möglicherweise daraus, dass die Mesenterialvenen bis zum 20. Lebensjahre sufficiente Klappen besitzen. Embolien und Thrombosen sind überhaupt bei Kindern selten, Redner habe bei ihnen noch keinmal eine Embolie in die Lungen gesehen. Erst vor kurzem erlebte er einen Fall von vomito negro appendiculaire bei einer Appendicitisoperation à froid, wo die Magenblutung erst recht nicht zu erwarten war, da bei der Operation am Netz garnicht gerührt wurde. Es handelte sich um ein 13-jähriges bereits menstruiertes Mädchen, das also schon eher als Erwachsene denn als Kind zu betrachten ist. — Die Kranke genas. Das mechanische Moment allein genügt nicht zur Erklärung der Magengeschwüre, wir müssen noch andere Bedingungen verlangen, wie etwa bei den Geschwüren nach Verbrennungen, wo toxische Momente sicher eine Rolle spielen — Die Aetiologie der Magenblutungen nach Laparotomien bleibt immer noch sehr unklar, da die Payrschen Versuche nicht befriedigen.

Wanach: Magenblutungen sind auch beobachtet worden nach Operationen ohne Narkose, wo die toxische Wirkung des Anästheticum ausgeschlossen war. Es gibt nämlich nach der Aethernarkose bisweilen eine typische Gastritis: die Patienten haben bis zu 5 Tagen colossale Magenschmerzen, die sich kaum durch Morphium stillen lassen, vertragen gar keine Speise, zeigen einen sehr stark aufgeblähten Magen. Diese Gastritis ist bestimmt durch den Aether bedingt und könnte sehr wohl auch zu Thrombosen und Embolien der Magengefässe führen. Ueber eine ähnliche Chloroformwirkung hat Redner keine Erfahrung.

Fick: Landau ist der einzige, welcher die Narkose für die Magenblutungen beschuldigt. Die Magenblutungen sind an und für sich sehr selten, am häufigsten die mittelstarken. Ausser der Thrombose ist noch die Umkehrung des Blutstromes für die Embolie verantwortlich zu machen. Auch in den Tierexperimenten tritt nicht immer als Resultat ein Magengeschwür ein; in die Leber hinein finden stets bei ihnen Embolien statt, aber nicht immer in den Magen. Es müssen also noch andere Momente tätig sein, und eines dieser ist im Magen und Anfangsteil des Duodenum der saure Magensaft, der aus der embolisierten Stelle ein Geschwür entstehen lässt.

Kernig: Den Zusammenhang von Appendicitis und Magengeschwür illustriert folgender von ihm beobachtete Fall: Im Laufe des Jahres 1901 fünf Anfälle von Appendicitis, der sechste im Jahre 1903. Im Februar 1908 plötzlich ohne Vorboten Blutbrechen ohne Schmerzanfall. 2 Tage darauf Empfindlichkeit in der Ileocöcalgegend. Ulcuscur mit anfänglichem Hungern im Laufe von 4 Tagen. Also ohne Narkose und ohne Operation Auftreten eines Magengeschwürs bei einem Appendicitispatienten, wie Manert (Appendicitis und Ulcus ventriculi; Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, 1908, Bd. XVIII, pag. 469) eine ganze Reihe solcher Fälle beschrieben hat. Beim genannten Patienten führte Prof. Zeidler im April 1908 die Operation aus, fand ein Empyem des Appendix, konnte jedoch die Magengegend nicht revidieren. 1909 constatierte Elsner noch Hyperacidität und Hypersecretion des Magens und verordnete eine Karlsbader Cur. Seitdem ist der Patient gesund und blühend.

Fick: Die Payrsche Erklärung für die Magenblutungen gibt uns die einzige bisher sicher nachgewiesene Aetiologie für diese an; sie ist offenbar auch die häufigste, weil bei Sectionen des Menschen immer derselbe Befund erhoben wird wie in den Payrschen Tierversuchen. Schwalbach constatiert in seiner Arbeit das auffällige Factum, dass viele Kranke mit Magenulcus früher Appendicitis gehabt haben, zieht jedoch keine Schlüsse.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Hochschulnachrichten.

Die Professoren an der Universität zu Tomsk I. Grammatikati, A. Smirnow und B. Ssaposhnikow sind nach Ausdienung ihrer gesetzlichen Frist noch auf 5 Jahre im Dienst belassen.

— Am 28. Juni (11. Juli) begeht das Scheremetew-Hospital in Moskau die Feier seines 100-jährigen Bestehens.

— Die St. Petersburger Stadtduma hat aus dem Gesamt-Budget der Stadt für das Jahr 1910, das 35586000 Rbl. beträgt, für das Hospitalwesen 5138000 Rbl. bestimmt.

— Am 29. Juni n. St. fand die feierliche Enthüllung des Rudolf Virchow-Denkmals auf dem Karlsplatz in Berlin statt.

— Infolge einer Aufforderung des Ausschusses der Freien Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse, zu der die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift gehört, veröffentlichen wir hier die folgende Erklärung:

Herr Prof. W. Heubner in Göttingen hat in einem in der Juni-Nummer der «Therapeutischen Monatshefte» veröffentlichten Artikel «Reklame durch Sonderabdrücke» sich gegenüber einer Bemerkung von Prof. Klemperer, dass

die Redaction der «Therapentischen Monatshefte» in der Frage der Sonderabdrücke selbständig vorgegangen sei, ohne sich an das berufene Forum, die Freie Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse, zu wenden, in folgender Weise geäussert: «Diese Vereinigung hat bereits im Jahre 1908 diese Frage diskutiert und ist zu dem Resultate gekommen: Es dürften weiterhin Separata an industrielle Firmen geliefert werden. Somit erschien ein Appell an diese Vereinigung von vornherein ziemlich aussichtslos. Auch darf es zweifelhaft sein, wieweit bei dieser Entscheidung der Einfluss der pharmaceutisch-chemischen Grossindustrie beteiligt war, deren Vertreter ja zu gewissen Beratungen der Vereinigung der medicinischen Fachpresse hinzugezogen wurde. Ich halte mich für berechtigt, diesen Zweifel auszusprechen, da ich Beweise dafür in der Hand habe, dass von seiten der Grossindustrie versucht worden ist, sogar den redactionellen Teil wichtiger Publicationsorgane in ihrem Sinne zu beeinflussen». Gegen diese Ausführungen, die bei uneingeweihten Lesern den Verdacht erwecken können, dass der von Herrn Heubner erwähnte Beschluss der Vereinigung vom Jahre 1908 durch eine unzulässige Beeinflussung seitens der pharmaceutisch-chemischen Grossindustrie zustande gekommen sei, legt der unterzeichnete Ausschuss der Freien Vereinigung der deutschen med. Fachpresse im Namen ihrer Mitglieder nachdrücklich Verwahrung ein. Wäre Herr Heubner Mitglied unserer Vereinigung, so müsste er wissen, dass der Vertreter der pharmacentisch-chemischen Grossindustrie bei Sitzungen der Vereinigung lediglich informatorisch zugegen ist, zu dem Zwecke, die Med. Fachpresse in ihrem Kampfe gegen die Arzneimittel-Soldschreiber mit geeignetem Material zu versehen. Nur dieser Unterstützung hat die deutsche med. Fachpresse es zu verdanken, dass sie innerhalb kurzer Zeit den Reinigungsprocess so erfolgreich durchführen konnte.

Wenn Herr Heubner ferner auf Versuche der pharmaceutisch-chemischen Grossindustrie, wichtige Publicationsorgane in ihrem redactionellen Teil zu beeinflussen, hinweist, so erwarten wir von ihm das belastende Material zur weiteren Verfolgung.

Der Ausschuss
der Freien Vereinigung der Deutschen
medicinischen Fachpresse
Dr. B. Spatz.

— Ständige Commission der internationalen medicinischen Congresse. Am 29. und 30. März 1910 ist das Bureau der ständigen Commission, die auf dem Congress in Budapest eingesetzt wurde, zum ersten mal im Haag zusammengetreten. Es waren anwesend die Mitglieder des Bureaus: Herr Davy, Präsident, die Herren Blondel, Maragliano, Müller, Posner, Vicepräsidenten, Herr Waldeyer, der frühere Vicepräsident, Herr Wenckebach, der frühere Generalsecretär, Herr Burger, Generalsecretär und Herr Van der Haer, Beisitzer; endlich Herr von Grosz, der Generalsecretär des Budapester Congresses und Herr Clive Rivière, Secretär des englischen Nationalcomitees.

Der niederländische Minister des Innern, Herr Heemskerk hatte die Liebenswürdigkeit, das Bureau in der herzlichsten Weise zu empfangen und dem Diner, das die niederländische Regierung den Mitgliedern des Bureaus gab, beizuwohnen. Herr Wenckebach, der in Budapest gewählte Generalsecretär, ist, nachdem er die ganze vorbereitende Arbeit gemacht hat, zurückgetreten; er wurde ersetzt durch Herr Burger in Amsterdam.

Der Sitz des Bureaus ist der Haag, Hugo-de-Grootstrasse 10.

Das Bureau hat sich in der Sitzung mit der Vorbereitung der Vollversammlung der ständigen Commission beschäftigt, die wahrscheinlich im nächsten Herbst stattfinden wird. Diese Versammlung wird sich mit der allgemeinen Organisation des nächsten Congresses in London beschäftigen.

Das Bureau bittet die internationale med. Presse um Gewährung eines Freiexemplares ihrer Blätter oder um Zusendung derjenigen einzelnen Nummern. die Artikel enthalten, welche sich auf die Organisation der internationalen Congresse beziehen. Das Bureau richtet ferner an die Collegen aller Länder die Bitte, ihm ihre auf die wissenschaftliche Arbeit der Congresse bezüglichen Wünsche mitzuteilen.

— Cholera. Britisch-Indien. In Calcutta starben vom 8. bis zum 14. Mai 74 Personen. — Siam. In Bangkok erkrankten vom 24. bis zum 30. April 134 Personen und starben 127, vom 1. bis zum 7. Mai erkrankten 210, die sämtlich starben. — Niederländisch-Indien. In Soerabaya erkrankten vom 24. bis zum 30. April 32 Personen, starben 20, in der Umgegend erkrankten 15 und starben 6. — Philippinen. Die Choleraepidemie soll in der Abnahme begriffen sein. Im April erkrankten in den Provinzen 184 Personen, von denen 127 starben.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 8. bis zum 14. Mai erkrankten in ganz Indien 12850 Personen und starben 11248. — Siam. In Bangkok erkrankten vom 20. bis zum 26. März 22 Personen. — Hongkong. Vom 1. bis zum 14. Mai erkrankten in der Stadt Victoria 2 Personen, von denen 1 starb; ausserdem fand 1 Erkrankung in der Kolonie statt. — China. Pestfälle kamen vor: in Pakkoi (epidemisch), in Chao-Yang und in Hankon (sporadisch). — Aegypten. Vom 4. bis zum 10. Juni erkrankten 59 Personen und starben 23.

— Genickstarre. Preussen. Vom 5. bis zum 11. Juni wurden 12 Erkrankungen und 3 Todesfälle gemeldet.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 5. bis zum 11. Juni fanden 4 Erkrankungen und 1 Todesfall statt.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 6. bis zum 12. Juni	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Gouv. Jekaterinoslaw. . .	665 (303)	1695 (730)	10. Jan.
» Tschernigow . . .	120 (39)	295 (118)	13. Mai
» Minsk.	49 (13)	129 (42)	6. »
Gebiet der Donkosaken .	461 (166)	753 (312)	21. Juni
Gouv. Taurien	32 (24)	145 (55)	7. Mai
» Cherson	207 (80)	490 (160)	10. »
Gouv. Charkow	84 (45)	252 (129)	29. April
» Mogilew	— (—)	20 (13)	14. Mai
» Poltawa	147 (66)	339 (133)	9. »
» Kiew	143 (59)	368 (113)	3. »
» Witebsk	3 (—)	25 (2)	21. April
Kuban-Gebiet	471 (245)	646 (335)	28. Mai
Gouv. Baku	7 (5)	30 (19)	19. April
Terek-Gebiet.	6 (2)	7 (3)	29. Mai
Stadt Tiflis	2 (—)	2 (—)	6. Juni
» Ssewastopol. . . .	5 (1)	5 (1)	10. »
Gouv. Orel	— (—)	15 (7)	13. »
» Bessarabien, Stadt Ackerman	— (—)	1 (1)	29. »
Stadt Noworossijsk (Gouv. Cherson)	3 (2)	3 (2)	7. »
Gouv. Tambow	5 (3)	7 (4)	29. Mai
» Woronesh	17 (8)	57 (21)	27. »
» Ssimbirsk, Stadt Ssysran	1 (—)	1 (—)	10. Juni
Stadt Ssamara	2 (2)	2 (2)	9. »
Gouv. Ssaratow	1 (—)	1 (—)	10. »
Im Ganzen .	3566 (1420)	7558 (2895)	

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 30. Mai bis zum 5. Juni 1910 484 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 29, Typh. exanth. 8, Febris recurrens 2, Pocken 35, Windpocken 8, Masern 185, Scharlach 74, Diphtherie 65, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 16, an anderen Infectionskrankheiten 62.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 996 + 49 Totgeborene + 50 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 17, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 0, Pocken 12, Masern 73, Scharlach 15, Diphtherie 22, Keuchhusten 4, crupöse Pneumonie 25, katarrhalische Pneumonie 129, Erysipelas 13, Influenza 16, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 22, Dysenterie 3, Gastroent. epidem. 2, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 88, andere Magen- und Darmerkrankungen 75, Alcoholismus 12, angeborene Schwäche 63, Marasmus senilis 33, andere Todesursachen 265.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 5. Juni 1910 11915. Darunter Typhus abdominalis 283, Typhus exanth. 29, Febris recurrens 10, Scharlach 308, Masern 108. Diphtherie 267, Pocken 170, Windpocken 7, Cholera 0, choleraverdächtige Erkrankungen 1, crupöse Pneumonie 105, Tuberculose 554, Influenza 149, Erysipel 124, Keuchhusten 10, Hautkrankheiten 70, Lepra 0, Syphilis 485, venerische Krankheiten 445, acute Erkrankungen 1852, chronische Krankheiten 1744, chirurgische Krankheiten 1525, Geisteskrankheiten 3297, gynäkologische Krankheiten 242, Krankheiten des Wochenbetts 73, verschiedene andere Krankheiten 57.

— Nekrolog. 1) Am 19. April starb der Landschaftsarzt im Gouv. Wjatka Dr. A. Pickering, geb. 1859, approb. 1883. 2) Am 4. Juni starb in Odessa Dr. A. Kassewitsch, geb. 1838, approbiert 1863. 3) Am 8. Juni starb in Kiew Dr. A. Witalewitsch, geb. 1851, approb. 1875. 4) In St. Petersburg starb Dr. J. Michailowskij, Consultant an dem Maximilian-Hospital.

— Das Verzeichnis der zur Besprechung zugegangenen Bücher findet sich auf Seite III des Umschlags.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 27 St. Petersburg, den 3. (16.) Juli 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Zur Behandlung der Placenta praevia.

Von

Dr. Goldberg.

Oberarzt des Libauschen Stadtkrankenhauses.

Vortrag, gehalten auf dem II. Kurl. Aerztetag in Libau. 30. V 1910.

Meine Herren! Die Behandlung der Placenta praevia steht augenblicklich im Vordergrunde des ärztlichen Interesses, und deshalb erlaube ich mir, vor dieser hochgeschätzten Versammlung diese Frage hier aufzurollen, wenn auch nur auf Grund eines bescheidenen, klinischen Materials, das ich aber meistenteils selbst in der geburtshilflichen Abteilung des hiesigen städtischen Krankenhauses gesammelt habe.

Bevor ich jedoch auf dasselbe eingehe, will ich die jetzt üblichen Behandlungsmethoden mit einer kurzen Umschau der Literatur besprechen, ich sage, mit einer kurzen Umschau, weil die Literatur dieser Frage eine gewaltige ist, und ich Ihnen hier nur einen Bruchteil bringen kann, jedoch genügend, um sich in derselben zu orientieren.

Nachdem Braxton Hicks in die Behandlung der Placenta praevia die Methode — combinierte Wendung auf den Fuss bei unvollkommen erweitertem Muttermund mit nachfolgendem Abwarten — eingeführt und dieselbe durch Behm, Hofmeier und Wyder allgemeine Verbreitung gefunden hatte, trat damals auch in diesem Capitel der Geburtshilfe eine Ruhe ein. Die ganze Geburtshilfe schien abgeschlossen und nicht erweiterungsfähig zu sein. Mit Neid schielten die Schwestergebiete der Medicin nach derselben, in welcher sich Alles nach ehernen, ewigen Gesetzen abzuspielen schien. Jedoch allmählich bereitete sich ein Wandel vor. Die grossen Erfolge der Chirurgie, verursacht durch die Einführung der Antisepsis und der Bakteriologie, warfen ihre Strahlen auch auf die Gynäkologie, die bis dahin ein kümmerliches Dasein führte, und schliesslich begann es auch in der Geburtshilfe lebendiger zu werden. Dührsen prophezeite schon 1890 den Eintritt einer neuen chirurgischen Aera in der Geburtshilfe, und Bumm konnte auf dem Gynäkologencongress zu Kiel 1905 den Ausspruch tun: „Die Geburtshilfe hat im Laufe der letzten Jahre mehr und mehr einen chirurgischen Zug angenommen". Man wollte da nicht mehr lange warten, wo man durch ein richtiges chirurgisches Eingreifen ein gutes Resultat für Mutter und Kind bekommen konnte.

Durch die Verallgemeinerung der Methode von Braxton Hicks sind die Resultate für die Mütter bedeutend besser geworden. Bis zur Einführung dieser Methode betrug die Sterblichkeit für die Mütter 20% und noch drüber. Nach Einführung der Methode hat sich die Sterblichkeit für die Mütter bedeutend gebessert, wie Sie es aus folgender kleinen, älteren Tabelle ersehen:

	Zahl der Fälle.	Tod der Mütter.	Tod der Kinder.
Charité 1900/02	26	2 = 3,16%	24 = 92,31%
Hofmeier	37	1 = 2,7%	23 = 63%
Nordmann	45	1 = 2,22%	35 = 77,5%
Behm	40	0	31 = 75%

Sie sehen, dass aber die Kindersterblichkeit noch immer eine bedeutende war. Nun müssen wir freilich nicht ausser Acht lassen, dass die grosse Kindersterblichkeit bei Placenta pr. ihre besonderen Gründe hat und bei keiner Methode eine ideale werden kann. Recht häufig tritt bei Pl. pr. die Unterbrechung der Schwangerschaft zu einer Zeit ein, wo die Kinder im Gewicht unter 2000,0 — einige Autoren stellen die Grenze sogar bis 2500,0 — noch überhaupt nicht lebensfähig sind. Nach Strassmann werden bei Pl. pr. überhaupt 18% der Kinder unreif, 43% im 8. oder 9. Schwangerschaftsmonat und nur 39% ausgetragen geboren. Ausser der Methode nach Braxton Hicks kommt noch der Blasensprung in Betracht. Derselbe wurde schon 1759

durch Puzos empfohlen, kann jedoch nur bei Pl. pr. marginalis ausreichen.

Die Scheidentamponade, durch Wiegand eingeführt, ist im allgemeinen verlassen, da sie einerseits die Blutung nicht stillt und andererseits teils als guter Nährboden für Entwickelung von Bakterien, teils durch Abschilferung des Scheidenepithels leicht zu Sepsis führen kann. Nach Freund fiebern 66% der Frauen, die mit Tamponade behandelt wurden, nach Strassmann sogar 80%.

In letzter Zeit hat jedoch Zweifel eine Arbeit veröffentlicht, in welcher er der Dauertamponade das Wort redet. Er will eine jede Frau mit Pl. pr. nach einer stärkeren Blutung einige Zeit beständig tamponiert halten, am besten mit dem Colpeurynter. Hat man kein Colpeurynter zur Hand, so nehme man keimfreies Material. Hat man weder das eine noch das andere, so kann man durch Kochen in Wasser, dem man auf einen Liter 9 g. Kochsalz und einen Esslöffel voll starken Essigs zusetzt, das Material keimfrei und styptisch machen. Selbstverständlich ist letzteres nur ein Notbehelf. 1894 hatte Dührsen seine Ballonbehandlung bei Pl. pr. empfohlen, die darin bestand, dass, nachdem die Eihäute gesprengt waren, der Ballon in den Uterus eingeführt wurde. Der Ballon wurde mit einer antiseptischen Flüssigkeit gefüllt, und am Ende desselben ein Zug von 1—2 Pf. angebracht. Der Zweck bestand darin, einerseits die Blutung zu stillen, andererseits auf diese Weise die weichen Geburtswege rasch zu eröffnen, um die Geburt sowohl im Interesse der Mutter wie des Kindes rasch beenden zu können. Maurer soll als erster bei Pl. pr. den Colpeurynter gebraucht haben. Der erste, der überhaupt die intrauterine Colpeuryse einführte, war Schauta, jedoch ohne Zug. Als Ballon werden jetzt meistenteils die unelastischen nach Champétier de Bibes gebraucht. Ein solcher Ballon, gefüllt mit ungefähr 600,0 Flüssigkeit, hat einen Umfang von ca. 33 cmt. Den Ballon mit Luft zu füllen, ist entschieden zu widerraten, da ein Platzen nicht zu den Unmöglichkeiten gehört, und dann, wie Olshausen nachgewiesen hat, leicht eine Luftembolie erfolgen kann.

Aber auch dieser Methode fehlt es nicht an Gegnern, nach deren Meinung der Metreurynter nicht aseptisch zu machen wäre. Es wurden Metalldilatatoren (Bossi) zur raschen Eröffnung des Muttermundes zwecks rascher Geburtsbeendigung vorgeschlagen. Bei dieser Methode müssen wir aber die grosse Gefahr der Cervixrisse im allgemeinen und speciell bei Pl. pr., wo das untere Uterinsegment besonders aufgelockert ist, berücksichtigen.

Im Gegensatz zu dieser instrumentuellen Methode empfiehlt Bonnaire den Mutterhals bimanuell zu erweitern. Es haben auch einige Autoren diese Methode versucht, jedoch wurde dieselbe von Treub auf einer Sitzung der niederländischen gynäkologischen Gesellschaft im April 1908 verworfen, weil er durch dieselbe 18% Sterblichkeit der Mütter und 48% Sterblichkeit für die Kinder bekam. Nach Zweifel wird bei Pl. pr. in der Regel das beste Resultat mit der combinierten Wendung nach Braxton Hicks erreicht. Da jedoch die Extraction wegen der Gefahr der Mutterhalsrisse nicht angeschlossen werden darf und das Kind leicht in Erstickungsgefahr geraten kann, so schlägt Zweifel vor, da, wo ein Einreissen des Muttermundes nicht zu fürchten ist, activer vorzugehen, das Kind bis zum Kopfe zu extrahieren und demselben entweder durch einen Katheter in den Mund Luft zuzuführen, oder die Finger so zu halten, dass das Kind beim Atemholen Luft in seine Lungen saugen kann. Der Muttermund ziehe sich selbst nach einigen Minuten über den Kopf zurück. Letzteres Verfahren emfiehlt auch Rühl.

Aus Amerika kam die Kunde von besonders guten Resultaten des classischen Kaiserschnitts bei Pl. pr., und viele schlossen nun auch in Europa die Pl. pr. in das Gebiet der Indicationen, sei es des classischen, sei es des cervicalen, sei es des vaginalen ein. Augenblicklich stehen wir, so zu sagen, in der Aera des Kaiserschnitts. Auf dem nächsten internationalen Gynäkologencongress, der im September dieses Jahres in Petersburg stattfinden wird, bildet der Kaiserschnitt ein Hauptthema. Ich muss sagen, dass der Kaiserschnitt auch hier beim Publicum seine Schrecken verloren hat, und man nötigenfalls beim Vorschlagen desselben auf leicht besiegbaren Widerstand stosst.

Das, meine Herren, sind die Methoden im Allgemeinen, die jetzt bei der Behandlung der Pl. pr. in Betracht kommen. Werfen wir nun einen Blick in die Literatur dieser Frage, so sehen wir, dass man bis jetzt noch zu keinem endgültigen Abschluss gekommen ist. Fast in einer jeden Nummer der Specialliteratur finden wir Mitteilungen über Behandlung von Pl. pr. auf Grund von so und so vielen Fällen auf die eine oder die andere Weise. Ja, wir sehen, dass sich da manche Schulen schroff gegenüberstehen, und was von den einen empfohlen, von den anderen abgelehnt wird.

Die Complicationen, denen die Frauen bei Pl. pr. ausgesetzt sind, bestehen hauptsächlich in Blutverlusten, Sepsis und Luftembolie.

Nach den Erfahrungen der älteren Autoren spielt das Leben der Kinder bei Pl. pr. keine Rolle, und lange herrschte der Ausspruch Schröders „wer bei Pl. pr. ein lebendes Kind haben will, bekommt eine tote Mutter". Jedoch auch inbetreff der Kinder haben sich die Meinungen geändert, man schätzt im allgemeinen das Leben der Kinder jetzt höher ein.

Die am meisten geübte Methode ist wohl bis jetzt noch immer die nach Braxton Hicks, wenn sie auch nach den neuesten grösseren Statistiken für die Mutter eine Sterblichkeit nach Hammerschlag von 6,3%, nach Zweifel von 7,8% und nach Freund von 10,1% gibt. Die Kindersterblichkeit nach dieser Methode beträgt nach Hammerschlag noch immer 84%. Inanbetracht dieser noch immer recht ungünstigen Erfolge haben sich die Geburtshelfer einer Methode zugewandt, die schon lange geübt wurde, wenn auch nur von einzelnen—der Metreuryse.

In der Küstnerschen Klinik (Breslau) wird hauptsächlich die Metreuryse gehandhabt. Hannes beschreibt 119 derartig behandelte Fälle mit einer Sterblichkeit für die Mütter von nur 5% und einer Kindersterblichkeit von 43%. Es blieben also nach dieser Methode drei mal so viel Kinder am Leben als nach Braxton Hicks. Sehr gute Resultate mit der Metreuryse erhielten auch Pfannenstiel, Thies und Zimmermann. Letzterer bekam nur 3% Sterblichkeit für die Mütter und 23% Gesamtkindermortalität. Die Methode, wie sie Zimmermann übt, weicht von der gewöhnlichen Metreuryse insofern ab, als er den Ballon nicht intraamnial, sondern zwischen Eihäute resp. Placenta und Uteruswand einführt. Er ging von dem Standpunkte aus, dass die Erhaltung der Fruchtblase für Mutter und Kind erhebliche Resultate mit sich bringe. Er ist in dieser Beziehung nicht der einzige.

Fehling empfiehlt in seiner operativen Geburtshilfe für Praxis und Klinik bei Pl. pr. die Metreuryse bei stehender Blase auszuüben, die Mortalität der Mütter und Kinder sei so eine geringere.

Ahlfeld ist ein Anhänger der Metreuryse. Er will aber den Ballon bei stehender Blase nur bei Pl. pr. marg. anwenden, bei pl. central. legt er denselben intraamnial ein.

Zweifel glaubt zwar die besten Resultate mit Braxton Hicks zu erreichen, will aber inanbetracht der guten Resultate anderer mit der Metreuryse dieselbe von neuem versuchen.

In Halle wird in gewissen Fällen bei Pl. pr. die Metreuryse mit gutem Erfolg geübt, jedoch will Freund, der darüber referiert, den Ballon nicht über 4 Stunden liegen lassen.

In ganz besonderen Fluss kamen die Erörterungen über die Placentapraeviabehandlung, nachdem Sellheim 1908 eine Arbeit über die Gefahren der natürlichen Geburtsstörungen bei Pl. pr. und ihre Verminderung durch den extraperitonealen Kaiserschnitt veröffentlichte. Die Bestrebungen, den Kaiserschnitt in die Behandlung der Pl. pr. einzuführen, gingen, wie ich schon oben andeutete, aus Amerika aus und fanden in Deutschland günstigen Boden, so bei Bumm, Sellheim und Krönig. Da der classische Kaiserschnitt jedoch noch immer eine Sterblichkeit von 5% gibt, so versuchte Bumm den von Dührsen vorgeschlagenen vaginalen. Müller veröffentlicht aus der Bummschen Klinik 12 Fälle, die alle durch den vaginalen Kaiserschnitt entbunden worden waren. Von den Müttern starb 1, von den Kindern starben 6. Da jedoch speciell bei Pl. pr. ein Weiterreissen der Wundränder infolge starker Auflockerung nicht ausgeschlossen ist und es sich nicht von vornherein bestimmen lässt, ob nicht die Pl. an der vorderen Wand adhäriert, so befürwortete Sellheim den extraperitonealen Kaiserschnitt. Sellheim hält die Entbindung durch denselben, sobald die Diagnose Pl. pr. feststeht, für die natürlichste, schonendste und sicherste, um Mutter und Kind aus dem gefahrdrohenden Zustande zu retten. Er beschreibt 8 Fälle, bei denen er durch den Uterusschnitt 8 lebende Kinder und 8 lebende Mütter bekam. Diese Behandlungsmethode rette die Mutter und das Kind sicher, für letzteres mache die alte keinen Finger krumm, wenn sie wenigstens der Mutter wohl wolle.

Krönig spricht sich aus verschiedenen Gründen für den classischen Kaiserschnitt aus. Was die chirurgische Aera in der Geburtshilfe betreffe, so will Krönig dieselbe in dem Sinne auffassen, dass durchaus jetzt nicht mehr operiert werde als früher, jedoch seien neue Operationen an Stelle der alten getreten.

Diese Richtung, die Pl. pr. mit dem Kaiserschnitt zu behandeln, findet aber heftige Gegner, nach deren Meinung man durch einfachere Methoden zu demselben günstigen Resultat für Mutter und Kind gelangen kann. Zweifel verhält sich ablehnend gegenüber diesen Vorschlägen. Hofmeier spricht sich entschieden gegen eine chirurgische Behandlung der Pl. pr. aus. Freund in Halle erkennt die Hysterotomia ant. nur für die Klinik an. Ganz besonders energisch treten Hannes, der mit der Metreuryse nicht schlechtere Resultate erreicht zu haben glaubt, und Richter aus der Leopoldschen Klinik zu Dresden auf. Richter schreibt: das Bestreben der Freiburger Klinik, die chirurgischen Operationsmethoden auch auf die Pl. pr. auszudehnen, hat berechtigter Weise eine allgemeine Verwunderung hervorgerufen, und es kann nicht ausbleiben, dass immer mehr Stimmen laut werden, die gegen das verwirrende Streben nach Neuerungen Front machen, zumal wenn diese Neuerungen nicht einmal einen Fortschritt bedeuten.

Richter will durch den Braxton Hicks und durch die Metreuryse sehr gute Resultate erhalten haben.

Henkel legt keinen Wert auf das kindliche Leben und zieht den Braxton Hicks oder die Metreuryse vor. Martin ist ebenfalls ein Gegner des Kaiserschnitts bei Pl. pr., da die Metreuryse oder der Braxton Hicks ausgezeichnete Resultate gebe. Veit weist bei Pl. pr. den Kaiserschnitt mit Entschiedenheit zurück. Die Erfolge der Wendung nach Braxton Hicks und die der Metreuryse seien bei individualisierender Behandlung und guter Technik durchaus befriedigende. Von 19 nicht chirurgisch behandelten Praeviafällen verlor Veit keine Mutter, von den Kindern gingen allerdings 32% zugrunde, jedoch war kein einziges darunter, für dessen Rettung sich der Kaiserschnitt gelohnt hätte. Die Sectio caesarea bei Pl. pr. bleibe eine Ausnahmeoperation.

Nowak hielt in der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft zu Wien einen Vortrag über das Thema «Bedeutet der Kaiserschnitt einen Fortschritt in der Therapie der Pl. pr.?» und kam zu dem Schluss, dass die Resultate der rein geburtshilflichen Methoden hinsichtlich der Mütter so günstig seien, dass sie auch durch die Sectio caesarea kaum gebessert werden dürften, zumal in den meisten Fällen sich eine Reihe von Hindernissen derselben entgegenstellen, wie Fieber, verdächtige Tamponade, hochgradige Anämie. Die kindliche Mortalität sei auch unter günstigen Verhältnissen eine recht hohe. In einzelnen Fällen, in denen die Mütter einen besonderen Wert auf das kindliche Leben legen, könnte die Sectio caesarea ausgeführt werden. Schauta schliesst sich diesen Ausführungen auf Grund des gewaltigen Materials der Wiener Kliniken vollkommen an und endet mit der Erklärung: eine dauernd bleibende Therapie für die Pl. pr. wird die Sectio caesarea an unserer Klinik auch für die Zukunft nicht darstellen. Piskazek referiert in derselben Sitzung über 83 Fälle von Pl. pr. hauptsächlich mit Braxton Hicks behandelt, einige Fälle mit der Metreuryse. Letzterer Methode will er künftighin sein volles Augenmerk zuwenden, da dieselbe geeignet sei, mehr lebende Kinder als durch die Wendung nach Braxton Hicks zu erhalten.

Aber auch noch von einem anderen Gesichtspunkte aus ist der Kaiserschnitt bei Pl. pr. zu beleuchten, nämlich von der Möglichkeit einer Uterusruptur in der Kaiserschnittsnarbe bei folgenden Geburten. Diese Fälle sollen garnicht so selten sein. Weil hat aus der Literatur 31 Fälle von Uterusruptur in der nach Sänger geübten Kaiserschnittsnarbe gesammelt und fügt noch einen selbst beobachteten aus der Münchener Frauenklinik an. Frigyers (Budapest) geht einen Schritt weiter und schlägt zur Verhütung derartiger Vorkommnisse vor, in der Regel dem Kaiserschnitt die Tubensterilisierung anzuschliessen und nur auf directen Wunsch der Frau die weitere Conceptionsfähigkeit zu belassen.

Nachdem ich Ihnen nun die jetzt im allgemeinen üblichen Behandlungsmethoden bei Pl. pr. geschildert und in dieser kurzen Literaturübersicht die Kritik der einzelnen Methoden von seiten verschiedener Forscher Revue passieren liess, will ich Ihnen unsere im städtischen Krankenhause gemachten, bescheidenen Erfahrungen mitteilen.

Bei der Behandlung der Pl. pr. richten wir uns nach der Stärke der Blutung, nach dem Zustand der mütterlichen Geburtswege, nach dem Allgemeinbefinden der Mutter, nach der Zeit der Schwangerschaft und nach der Lebensfähigkeit des Kindes.

Auf 1000 Krankenbogen der geburtshilflichen Abteilung — die Abteilung des Krankenhauses ist noch neu — kommen 18 Praeviafälle. Bevor ich jedoch etwas näher auf dieselben eingehe, will ich mir erlauben, Ihnen ein paar Krankengeschichten in aller Kürze vorzulesen:

Fr. Katharina K., 41 Jahre alt, graviditas VI, zeitige Geburt, trat am 31. XII 1908 ins Krankenhaus ein, hatte zu Hause im letzten Monat 3 starke Blutungen durchgemacht. I. Schädellage. Kindstöne deutlich hörbar. Portio lässt knapp einen Finger durch, am inneren Muttermund überall Placentargewebe zu fühlen. Placenta praevia centralis. Um 2 Uhr Einlegen des Metreurynters, der um 4 Uhr geboren wird. Muttermund ganz eröffnet. Unter Narkose sofort Durchstossen der Placenta, da die Eihäute nirgends zu erreichen sind. Versio in pedem et extractio eines lebenden Kindes, das 3400,0 wiegt und 54 cmt. lang ist. Pl. geht spontan ab. Wochenbett normal, eine einmalige Temperatursteigerung. Pat. verlässt nach 7 Tagen mit dem Kinde geheilt das Krankenhaus.

Fr. Marie A. aus Grobin. Eintritt ins Krankenhaus am 15. IV 1910, 8 Uhr abends. III para, gravid 6½ Monate. Hatte seit 5 Wochen 4 mal heftige Blutungen, die letzte am 14. IV abends. Portio für einen Finger durchgängig. Ueberall Placentargewebe zu fühlen. Pl. pr. centralis. Kindstöne deutlich hörbar. 1. Querlage. Metreuryse, Zug von 2 Pf. am Metreurynter. Um 9 Uhr morgens wird der Metreurynter geboren. Muttermund völlig erweitert. Sofort Narkose, versio in pedem nach Durchbohrung der Pl. und Extraction eines lebenden Kindes, das 1640,0 wiegt und 40 cmt. lang ist. Das Kind lebt 2 Stunden. Pl. manuell entfernt infolge eingetretener Blutung. Wochenbett normal. Pat. verlässt am 2. Mai geheilt das Krankenhaus.

Von den 18 Frauen waren 3 Erst-, 15 Mehrgebärende.

10 Frauen waren am Ende der Schwangerschaft
2 „ „ im 8. Schwangerschaftsmonat
4 „ „ „ 7. „
1 „ „ „ 6. „
1 „ „ „ 5. „

Behandelt wurden 9 Frauen mit dem Metreurynter, 4 Frauen nach Braxton Hicks, 3 Frauen mit dem Blasensprung, 1 mit Bossi — ich stand damals unter dem Einfluss verschiedener günstiger Publicationen — und 1 mit Tamponade. Es starben 2 Frauen von den mit Braxton Hicks behandelten — eine durch Verblutung noch aus der Zeit meines verehrten Vorgängers und eine an Herzschwäche 2 Stunden nach der Geburt. Unter den 18 Frauen waren 8 Fälle Pl. pr. centralis und 10 Fälle marginalis. Es fieberten im Wochenbett 2 Kranke, beide waren zu Hause mit Tamponade behandelt worden. In 9 Fällen habe ich die Metreuryse angewandt, die ja auch von Hannes als bestes und souveränes Mittel bei Behandlung der Pl. pr. empfohlen wird, wegen ihrer leichten Ausführbarkeit, Ungefährlichkeit, prompter Wirkung inbezug auf Blutstillung und Erweiterung des Muttermundes. Die Methode besteht in Folgendem: ich benutze ausschliesslich die unelastischen Metreurynter nach Champétier de Ribes, die sich in Glycerin vorzüglich conservieren und durch Kochen vollständig aseptisch zu machen sind. Die Portio wird durch Spiegel freigelegt und mit einer Hakenzange gefasst. Nach jeder stärkeren Blutung ist meistenteils die Portio auf einen Finger durchgängig, sonst wird sie durch Hegarsche Stifte soweit erweitert. Alsdann wird der Metreurynter zusammengefaltet, mit einer besonderen dazu gebräuchlichen Zange gefasst und unter Controlle des Auges mit Leichtigkeit in den Uterus hineingeschoben, mit einer antiseptischen Flüssigkeit gefüllt und meistenteils ein Zug von 1—2 Pf. angebracht. Die Flüssigkeit wird entweder mit einer Stempelspritze — der Inhalt des Ballons muss vorher genau bekannt sein — hineingespritzt oder der Ballon wird mit einem hochgestellten, gefüllten Irrigator in Verbindung gebracht. Die Blutung steht sofort, der Ballon verursacht durch Druck auf die cervicalen Ganglien kräftige Wehen, und nach Verlauf von durchschnittlich 4 bis 5 Stunden finden wir den Muttermund erweitert und den Ballon in der Scheide. Nötigenfalls liess ich den Ballon auch länger liegen. Fehling lässt ihn unter beständiger Temperaturcontrolle auch 24 Stunden liegen. Nach Entfernung des Ballons wurde die Blase gesprengt, eventuell die Pl. durchbohrt und eine Wendung mit Extraction beendete die Geburt. Die Pl. ging in 15 Fällen spontan ab, in 3 Fällen musste sie entfernt werden, einmal durch Credé und 2 mal manuell.

Von den 18 Kindern waren 10 reife und 8 unreife. Von den letzteren wurden manche lebend geboren, gingen aber in kurzer Zeit ein. Von den 10 reifen waren 3 schon zu Hause abgestorben, eins sogar schon maceriert, eins kam asphyctisch und eins tot zur Welt, im letzteren Falle hatte sich nach Ausstossung des Metreurynters der Kopf fest eingestellt. 5 reife Kinder konnten lebend entlassen werden. Es verliessen also von den 18 Praeviafällen 16 Frauen geheilt das Krankenhaus und von den 7 reifen Kindern 5. Nach Einführung der Metreuryse ist bei uns keine Frau an Pl. pr. gestorben. Die Zahlen sind klein, da die Pl. pr. bei uns im Ganzen eine seltene Erscheinung zu sein scheint.

Auf Grund meiner bescheidenen Erfahrungen in der Geburtsabteilung des hiesigen städtischen Krankenhauses und ermutigt durch die Publication ähnlicher Anstalten, erlaube ich mir, zu folgenden Schlüssen zu kommen:

Die Geburt bei Pl. pr. ist sofort nach der ersten starken Blutung einzuleiten.

Die Behandlung muss eine individualisierende sein. Bei nicht ausgetragenen Kindern, zu welchen solche im Gewicht bis zu 2000,0 ja nach der Meinung mancher sogar bis zu 2500,0 gerechnet werden, ist keine Rücksicht auf das Leben derselben zu nehmen; dieselben gehen gewöhnlich, wenn sie auch lebend geboren werden, in den ersten Tagen nach der Geburt ein.

Bei ausgetragenen Kindern ist das Leben derseben in Betracht zu ziehen, jedoch steht noch immer der Grundsatz fest: erst die Mutter, dann das Kind. Der Blasensprung ist nur bei Pl. pr. marginal., Längslage und schon vorhandenen Wehen anzuwenden. Die Tamponade, unter welcher ich natürlich nicht das Einlegen einiger Wattetampons, wie es so häufig gemacht wird, verstehe, ist nur aus früher auseinandergesetzten Gründen im Notfalle auszuführen. Ganz ohne dieselbe kann man in gewissen Fällen nicht auskommen.

Braxton Hicks ist von weniger Geübten nicht so leicht auszuführen. Henkel empfiehlt sogar zur Erleichterung bei der Wendung mit der Kornzange die Zehen des Kindes zu fassen. Cervixrisse müssen bei dieser Methode nicht selten vorkommen, da man zwar die eigene Kraft, jedoch nicht die grössere oder geringere Aufgelockertheit des unteren Uterinsegments bemessen kann.

Die Metreuryse mit nachfolgender Wendung und Extraction bei vollständig durch den Metreurynter eröffnetem Muttermund ist leicht ausführbar, wirkt prompt blutstillend. Kinder werden durch die Metreuryse mehr lebend geboren als bei der combinierten Wendung.

Die Dilatation nach Bossi ist bei Pl. pr. wegen der grossen Gefahr der Cervixrisse ganz zu verwerfen. Der Kaiserschnitt, in welcher Form er auch sei, kann nur empfohlen werden, wenn auf das Leben des Kindes ein ganz besonderer Wert gelegt wird.

Bis vor einigen Jahren war der Braxton Hicks das beste Verfahren, und noch 1908 konnte Schütze in Königsberg behaupten, die Therapie der Pl. pr. habe sich in den letzten Decennien nicht geändert. Meine Herren, alle, die Gelegenheit hatten, die Metreuryse bei Pl. pr. anzuwenden, werden wohl mit mir übereinstimmen, dass die Therapie bei Pl. pr. sich doch geändert hat, und zwar zu Gunsten der Metreuryse, die als einfachstes Verfahren, die möglichst besten Resultate für Mutter und Kind gibt.

Aber auch noch post partum kann für die Frau eine grosse Gefahr eintreten, nämlich durch Nachblutungen. Die Fälle scheinen jedoch nicht besonders häufig zu sein, in unseren 18 Fällen hatten wir 3, in denen ich infolge Neigung zu Blutungen die Pl. entfernen musste. Die Blutverluste post partum bei Pl. pr. werden für die Frauen verhängnisvoller als bei normalen Geburten, da ihr Organismus schon durch die vorangegangenen Blutungen gewöhnlich stark anämisch geworden ist. Hier kommt nun unser ganzer Apparat zur Blutstillung in Betracht, heisse Irrigationen, Uterusmassage, subcutane Kochsalzinfusion, intravenöse Adrenalin-Kochsalzinfusion, Momburg, die Naht, Dauercompression der uterinae nach Henkel oder sogar, wie Krönig vorschlägt, Uterusexstirpation, je nachdem wir es mit Uterusatonie oder mit einem Riss zu tun haben.

Literatur:

1) Dührsen. Deutsch. Med. Wochenschrift. 1894, Nr. 19. Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittelst intrauteriner Kolpeuryse. 2) Zweifel. Münch. Med. Woch. Ueber Gefahren und Behandlung der Placenta praevia. Nr. 48. 1908. 3) Ahlfeld. Lehrbuch der Geburtshilfe. III. Auflage. 4) Bumm. Grundriss der Geburtshilfe. VI. Auflage. 5) Fehling. Die operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik. 6) W. Neitzsch. Ueber Placenta praevia. Diss. 7) Otto Müller. Diss. Die Behandlung der Pl. pr. mit der Hysterotomia vaginal. anter. 8) Freund. Ueber Pl. pr. Deutsch. Med. Woch. 1908, 4. 9) Henkel. Therapie der Pl. pr. referiert in der Deutsch. Med. Woch. 1908, Nr. 51. 10) Martin. Placenta-praevia-Therapie, referiert in der Deutsch. Med. Woch. 1908, Nr. 52. 11) Hammerschlag. Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg, refer. in der Deutsch. Med. Woch. 1908, Nr. 21. 12) Veit. Ueber Placenta praevia. Deutsche Klinik. Leyden-Klemperer. IX. Band, Vorlesung 27. 13) W. Hannes. Placenta praevia. Hysterenrysis oder Braxton Hicks? Centralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 42. 14) W. Hannes. Was leistet die moderne Therapie bei Pl. pr. Centralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 3. 15) Krönig. Zur Behandlung der Pl. pr. Centralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 46. 16) Krönig. Metreuryse der Pl. pr. Centralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 34. 17) Krönig. Zur Klinik der Pl. pr. Centralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 15. 18) H. Sellheim. Die Gefahren der natürlich. Geburtsstörungen bei Pl. pr. 1908, Nr. 40. 19) Zimmermann. Zur Discussion über die Therapie der Pl. pr. Centralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 10. 20) Riek. Combinierte Wendung und Metreuryse. Centralbl. 1909, Nr. 28. 21) Richter. Zur Therapie der Pl. pr. Centralbl. 1909, Nr. 22. 22) Berichte aus der geburtshilflichen gynäkologischen Gesellschaft in Wien, referiert im Centralbl. 1909, Nr. 30. (Sitzung am 11. V. 1909). 23) J. Veit. Ueber Pl. pr.-Behandlung. Berl. klin. Woch., referiert im Centralbl. 1910, Nr. 10. 24) Weil. Münchener Dissertation 1909, referiert im Centralbl. f. Gyn. 1910, Nr. 18.

Referate.

Arthur Dean Betan. Kidney and ureteral stone. Journal of the Americ. Med. Assoc. Nr. 9. 1910.

Ursache und Symptome der Nierensteine werden besprochen. Bei der Diagnose wird auf den besonderen Wert der Röntgenstrahlen hingewiesen, welche zusammen mit Cystoskopie und Ureterenkatheterismus viel leisten. Bei der Behandlung werden Pyelotomie, Nephrolithotomie und Nephrectomie besprochen. Durch lehrreiche eigene Fälle, die kurz im Text ausgeführt werden, und vorzügliche Abbildungen werden die gemachten Behauptungen bestätigt.

Harry W. Goodall. Chronic primary intussusception in the adult. Bost. med. and surg. Journ. Nr. 14—15. 1910.

Die grössere statistische Arbeit des Verf. über die chronische primäre Darminvagination bei Erwachsenen basiert auf einem Material von 122 Fällen. 5 Fälle mit genaueren Krankengeschichten entstammen dem Massachusetts General Hospital (darunter ein eigener Fall des Verf.) und 117 Fälle sind aus der Weltliteratur gesammelt. Hauptsächlich soll durch die Zusammenstellung bewiesen werden: 1) dass Invagination bei Erwachsenen häufiger vorkommt als man glaubt, was daraus ersichtlich, dass bei vielen mitgeteilten Fällen die Diagnose erst während der Operation oder bei der Section gestellt wurde. 2) Das Ausbleiben einer richtigen Diagnose hängt oft damit zusammen, dass das genügend typische Bild der Invagination nicht allgemein bekannt ist. 3) Diese Krankheit, sich selbst überlassen, endigt gewöhnlich fatal, dagegen ist durch rechtzeitigen chirurgischen Eingriff die Mortalität sehr herabzusetzen. 4) Da die chronische Invagination oft schwere abdominale Zustände, wie Tuberculose oder Carcinom, vortäuschen kann, und weil deshalb dann eine Operation unangezeigt erscheint, müssen diese Erkrankungen vorher ausgeschlossen werden.

Walter G. Kirchner. Treatment of wounds of the heart with report of two cases. (Verhandl. der Southern surgic-gynecolog. Association). Boston med. and surg. Journ. Nr. 9. 1910.

Zwei eigene Fälle von Herzwunden werden mitgeteilt. Ein Patient starb 4 Stunden nach der Operation, der andere genas. Im ersten Falle waren 2 Ventrikelwunden vorhanden, im 2. Fall ging die penetrierende, $^3/_4$ Zoll lange Herzwunde in den linken Ventrikel.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Am Herzen kann ohne directe Gefahr manipuliert werden, und dieses Organ ist operativen Eingriffen zugänglich. Bei Verdacht auf Herzverletzung muss eine Wunde des Thorax erweitert, verfolgt und sorgfältig untersucht werden, in zweifelhaften Fällen ist eine explorative Pericardiotomie indiciert. (Da die Erfahrungen an grossem traumatischem Materiale zeigen, dass Herzwunden in den ersten Stunden nach der Verletzung nicht diagnosticiert werden können, müssen diese Verletzungen des Thorax principiell erweitert und untersucht werden. Ref.) Die Wunden des Herzens müssen exact genäht werden. Bei Herzoperationen, wenn die Pulsation plötzlich aussetzt, muss Herzmassage und künstliche Atmung gemacht werden. Die Hauptcomplicationen im späteren Verlauf sind Pericarditis und Pleuritis.

W. Schaack.

Bücherbesprechungen.

Professor Heine-Kiel: Anleitung zur Augenuntersuchung bei Allgemeinerkrankungen. Mit 19 Abb. und 1 Beilage im Text. Zweite erweiterte Auflage. XII + 150 S. Jena. Gustav Fischer 1910. Preis 2 M. 50 Pf.

Das vorliegende, bereits in 2-ter Auflage erschienene Buch bietet eine vorzügliche Uebersicht über die Augensymptome, die für die Allgemeindiagnostik von Bedeutung sind. Die Symptome werden in der Reihenfolge abgehandelt, die sich aus der systematischen Untersuchung des Auges ergibt. Technische Bemerkungen leiten die einzelnen Absätze ein. Am Schluss findet sich eine gedrängte Zusammenstellung der Augensymptome nach den Erkrankungen des übrigen Körpers. Die Schreibweise ist kurz und klar, der vollständige Inhalt zeugt von einer umfassenden Erfahrung des Verfassers auf allen Grenzgebieten der Augenheilkunde. Wenn sich auch das Buch in erster Linie an die Nichtspecialisten wendet, werden es Augenärzte ebenfalls mit Erfolg zu Rat ziehen, um sich auf nicht ganz geläufigen Gebieten schnell zu orientieren. Man darf somit dem brauchbaren Buche eine weite Verbreitung wünschen.

Ischreyt.

Dr. Emil Berger: Tafeln zur Bestimmung der centralen Sehschärfe schwachsichtiger Augen mit Hilfe des Stereoskops. Wiesbaden. I. F. Bergmann. 1910.

Berger verfolgt mit seinen Tafeln mehrere Ziele. 1. will er die Sehschärfe sehschwacher Augen während des binoculären Sehactes feststellen, 2. mit dieser Methode die Resultate der an Wandtafeln angestellten Sehprüfungen controllieren, 3. meint er höhere Grade von Sehschwäche (unter $^1/_{10}$) bequemer feststellen zu können, als es mit Wandtafeln geschieht, 4. dienen die Tafeln «zur raschen und genauen» Bestimmung der Sehschärfe bei Analphabeten, insbesondere Kindern.—Zur Prüfung bedient sich Berger schwarzer Quadrate auf weissem Grunde. Auf den Tafeln entspricht dem besseren Auge ein Quadrat, dem schlechteren zwei. Bei intactem binoculärem Sehact verschmelzen infolge einer Rollbewegung des einen Auges die beiden Bilder in der Weise, dass nur zwei nebeneinanderstehende Quadrate gesehen werden. Ist das eine Auge sehr sehschwach, so sieht der Untersuchte dagegen nur das dem besseren Auge entsprechende Quadrat, während die zwei Quadrate der anderen Seite daneben als undeutliche Flecke erscheinen. Die kleinsten, noch unterschiedenen Quadrate geben die centrale Sehschärfe an.—Zur Betrachtung der Tafeln empfiehlt Berger ein Holmes-sches Stereoskop mit Prismenlinsen von 5.25 Dioptr. und einem Abstand der Prismenbasen von 8.5 cm. — Vergleichsprüfungen an entsprechenden Wandtafeln haben ergeben, dass die Resultate der Sehschärfebestimmung in beiden Fällen gut übereinstimmen. — Da Referent noch nicht Gelegenheit gehabt hat, die Bergerschen Tafeln häufiger anzuwenden, muss er seine Kritik sehr einschränken. Er möchte aber daran zweifeln, dass diese subtile Untersuchungsmethode gerade bei Analphabeten und Kindern so leicht zu handhaben sei. Andererseits ist das uns gebotene neue Hilfsmittel zur Bestimmung der binoculären Sehstörung mit Freude zu begrüssen.—Die Tafeln sind mit einer grossen Genauigkeit entworfen und fast überall gut ausgeführt. Nur bei den kleinsten Proben ist die Quadratform bisweilen nicht ganz correct.

Ischreyt.

XIX. Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft.*)

Am 13. und 14. Mai 1910 fand in Dresden die 19. Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft statt, an der laut Präsenzliste 136 Aerzte teilnahmen.

Nach Eröffnung der Sitzung durch den Vorsitzenden, Herrn Geheimrat Schwabach-Berlin, begrüsste Herr Prof. Klimmer die Gesellschaft im Namen der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden, Herr Dr. Baron als Vertreter der Aerztekammer und des ärztlichen Bezirksvereins Dresden.

In der Geschäftssitzung gedachte der Vorsitzende zweier Mitglieder, die die Gesellschaft im vergangenen Jahre durch den Tod verloren: Katz-Berlin und Zaufal-Prag. Der Schatzmeister berichtete über den Stand des Vermögens, der Schriftführer über die Aufnahme von 27 Mitgliedern; die Mitgliederzahl stieg dadurch auf 470. Prof. Denker legte die VII. Lieferung der von der Gesellschaft herausgegebenen «Anatomie der Taubstummheit» vor, enthaltend Arbeiten von Quix und Brouwer, Uffenorde, Schoenemann und Denker.

Als Ort für die XX. Versammlung wurde Frankfurt a. M. gewählt, als Zeit Freitag und Sonnabend vor Pfingsten 1911.

Die wissenschaftliche Sitzung wurde durch das Referat von Manasse eröffnet.

1. Herr Manasse-Strassburg i. E.: Die Folgezustände der Verletzungen des Schläfenbeins.

M. teilt die Folgezustände der Verletzungen des Schläfenbeins in 3 Gruppen:

I. Fälle, die direct durch das Trauma zugrunde gehen;

II. Fälle, die indirect, also an den weiteren Folgen des Traumas, das Leben einbüssen;

III. Fälle, die mit dem Leben davonkommen.

Die I. Gruppe ist für das Referat ohne Interesse, die II. wird kurz besprochen, zu ihr gehören die Fälle, die an eitriger Meningitis, selten an Sinusthromben oder Hirnabszessen zugrunde gehen. Man könnte sie bezeichnen als «entzündliche Erkrankungen des Hirns und seiner Häute nach Felsenbeintraumen».

Das grösste Interesse beansprucht die III. Gruppe, welche diejenigen Patienten umfasst, die an ihrem Felsenbeintrauma weder direct noch indirect zugrunde gehen. Sie werden eingeteilt in

A. solche, die auch functionell zur völligen oder fast völligen Heilung kommen.

a) Leichte Fälle (Rhese) mit normalem oder fast normalem Gehör, aber sonst deutlich nachweisbaren Labyrinthstörungen, bedingt durch Commotio labyrinthi.

b) Schwere Fälle von typischer Basisfractur, die trotzdem auch zur functionellen Heilung kommen (ziemlich selten).

B. Fälle mit dauernder schwerer Schädigung der Function: traumatische Taubheit oder Schwerhörigkeit.

a) Zufolge von Felsenbeinfractur.

b) Zufolge von Commotio labyrinthi. beide nur anatomisch, weniger klinisch zu unterscheiden.

2. Herr Rudolf Panse: Präparate von geheilter Meningitis nach Ohreiterung infolge Schläfenbeinbruchs.

33-jährige. Ohnmacht, Fall. Fieber, Ohrenschmerz, scharfes Zischen, Schwindel, Erbrechen, Taubheit. Trommelfellschnitt, Aufmeisselung fördert wenig Eiter. Dauerndes Fieber, Hinterkopfschmerz, kein Patellarreflex. Oeffnung des Labyrinthes ohne Nystagmus, beider Schädelgruben ohne Eiter zu finden. 1 Jahr später Tod an Frauenleiden. Verwachsungen zwischen linker Kleinhirnhemisphäre und oblongata. Glatte Hirnhautnarben. Blut zwischen Dura und Knochen.

Pyramide mit Bindegewebe gefüllt, in dem ein Sequester eingeheilt ist, Schnecke knöchern obliteriert.

Discussion zu 1 und 2: Herren Busch, Kümmel, Voss, Ruttin, Rhese. Haike, Frey, Denker, Bárány. Wagener, Habermann.

3. Herr Dennert: Zur Physiologie der Schallauslösung im Gehörorgane.

Vortragender war nach seinen früheren in dieser Versammlung in Homburg und Bremen mitgeteilten Untersuchungen zu dem Schluss gelangt, dass der Schall auf drei Wegen, dem Paukenhöhlenapparat, dem Knochen und dem runden Fenster in das innere Ohr gelangt, dass aber der Weg durch den Paukenhöhlenapparat zweckmässiger für diese Aufgabe von der Natur entwickelt sei als die beiden anderen Wege, und wurde durch diese Untersuchungen zugleich auch der Gedanke nahegelegt, dass der normale Vorgang der Schallübertragung im Ohr ein molecularer sei.

Um nun weiter die moleculäre Theorie in bezug auf ihre Bedeutung zu studieren, prüfte er an der Hand experimenteller Versuche nach beiden Richtungen, nach der Seite der molecularen wie der massalen Theorie, ihre grössere oder geringere Zweckmässigkeit. In bezug auf die moleculäre Theorie konnte er an der Hand sehr instructiver Versuchsanordnungen entwickeln, dass der Vorgang sich hier nach dem allgemeinen physikalischen Gesetz der Mitteilung und Leitung des Schalls vollzieht und dass dieses Gesetz sehr geeignet sei, den Vorgang der Schallübertragung im Ohr auf moleculärem Wege in einfachster Weise zu erklären, während der ganz besonders als Paradigma ins Feld geführte Versuch mit dem Phonographen infolge seiner ganzen Configuration, seiner sehr viel geringeren Leistungsfähigkeit gegenüber dem Ohr, und weil sich seine Function in gleichem Medium, die des Ohrs in verschiedenen Medien, Fett und Flüssigkeit vollzieht, nicht als solches gelten kann. Inbezug darauf, wie die Bedingungen im Ohr selbst für die beiden Theorien entwickelt seien, konnte der Vortragende inbezug auf die moleculäre Theorie die anatomische und physiologische Zweckmässigkeit der Einrichtungen im Ohr entwickeln, während die von Helmholtz mit grosser geistiger Schärfe entwickelte massale Theorie unter seinen Voraussetzungen inbezug auf die Einrichtungen im Gehörorgan und an der Hand des Kirchhoff-d'Alembertschen Princips und seiner mathematischen Entwicklungen zwar anscheinend begründet sei, dass aber seine Voraussetzungen aus theoretischen, anatomisch-histologischen Gründen und namentlich auch infolge von Beobachtungen an Ohrenkranken begründete Zweifel an ihrer Stichhaltigkeit aufkommen lassen. Was nun den schwierigsten Punkt, die Auslösung des Schalles im Ohr anbetrifft, so gibt der Resonanzvorgang, der sich zwischen zwei Körpern gleicher Schwingungsperiode vollzieht und welcher sich nach seinen Untersuchungen als Teilerscheinung des allgemeinen physikalischen Gesetzes von der Mitteilung und Leitung des Schalls erwiesen hat, einen deutlichen Fingerzeig für die Lösung dieser Frage auf moleculärem Wege, und sucht der Vortr. die resonatorische Eigenschaft nicht wie Helmholtz in den Fasern der Memb. Cort., sondern in der inneren Anordnung der Molecüle und Atome, den inneren Kräften, der specifischen Energie der Hörzellen. Es vollziehe sich somit die Schallübertragung wie die Schallauslösung von der Schallquelle bis incl. der Hörzellen, das ist auf moleculärem Wege, nach dem allgemeinen physikalischen Gesetz der Mitteilung der Leitung des Schalls und seiner speciellen Anwendung, der Resonanz. Unsere, als zweckmässig erkannten Massnahmen wie unsere physiologischen Kenntnisse, spec. über Accomodation, Dämpfung und die Function des runden Fensters, stehen im Einklang mit dieser Theorie, und sie bietet weitere Ausblicke nach beiden Richtungen.

4. Herr E. Waetzmann-Breslau: Die acustischen Eigenschaften der Membrana basilaris.

Es werden die Consequenzen der an anderer Stelle begründeten Annahme erörtert, dass die Resonatoren im Ohre für den mittleren Teil der Tonskala etwa die gleiche Abklingezeit haben. Diese Hypothese vermag eine Reihe von Erscheinungen zu erklären, denen die Helmholtzsche Annahme, dass alle Ohrresonatoren etwa gleich stark gedämpft sind, nicht gerecht zu werden vermag.

Hierher gehört die Tatsache, dass in den tiefen Octaven weitere Intervalle von Primärtönen noch Schwebungen geben als in den hohen Octaven; ferner, dass die Zonen völliger Verschmelzung zweier Primärtöne zu einem Zwischenton in den höheren Octaven relativ enger sind als in den tieferen. Die erwähnte Hypothese gestattet auch physiologische Aequivalente für eine ganze Reihe von Regeln aus der Harmonielehre anzugeben, sowie die Helmholtzsche Theorie der Consonanz und Dissonanz rechnerisch zu verificieren.

Zum Schluss wird darauf hingewiesen, dass die in den letzten Jahren an Meerschweinchen angestellten Versuche über Schädigungen des Cortischen Organs bei Einwirkung langdauernder, starker Töne durchaus zugunsten der Resonanztheorie als solcher zu deuten sind.

5. Herr E. Waetzmann-Breslau: Ueber Differenztöne höherer Ordnung.

Es wird gezeigt, dass die Differenztöne höherer Ordnung nicht als Secundärerscheinungen eines der Primärtöne und eines Differenztones niedrigerer Ordnung aufzufassen sind, sondern dass sie direct aus den Primärtönen entstehen, ebenso wie der Differenzton erster Ordnung.

Des weiteren wird gezeigt, dass die Helmholtzsche Theorie der Combinationstöne den experimentellen Befund über die Eigenschaften der Differenztöne höherer Ordnung in

*) Wir verdanken diesen Bericht der Freundlichkeit des Redacteurs der Münchener Medicinischen Wochenschrift H. Dr. B. Spatz, der ihn uns im Auftrage der Deutschen Otologischen Gesellschaft zusandte.

D. R.

befriedigender Weise wiedergibt, womit rückwärts ein Beweis für die Richtigkeit der Helmholtzschen Theorie erbracht ist.

Discussion zu 3, 4 und 5: Herren Brünings, Zimmermann, Kümmel, v. Eicken.

6. Herr Denker-Erlangen: Zur Function der Schnecke und des Vorhofbogengangapparates.

In seinen Ausführungen nimmt der Vortr. Stellung zu der von Lucae aufgestellten Theorie, dass der Schnecke nur die Perception der ultramusikalischen, d. h. von der 5. oder 6. Octave an aufwärts zukomme, dass die musikalischen Töne von den Cristae ampullarum und die farblosen Geräusche von der Macula utriculi und sacculi percipiert werden. Nach den Ergebnissen seiner Untersuchungen gelangt D. zu der Ansicht, dass die Lucaesche Theorie durch die von dem Autor selbst ins Feld geführten Gründe nicht genügend gestützt erscheint, und dass die Resultate der experimentellen Untersuchungen am Tierohr ebenso wie die Befunde bei Taubstummen fast ausnahmslos gegen die Richtigkeit der Lucaeschen Lehre sprechen. Es müsse deswegen an der Function der Schnecke als Organ der Hörperception festgehalten werden; ob dem Vorhofbogengangapparat ein gewisses, geringes Schallperceptionsvermögen zukomme, lasse sich nicht ganz ausschliessen, sicher festgestellt sei es aber auch noch nicht.

7. Herr Bárány berichtet über seine Versuche, die Wirkung des künstlichen Trommelfells zu studieren und zu erklären. Unter künstlichem Trommelfell versteht man eine bei Zerstörung des Trommelfells im Mittelohr auf die Gegend des Steigbügels oder des runden Fensters gelegte, paraffingetränkte Wattekugel, die eine Hörverbesserung zur Folge hat. An Stelle der Wattekugel kann man auch Silberpapier oder eine Gummiplatte verwenden. Die Wirkung dieser Prothesen war bisher nicht erklärt. Bárány hat, um diese Wirkung zu verstehen, Versuche mit Eingiessen von Quecksilber vorgenommen. Dazu eignen sich nur Patienten, bei denen die Tuba Eustachii verschlossen und die Trommelhöhle vollkommen epidermisiert ist. Schüttet man in einem derartigen Falle einen Tropfen Quecksilber ins Ohr, so tritt in dem Momente, wo das Quecksilber die Nische zum runden Fenster bedeckt, die Hörverbesserung auf. Dieser Versuch lässt sich beliebig oft hintereinander wiederholen, und auf diese Weise gelingt es, genau die Art der Hörverbesserung mit Stimmgabeln zu studieren und auch die Ursachen derselben aufzudecken. Der Quecksilbertropfen bewirkt nämlich nichts anderes, als dass er die Schallwellen auf ihrem Wege zur Membran des runden Fensters aufhält. Ist das Trommelfell zerstört, so gelangen die Schallwellen zu gleicher Zeit zu den Membranen des runden und ovalen Fensters und versuchen zu gleicher Zeit beide einwärts zu drücken. Nun ist aber das Labyrinth von einer incompressiblen Flüssigkeit erfüllt. Infolgedessen würde bei gleicher Grösse der beiden Fenstermembranen überhaupt kein Schall in das Labyrinth einzudringen vermögen, da sich die auf die beiden Membranen einwirkenden, gleich grossen und entgegengesetzt gerichteten Kräfte aufheben würden. Da die runde Fenstermembran ja doch grösser ist als die ovale, so wird doch noch etwas, aber wenig gehört. Verschliesst man aber dem Schall den Weg zu einer der beiden Membranen, so kann er nun ungehindert die eine in Schwingung versetzen, während die andere lediglich als Ausweichstelle fungiert. Damit tritt daher sofort eine Hörverbesserung auf. Auf Grund dieser Ueberlegungen ist es verständlich, warum die Fixation des Steigbügels, wie sie bei der Otosclerose, dieser Crux der Ohrenärzte, auftritt, eine so grosse Schwerhörigkeit verursacht. Es fehlt eben jetzt eine Ausweichstelle. Dass überhaupt noch gehört wird, beruht wahrscheinlich darauf, dass die Blutgefässe des Labyrinths eine gewisse Ausweichsmöglichkeit ergeben. Bárány zieht aus seinen Versuchen den Schluss, dass es durch Anlegen einer Labyrinthöffnung an einem gegen das Eindringen der Luftschallwellen geschützten Punkte gelingen müsse, in Fällen mit Fixation des Steigbügels den Patienten das Gehör wiederzugeben.

Discussion zum Vortrag 7: Herren Nadoleczny, Rudolf Panse, Herzog, Nager, Scheibe, Gomperz, Dennert, Hegener, Bárány.

8. Herr E. Waetzmann-Breslau: Vorschlag zu einer exacten Methode der Hörschärfebestimmung.

Die Methode beruht auf der Interferenz des Schalles. Es werden mehrere Interferenzvorrichtungen in der Weise gekoppelt, dass sie gleichzeitig und um gleichviel verstellt werden können. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, einen Ton in beliebigen Abstufungen und in messbarer Weise zu schwächen.

Als besondere Vorzüge der Methode gegenüber Bestimmungen mittels der Stimmgabel werden erwähnt: Sämtliche Obertöne der Klangquelle können mit Sicherheit ausgeschlossen resp. getötet werden; die sehr schwierige Bestimmung der Abklingungscurve der Klangquelle, z. B. der Stimmgabel, fällt fort. Der Moment des Verschwindens des Tones, der bei abklingenden Klangquellen (Stimmgabel) sehr schwer zu bestimmen ist, kann in aller Ruhe festgestellt werden, da der beschriebene Apparat gestattet, jede beliebige Intensität des Tones beliebig lange constant zu halten, bis der Hörende mit Sicherheit auszusagen vermag, ob er den Ton noch hört, oder nicht.

9. Herr Hinsberg-Breslau berichtet über die praktische Verwendbarkeit des Waetzmannschen Apparates für Hörprüfungen. Als Tonquelle wurden für tiefe Töne Orgelpfeifen, für mittlere und hohe angeblasene Flaschen benutzt. Die Hörprüfung ist leicht und schnell auszuführen und verdient wenigstens für wissenschaftliche Untersuchungen den Vorzug vor den Stimmgabelprüfungen.

Discussion zu 8 und 9: Herren Frey, Bárány, Vohsen, Brünings, Quix.

10. Herr Hegener-Heidelberg: Kritische Untersuchungen zur oberen Hörgrenze.

Die sichere Erzeugung genau gemessener, reiner, sehr hoher Töne macht erhebliche physikalische Schwierigkeiten, die erst alle (Aufzählung in der Arbeit) zu überwinden sind, ehe die Methode der Untersuchung als einwandfrei gelten kann. Ebenso sind die Angaben des Untersuchten durch die Verwendung verschiedener Tonquellen zu controllieren.

Die älteren Untersuchungen von Savart, Preye, Lord Rayleigh und Pauchon, welche erheblich über 21000 v. d. als obere Grenze angeben, entsprechen den physikalischen Bedingungen nicht.

Von neuesten Untersuchungen ist sicher, dass Wanners Untersuchte durch niedrige Schneidentöne der Galtonpfeife, deren Tonbildung auch jetzt nicht verbessert ist, getäuscht worden sind. Die Untersuchungen Wilbergs leiden an der Einseitigkeit der Tonquelle (nur Monochord), die Täuschung dürfte durch das Reibungsgeräusch hervorgerufen sein.

Nach Untersuchungen mit 6 controllierten Tonquellen ergab sich H. bei 100 Normalhörenden des 1.—4. Lebensjahrzehntes, dass die Grenze durchschnittlich bei 20000 v. d. liegt, niemand über 22000 sicher hörte. Schalleitungshindernisse setzen je nach Intensität der Tonquelle um 1000—3000 v. d. herab. (Demonstration eines verbesserten Monochords.)

Discussion zu 10: Herr Wilberg.

11. Herr Bárány demonstriert eine neue Methode zum Nachweis der Simulation einseitiger und doppelseitiger Taubheit. Lässt man einen Normalhörenden aus einem Buche vorlesen und setzt ihm während dessen je einen der von Bárány construierten Lärmapparate in die beiden Ohren, so wird im Moment, wo die Lärmapparate betätigt werden, die Stimme des Vorlesenden bedeutend lauter, ohne dass der Vorlesende selbst etwas bemerkt. Bei einseitiger Taubheit genügt das Einsetzen eines Lärmapparates in das gesunde Ohr, um das Phänomen hervorzurufen. Bei Simulation einseitiger Taubheit hat das Einsetzen des Lärmapparates in das gesunde Ohr keine Verstärkung der Stimme zur Folge, wohl aber die Einsetzung des zweiten Apparates in das angeblich taube Ohr. Bei Simulation doppelseitiger Taubheit tritt bei Wirkung beider Lärmapparate die Stimmverstärkung ein, die bei wirklicher Taubheit fehlt.

12. Herr Bárány demonstriert seine Worttabellen zur exacten Hörprüfung.

Bei den bisherigen Methoden der Prüfung konnte man zwischen Hören und Erraten nicht unterscheiden. Bárány wählt nun zur Prüfung Worte, die sich lediglich durch einen Consonanten oder Vocal unterscheiden, z. B. Wabe, Wade, Wage, Ware, Vase, Waffe, Wanne etc. oder Sonne, Senne, Sinne etc. und stellt die Hördistanz fest, in welcher der von ihm sogen. «Wechsellaut» jedesmal richtig gehört wird. Auf diese Weise ist ein Erraten unmöglich gemacht.

Discussion zu 12: Herr Quix.

13. Herr Frey-Wien beschäftigt sich in seinem Vortrag mit der Mechanik des Schalleitungsapparates.

Seine anatomischen Untersuchungen haben ergeben, dass bei vielen Säugetieren die Hammer-Ambosverbindung kein Gelenk, sondern eine echte Ankylose sei; bei allen anderen steht die Verbindung einer Ankylose ziemlich nahe und ist wenigstens für die physiologische Inanspruchnahme als fest zu betrachten. Demgemäss ist jede Schalleitungstheorie, die eine gegenseitige Beweglichkeit der Knöchelchen voraussetzt, als unzutreffend anzusehen, da es nicht anzunehmen ist, dass bei verschiedenen Säugern die Schalleitung in verschiedener Weise vor sich geht und an der sicheren Ankylose bei einer Anzahl von Tieren nicht zu zweifeln ist. Er beweist auch, dass für keine der physiologisch vorauszusetzenden Betätigungen der Schalleitungskette eine gegenseitige Beweglichkeit der beiden Knöchelchen notwendig ist. Endlich kritisiert er noch den Teil der Helmholtzschen Theorie, der sich mit dieser Frage

befasst, und zeigt, dass sie in dieser Beziehung corrigiert werden muss. Insbesondere der von Helmholtz angenommene «Sperrzahnmechanismus» entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen.

14. Herr Herzog-München: Demonstration von Präparaten experimentell erzeugter Labyrinthitis.

Als Versuchstiere dienten Affen; die Schädigung erfolgte durch Eröffnung des horizontalen Bogenganges und Plombierung der Lumina mit Cement. Pathologisch-anatomisch ist eine Abnahme des entzündlichen Substrates von der Reizstelle aus gegen entferntere Bezirke unverkennbar. In einem Falle ist sogar eine deutliche Abgrenzung der Entzündung im horizontalen Bogengang festzustellen, während Vestibulum und Schnecke kaum sichtbare Spuren von Gerinnungen zeigen.

In Anbetracht der groben mechanischen Schädigung und der verhältnismässig geringen Propagation darf wohl bei schonenderer Infection des Labyrinths (menschliche Pathologie) eine vollkommene Abgrenzung des Entzündungsprocesses erwartet werden. Durch diese Experimente hält H. den Beweis für die Möglichkeit circumscripter Labyrintheiterungen für erbracht.

15. Herr W. Uffenorde-Göttingen:

1. Ein weiterer Fall von Labyrintheiterung nach acuter genuiner Mittelohreiterung (mit Demonstration von den histologischen Präparaten des entzündeten Labyrinths).

2. Ein weiterer Fall von circumscripter Labyrintheiterung mit Saccusempyem, Kleinhirnabscess, Leptomeningitis nach chronischer Mittelohreiterung (Cholesteatom). Demonstration von histologischen Präparaten des Saccusempyems und eines Felsenbeines mit der eigenen Labyrinthoperationsmethode.

ad 1. Es ist der 6. Fall von Labyrintheiterung nach acuter genuiner Mittelohreiterung, abgesehen von anderen namhaft gemachten und hierher gehörigen Fällen, die im letzten Jahre veröffentlicht sind. Also sind diese Fälle nicht mehr als selten anzusehen. Oefter sind die Fälle mangels genauer functioneller Prüfung und histologischer Untersuchung nicht richtig erkannt. Die functionelle Prüfung ist um so wertvoller, als gerade die gefährlichen Fälle ohne jedes ausgesprochene Symptom seitens des Vestibulum entstehen zu können scheinen. Die Eiterung geht durch die intacten Fenster aufs Labyrinth über, die Fistelbildung entsteht erst secundär durch die Ernährungsstörung. Bei diesen Labyrintheiterungen soll man zunächst, auch bei Reactionslosigkeit und Taubheit des Labyrinths, abwarten, sowie aber Fieber, Kopfschmerzen oder irgendwelche endocranielle Symptome auftreten, ist gleichzeitige Totalaufmeisselung der Mittelohrräume und des Labyrinths nach der Methode des Vortragenden mit Eröffnung des Fundus des inneren Gehörgangs dringend angezeigt. Die Operationsmethode ist entgegen der oft geäusserten Ansicht für den Facialis bei genügender Technik ungefährlich und hat sich bereits in einer Reihe von Fällen bewährt.

ad 2. Der Fall zeigt, dass ein gutes Gehör keineswegs die Möglichkeit einer Eiterung im Vestibulum ausschliesst, dass also eine umschriebene Eiterung im Labyrinth sehr wohl möglich ist, wie Vortr. in einem früheren Falle schon durch histologische Untersuchung nachweisen konnte. Also muss man auch u. a. bei Vorhandensein von gutem Gehör das Labyrinth operativ angreifen, wenn sichere Symptome seitens Vestibulum und schon seitens des Cerebellum dazu auffordern. Trotzdem das ganze Vestibulum wohl schon mindestens seit einem Jahr etwa eitrig entzündet war, bestand in beiden Blickrichtungen lebhafter Nystagmus nach der gesunden Seite gerichtet. Beim Einhaken in die Fistel am Tuber ampullare bei der Operation wurde typische Bewegung der Bulbi oculorum beobachtet.

Discussion zu 15: Herren Neumann, Bondy, Scheibe, Ruttin, Voss, Ritter, Mann, E. Urbantschitsch.

16. Herr Brühl-Berlin zeigt Präparate von 3 Felsenbeinen, in denen Spongiosierungsherde sind, ohne dass der Steigbügel ankylosiert ist. Klinisch war nervöse Schwerhörigkeit vorhanden, und dementsprechend fand sich Labyrinthatrophie. Aus 3 weiteren Fällen von «typischer Otosclerose». d. h. Spongiosierung mit Stapesankylose, schliesst B., dass die Knochenalterationen, die zur Stapesankylose führen, klinisch wie anatomisch anders zu bewerten sind wie die histologisch ähnlichen Knochenalterationen, die zuweilen bei Labyrinthatrophie und Mittelohrprocessen gefunden werden, ohne dass der Stapes ankylosiert ist. Ueber die Bedeutung derselben können zurzeit noch keine Schlüsse gezogen werden.

Discussion zu 16: Herren Manasse, Panse, Scheibe, Frey.

17. Herr Otto Mayer-Wien: Endemische Schwerhörigkeit.

An Diapositiven werden die wichtigsten mikroskopischen Befunde von 4 Fällen demonstriert, bei welchen sich neben verschiedengradiger Schwerhörigkeit auch Zeichen cretinischer Degeneration fanden.

Uebereinstimmend wurde bei allen Fällen constatiert:

1. Massenzunahme des Knochens der Pyramide, wodurch es zu einer Aenderung der Configuration an der medialen Paukenwand kam. Namentlich war die Nische des runden und des ovalen Fensters verengt, erstere in einem Falle sogar vollkommen durch Knochen abgeschlossen.

2. fand sich in allen Fällen eine Verödung der Fensternischen, durch Schleimgewebe, Bindegewebe und Fettgewebe.

Andere Befunde waren: Verdickung der Gehörknöchelchen, Verwachsung derselben, so des hinteren Steigbügelschenkels mit der hinteren Nischenwand und des absteigenden Amboschenkels mit der Antrumschwelle, Atrophie des Corti schen Organes etc.

Da dieselben Befunde auch für das Gehörorgan Cretiner typisch sind, da ferner in 2 Fällen eine Struma, in einem Falle eine colloide Entartung der Schilddrüse und in 2 Fällen Schwachsinn vorhanden war und sämtliche Fälle aus Steiermark stammten, und zwar gerade die beiden hochgradigsten Fälle aus Gegenden, wo Cretinismus in den typischsten Formen vorkommt, sieht Mayer diese Fälle als Uebergangsformen zum echten Cretinismus und zur cretinischen Taubstummheit an.

Discussion zu 17: Herr Habermann.

18. Herr Ernst Urbantschitsch-Wien: Zur Aetiologie der Taubstummheit.

Verf. teilt, analog der Einteilung von Hammerschlag, die Taubstummheit in 2 grosse Gruppen: in erworbene und congenitale. Die erworbene kann intrauterin oder postfötal entstanden sein. Zur ersteren gehört neben den verschiedenen Entzündungsformen die Lues hereditaria. E. Urbantschitsch untersuchte nun 125 Taubstumme und zum Teil deren Angehörige mittelst Wassermannscher Seroreaction, und zwar mit folgendem Resultat: negative oder spurweise Reaction: 86,4 Proc., mittelstarke 6,4 Proc. (Grenzfälle); 7,2 Proc. fast oder ganz complette Reaction.

Da Verf. unter «hereditär-degenerativer Taubstummheit» (Hammerschlag) jene Fälle versteht, in denen die Ursache der Taubstummheit in der Keimesanlage gelegen ist, wenn auch mitunter eine scheinbar auslösende Ursache hinzutritt, wodurch die «latente» Disposition «manifest» wird, während in anderen die Disposition von Beginn an manifest erscheint, so teilt er die hereditär-degenerative Taubstummheit in eine «manifeste» und in eine «latente»; für die Berechtigung dieser Einteilung erbringt Verf. Beweise aus seiner Erfahrung.

Mitunter kann eine schwere Constitutionskranheit imstande sein, den degenerativen Charakter einer Familie auszulösen. Hierzu gehören unter Umständen Syphilis und Tuberculose (Anführung von je 2 Beispielen aus dem Beobachtungsmaterial des Verf.).

Die Consanguinität der Eltern als solche übt nur einen sehr geringen Einfluss auf das Zustandekommen von Taubstummheit aus; es muss sich vielmehr um eine consanguine Ehe in einer hereditär-degenerativen Familie handeln. Verf. beobachtete unter 400 Taubstummen (hiervon 390 Katholiken!) nur 2 mal Consanguinität, und in einer dieser consanguinen Ehen ist ausserdem die Blutsverwandtschaft nicht als auslösendes Moment für das Zustandekommen der Taubstummheit zu betrachten. Dieser geringe Coeffizient dürfte seine Erklärung in der Seltenheit consanguiner Ehen unter Katholiken finden.

Von Wichtigkeit kann zur Beurteilung des degenerativen Charakters in einer Familie der Nachweis anderweitiger körperlicher Abnormitäten sein, von denen Verf. eine ganze Reihe aus seinem Beobachtungsmaterial anführt und 2 sehr seltene Formen (Ektro- und Syndaktylie an den Füssen, Verschmelzung zweier Gaumenbogen) im Bilde vorführt.

Zum Schluss gibt Urbantschitsch noch eine schematische Einteilung der Taubstummheit:

Taubstummheit
- erworben
  - intrauterin
  - postfoetal
- congenital
  - heredit.-degen.
    - manifest
    - latent
  - endemisch

Discussion zu 18: Herr Denker.

19. Herr Quix-Utrecht demonstriert farbige Mikrophotogramme von Taubstummenohren.

20. Herr W. Uffenorde-Göttingen: Beiträge zur Pathogenese des secundären Cholesteatoms. (Vorläufige Mitteilung).

Vortr. hat einen Fall von secundärem Cholesteatom in der Nasenhöhle selbst—den ersten Fall—behandelt; auf dem Cholesteatom hatte sich ein Rhinolith gebildet. Die Matrix bestand aus papillären Excrescenzen, auf deren Kuppen Epithelmetaplasie eingetreten war, während in den Nischen Cylinder-

epithel erhalten war. Der beweisende Fall von Habermann, Cholesteatom des Mittelohrs, weist grosse Aehnlichkeit mit dem vorliegenden auf, so dass leicht entgegen der Theorie der Einwanderung der Gehörgangsepidermis in die Mittelohrräume, die vom Autor aufgestellt wurde, die Annahme der Metaplasie—alte, meist verlassene Theorie von v. Tröltsch —darnach gemacht werden kann. Vortr. hat daraufhin in 20 Fällen aus der Göttinger Ohrenklinik die bei den Totalaufmeisselungen cürettierten Schleimhautpartikel histologisch untersucht und gefunden, dass man meist sicher Metaplasie des Epithels nachweisen könnte. Diese wurde vom Vortr. auch bei seinen histologischen Untersuchungen der hyperplastischen Rachenmandel, der polypoid entarteten Siebbeinschleimhaut, an Ohr- und Nasenpolypen u. a. gefunden, wie auch von anderer Seite häufig derselbe Befund erhoben wurde. Auch klinische Erfahrungen lassen sich für die Annahme der Metaplasie geltend machen.

Man muss also darnach die fast als dogmatisch geltende Auffassung bezüglich der Genese des secundären Cholesteatoms, und zwar die Theorie des Hineinwanderns von Epidermis des Gehörgangs resp. des Gesichts auf jeden Fall einschränken und der alten Theorie der Epithelmetaplasie von v. Tröltsch mehr Berücksichtigung schenken.

Discussion zu 20: Herr Hoffmann-Dresden.

21. Herr Brünings-Jena: Ueber die sogenannte Knochenleitung als Grundlage der qualitativen Hörprüfung. (Mit Demonstration.)

Zunächst wird die Haltlosigkeit der zahlreichen bisherigen Hypothesen über das Wesen des Weberschen und Rineschen Versuches discutiert. Richtig ist, dass eine dem Knochen mitgeteilte Schallschwingung zum Teil auf den Luftleitungsweg des Ohres übergeht (Politzer, Lucae) und durch diesen percipiert wird, doch lässt sich sowohl experimentell wie klinisch beweisen, dass auch die Knochenschwingung als solche dem Cortischen Organ zugeführt wird und eine Schallempfindung auslöst.

Es handelt sich demnach bei der sogen. kranio-tympanalen Leitung um das Phänomen der erzwungenen Mitschwingung, bei der immer eine Phasenverschiebung gegenüber dem erregenden Ton eintritt. Vortr. weist an mehreren Beispielen nach, dass diese Phasenverschiebung unter bestimmten Bedingungen zu einer völligen Phasenopposition (Interferenz) führt, und demonstriert ein Ohrmodell, bei dem das durch eine Knochenschwingung erregte Trommelfell in entgegengesetzter Phase mit dem Knochen schwingt. Vereinigt man die Schwingungen beider Leitungswege durch einen geteilten Gummischlauch, so wird der Ton immer stärker, wenn man das künstliche Trommelfell vernichtet oder an der Schwingung hindert. Hierin liegt eine vollständige Erklärung des Rineschen Phänomens, indem jede Beeinträchtigung des Luftleitungsweges den Knochenleitungston verstärken muss, da die durch Phasenopposition bewirkte Abschwächung im Cortischen Organ vermindert oder aufgehoben wird.

Vortr. demonstriert dann einen auf dieser Theorie aufgebauten neuen Stimmgabelapparat zur qualitativen Hörprüfung, der sich auf das Princip der Phasenverschiebung zwischen Luft- und Knochenschwingung gründet und die Interferenz beider im Cortischen Organ der Messung zugrunde legt.

Discussion zu 21: Herren Denker, Frey, v. Eicken.

22. Herr Bloch-Freiburg: Bemerkungen zu der von der internationalen etc.

Bl. bespricht die Prüfung mit der Sprache und den Rineschen Versuch, wie diese beiden Methoden in der obigen Formel vorgeschlagen sind. Er ist der Ansicht, dass beide, wie noch andere Methoden, nicht ganz dem heutigen Stand unserer diagnostischen Anschauungen entsprechen.

Discussion zu 22: Herren Panse, Jörgen Möller, Habermann, Siebenmann, Bárány, Voss.

23. Herr Brünings-Jena: Ueber quantitative Functionsprüfung des Vestibularapparates. (Mit Demonstration).

Vortr. bespricht zunächst die besondere klinische Bedeutung, welche einer zuverlässigen quantitativen Functionsprüfung des Vestibularapparates im Gegensatz zu den bisherigen qualitativen Methoden zukommt, und die Fehler, die bei den bisherigen Versuchen in dieser Richtung gemacht wurden. Als Grundlagen für die quantitative Prüfung eignet sich nur das kalorische Reizverfahren und die zeitliche Feststellung des Nystagmusbeginnes. Dazu ist Einhaltung einer bestimmten Blickrichtung erforderlich, was durch den vom Vortr. angegebenen Spiegelfixator erreicht wird.

Um den kalorischen Reiz—dessen Wirkungsweise besondere Versuche klarstellen — quantitativ verwendbar zu machen, ist zunächst eine ganz bestimmte Kopfstellung erforderlich, bei welcher der horizontale Bogengang vertical steht. Diese wird durch das «Otogoniometer» des Vortr. erreicht. Das «Otokalorimeter» erfüllt alle Bedingungen einer quantitativen kalorischen Reizung: constante Temperatur, constante Stromstärke, constanter Strömungsweg im Ohr. Es ist so eingerichtet, dass die bis zum Eintritt der Reaction verbrauchte Wassermenge an der Skala des Messgefässes ohne weiteres den Grad der Erregbarkeit in Bruchteilen oder Multipla des Normalen angibt. Die Normalzahl wurde an 72 gesunden Ohren ermittelt und wies nur geringe Schwankungen auf. Die bisherige klinische Anwendung des Otokalorimeters lieferte sehr zahlreiche Beobachtungen über quantitative Abweichungen der Vestibularreaction, welche a. a. O. publiciert werden.

Vortr. kann nach seinen bisherigen Erfahrungen sagen, dass die neue Methode einfacher und bequemer ist und den Kranken weniger belästigt als das bisherige Abspritzverfahren und dass sie zuverlässige vergleichbare Werte auf einheitlicher Grundlage liefert.

Discussion zu 23: Herren Bárány, Ruttin, v. Urbantschitsch, Marx, Quix, Schoenemann.

24. Herr Brünings-Jena: Ueber neue Gesichtspunkte in der Diagnostik des Bogengangapparates. (Mit Demonstration).

Discussion zu 24: Herren Bárány, Neumann.

25. Herr Hansberg-Dortmund: Zur Frühoperation der acuten otogenen Sepsis.

H. empfiehlt an der Hand von 15 beobachteten Fällen acuter otogener Sepsis die Frühoperation. In allen seinen Fällen bestanden äusserlich keine Veränderungen am Warzenfortsatz, 8 mal fehlte sogar eine Empfindlichkeit auf Druck. Eiter wurde in allen Fällen im Warzenfortsatz gefunden, 5 mal fand sich 4 Tage nach dem ersten Auftreten der Mittelohrerkrankung bereits eine Thrombose im Sinus, resp. krankhafte Veränderungen an der Wand desselben.

Als Operation kommt zunächst die Eröffnung des Warzenfortsatzes, dann die Freilegung des Sinus, event. mit Eröffnung desselben, in Betracht. H. hat gewöhnlich sehr frühzeitig operiert, 2 mal $1\frac{1}{2}$, 4 mal 3, 4 mal 4, je 1 mal 6, resp. 10 Tage nach dem ersten Auftreten der Mittelohrerkrankung, in 3 Fällen wurde im Verlaufe von Angina, resp. Scharlach operiert.

Die Diagnose ist in den Frühstadien sehr schwierig, aber nicht unüberwindlich, von grosser Bedeutung sind Temperaturerhöhung, Schlummersucht, Empfindlichkeit am Warzenfortsatz. Aus der Höhe des Fiebers lässt sich nicht immer ein Schluss ziehen auf die Schwere der Erkrankung.

Jeder Fall muss streng individualisiert werden, die Therapie muss immer dem jeweiligen Fall angepasst sein. Ueber den Zeitpunkt, wann eingegriffen werden soll, lassen sich keine bestimmten Regeln aufstellen, Erfahrung und Takt des Operateurs entscheiden.

Von den Fällen H. wurden 13 geheilt, 2 starben.

Discussion zu 25: Herr Mayer-Wien.

26. Herr Wittmaack: Zur Frage des Tubenabschlusses bei der Totalaufmeisselung.

W. schlägt vor, die durch Offenbleiben der Tube bei Totalaufmeisselungen bedingten nachteiligen Folgezustände dadurch zu vermeiden, dass man am Schluss der Totalaufmeisselung das tympanale Tubenostium durch Aufheilung eines gestielten Hautläppchens zum Verschluss bringt. Dieses Verfahren, dessen Technik im einzelnen ausführlich beschrieben wird, hat sich in einer Reihe von Fällen bereits so gut bewährt, dass W. es zur weiteren Nachprüfung empfehlen zu können glaubt.

Discussion zu 26: Herren Siebenmann, Hinsberg, Preysing, E. Urbantschitsch, Habermann, Passow, Winckler, Ritter.

27. Herr O. Voss-Frankfurt a. M.: Meningitis serosa otogener Genese mit eigenartigem Verlauf.

V. teilt einen Fall von Sinusphlebitis mit concomitierender Meningitis serosa der hinteren Schädelgrube mit, in dem es während der Reconvalescenz unter plötzlichem Auftreten von Kreuzschmerzen und Kernigscher Contractur zu einer Infection der spinalen Häute kam. V. führt dieses Vorkommnis auf Zerreissung von Adhäsionen im Bereich der hinteren Schädelgrube zurück, ehe der Process hier vollkommen abgeklungen war, und gibt dem zu frühen Aufstehen des Patienten schuld hieran. Er knüpft hieran die Mahnung zu strictester Innehaltung von Bettruhe bis zu dem Momente, in dem das letzte Anzeichen der entzündlichen Exsudation vollkommen verschwunden ist.

28. Herr Herzog-München: Mechanik des Fistelsymptoms.

Nach kurzen einleitenden Bemerkungen über die Art und Richtung des Nystagmus beim Fistelsymptom weist H. darauf hin, dass für die Erklärung der klinischen Erscheinungen folgende Tatsachen vorausgesetzt werden:

1. Der Luftdruck greift immer den Labyrinthwanddefect an.
2. Durch die einwirkende Kraft wird eine genügend starke Strömung im Labyrinthwasser erzeugt, um die Nervenendigungen des Vorhofbogengangapparates zu reizen.

An der Richtigkeit dieser Voraussetzung zweifelt H. hauptsächlich aus 2 Gründen. Einmal, weil die klinischen Befunde hiermit keine vollkommen befriedigende Erklärung finden und dann insbesondere, weil bei uncomplicierten chronischen Mittelohreiterungen kein Fistelsymptom auslösbar ist, obwohl das runde Fenster einen idealen Labyrinthwanddefect darstellt.

Auf Grund von rechnerischen Ueberlegungen und unter Verwertung der bei manometrischen Untersuchungen am Präparate gewonnenen Resultate gelangt H. zur Ansicht:

Die durch den Druck mit dem Schlauchballon erzeugte Compression des Labyrinthwassers (= Strömung) genügt nicht, um die Nervenendstellen zu reizen.

Durch den Druck wird eine Verschiebung des Labyrinthwassers bewirkt und zwar, zwischen Labyrinthwanddefect und rundem Fenster (bezw. eines zweiten Defectes).

Der Angriffspunkt der Druckwirkung ist dort, wo die Kraft senkrecht auftrifft. Ob dies einmal der Labyrinthwanddefect, das anderemal das runde Fenster ist, hängt von individuellen anatomischen Verschiedenheiten (Lage des runden Fensters) und von jeweils verschiedenen pathologischen Zuständen in der Umgebung des Labyrinthwanddefectes ab.

Aus diesem Grunde ist es begreiflich, dass bei gleicher Lage des Labyrinthwanddefectes entgegengesetzte klinische Symptome beobachtet wurden.

Aus diesem Grunde ist auch eine Localisation des Labyrinthwanddefectes aus der Art und Richtung des Nystagmus beim Fistelsymptom nicht statthaft.

Discussion zu 28: Herren Neumann, E. Urbantschitsch.

29. Herr Scheibe-München: «Fistelsymptom», postoperative Labyrinthitis und Verhütung derselben.

Die postoperative Labyrinthitis hat in den letzten Jahren an Zahl plötzlich bedeutend zugenommen. Die Zunahme fällt zusammen mit dem Bekanntwerden des sogen. Fistelsymptoms. Obwohl dauernde Taubheit in der Hälfte der Fälle die Folge der Aufmeisselung des Mittelohres ist, nehmen alle Autoren ausnahmlos diese Complication als etwas Selbstverständliches hin. Scheibe wirft deshalb die folgenden beiden Fragen auf:

Erstens ist in den Fällen mit Compressionsnystagmus, oder was ziemlich gleichbedeutend ist, Bogengangsusur — nicht «Fistel», wie unberechtigter Weise allgemein die Bezeichnung lautet! — die Aufmeisselung des Mittelohres notwendig? Auf Grund von 4 conservativ behandelten Fällen und unter Verwertung seines gesamten in 17 Jahren conservativ behandelten Materials, bei dem in keinem einzigen Falle Taubheit eingetreten ist, kommt er zu dem Schlusse, dass das Fistelsymptom, oder. wie es richtiger heisst, Drucksymptom an und für sich keine Indication zur Aufmeisselung ist.

Zweitens, im Falle aus einem anderen Grunde die Aufmeisselung notwendig ist, lässt das Auftreten der postoperativen Labyrinthitis sich verhüten? Da als auslösendes Moment hauptsächlich das Suchen nach der sogen. Fistel in Betracht kommt, während die Meisselerschütterung und die Tamponade weniger von Bedeutung sind, rät er dringend, das so wichtige Drucksymptom in den Fällen mit functionsfähigem Labyrinth nicht als Wegweiser anzusehen, sondern als Warnungstafel, auf der die zwei Sätze stehen: «Halt, hier ist eine Usur!» und «Nil nocere!»

Discussion: Herren Ruttin, Habermann, Bondy, Voss, Wagner.

30. Herr v. Gyergyay-Klausenburg: Demonstration einer neuen, directen Methode zur Untersuchung und Behandlung der pharyngealen Tubenmündung und des Innenraumes der Ohrtrompete.

31. Herr Morian-Karlsruhe: Beitrag zur klinischen Kenntnis der Neuritis acustica alcoholica.

Die Neuritis acustica alcoholica äusserte sich in den bis jetzt bekannt gewordenen Fällen (8 Beobachtungen aus der Literatur, 3 eigene Beobachtungen) in einer meist sehr plötzlich auftretenden Schwerhörigkeit, bis Taubheit, verbunden mit sehr heftigen subjectiven Geräuschen und ausserdem in einem Teil der Fälle mit mehr oder weniger heftigen Schwindelerscheinungen. Neuritische Erscheinungen von anderen Seiten des Nervensystems vervollständigen das Krankheitsbild, dessen Prognose quoad restit. als zweifelhaft bezeichnet werden muss. Therapeutisch kommt in erster Linie eine strict durchgeführte Abstinenz in Betracht.

32. Herr Winkler-Bremen: Sind die bei Totalaufmeisselungen oder Antrotomien gesetzten Defecte der Schädelhöhle als irrelevant zu bezeichnen?

Discussion: Herr Brieger.

33. Herr Winkler-Bremen: Modification des Schnittes für die Trepanation der Fossa canina.

34. Herr Ruttin: Zur Pathologie der Taubstummheit.

R. zeigt Präparate der Labyrinthe eines albinotischen tauben Hundes. In den Schnecken fehlen die Corti'schen Organe. Der Aquaeductus cochleae ist mit Bindegewebe ausgefüllt, das wahrscheinlich als Rest des embryonalen Bindegewebes aufzufassen ist. Der Vestibularapparat ist normal. Dieser Befund hat principielle Bedeutung, da der Hund vorher functionell geprüft worden ist. Wenn der Vestibularapparat trotz des Verschlusses des Aquaeductus cochleae normal sein kann, so beweist dies, dass die Perilymphe nicht das für den Vestibularapparat functionell wichtige Medium sein kann. Nach der Helmholtzschen Theorie ist für die Function der Schnecke eine Ausweichmöglichkeit der Labyrinthflüssigkeit nötig. Dies ist aber nur für die Perilymphe der Fall, dagegen ist die Endolymphe vollständig abgeschlossen, um so mehr, wenn wir die Ansicht Schönemanns acceptieren, dass der Ductus reuniens normalerweise geschlossen ist. Es würde also für die Schnecke das functionell wichtige Element die Perilymphe sein, für den Vestibularapparat die Endolymphe. Dies erklärt eine pathologisch wichtige Tatsache. Bei der serösen Labyrinthitis ist immer zunächst die Function der Schnecke geschädigt; es gibt nun weiter Fälle von seröser Labyrinthitis mit totalem Verlust der Function des Vestibularapparates, Fälle von Verlust der Function der Schnecke und des Vestibularapparates, aber keine Fälle von Verlust der Function des Vestibularapparates bei erhaltener Function der Schnecke. Wir haben das früher mit einer grösseren Läsibilität der Schnecke erklärt. Nach meinen Ausführungen aber ist dies einfach mechanisch zu erklären. Jede Labyrinthentzündung ergreift ja zuerst den der primären Mittelohreiterung zunächst liegenden perilymphatischen Raum, daher ist stets zunächst das functionell wichtige Medium der Schnecke geschädigt und erst bei weitergreifender Entzündung auch die Endolymphe das functionell wichtige Element des Vestibulums. Besteht daher bei einer serösen Labyrinthitis Taubheit bei erhaltener Function des Vestibularapparates, so handelt es sich um eine seröse Perilabyrinthitis, ist bei einer serösen Labyrinthitis die Function der Schnecke und des Vestibularapparates ausgefallen, so handelt es sich um eine seröse Endolabyrinthitis, die selbstverständlich eine seröse Perilabyrinthitis voraussetzt.

35. Hugo Stern-Wien: Fortschritte in der Ausbildung und Fortbildung der Taubstummen.

Schon im vorschulpflichtigen Alter muss man systematische Stimmübungen vornehmen, wozu adäquate Vorbilder (gleichaltrige hörende Kinder) heranzuziehen sind. Grosse Beachtung ist der Kehlkopfstellung und Kehlkopfbewegung zuzuwenden, ferner der Verbesserung der Vibrationsempfindlichkeit und einer richtigen Atemtechnik. Im allgemeinen bewährt es sich, beim Articulationsunterricht nicht vom einzelnen Laut, sondern von Silben auszugehen. Vortr. verweist weiter auf die Wichtigkeit der Vornahme von Hörübungen (Urbantschitsch) in geeigneten Fällen, auf die phonetische Schrift Gutzmanns, auf das Häufigkeitswörterbuch Kädings und Kobraks mimische Schrift — alles Hilfsmittel für ein rascheres und sichereres Absehenlernen. Das grösste Gewicht ist auf eine weitere Fortbildung der Taubstummen in stimmlicher und sprachlicher Hinsicht zu legen, um eine reine und modulationsfähige Sprache zu erzielen.

Discussion: Herren Passow, E. Urbantschitsch, Kümmel.

36. Herr Kretschmann-Magdeburg spricht über drei Fälle von Osteomen.

Das erste hatte seinen Sitz an der medialen Wand der rechten Orbita bei einem 16-jährigen jungen Manne. Wegen Tränenträufeln wurde ärztliche Hilfe gesucht; weiter keine Klagen. Freilegen der medialen Orbitalwand, Abmeisseln des Tumors, der in der Tiefendimension 4 cm., in der Höhe 3 cm., in der Dicke 2 cm. betrug. Glatte Heilung. Die Knochengeschwulst zeigt den Bau der Elfenbeingeschwülste. Sie gehört zu den gutartigen.

Fall 2. Rechts Exostose bei einem 20-jährigen jungen Mädchen, das auf dem gleichseitigen Ohre eine chronische Mittelohreiterung hatte. Der Tumor ist halbkugelig, misst in Basis und Höhe 2½ cm und sitzt fest auf. Er befindet sich auf dem Nahtzwickel, der durch das Zusammentreffen von Scheitel-, Schläfen- und Hinterhauptboden gebildet wird. Er stammt wahrscheinlich aus dem Schädelknochen und hat die Structur der Elfenbeingeschwülste.

Fall 3. Rechts harter Tumor bei einem 19-jährigen ohrgesunden jungen Mädchen hinter der Wurzel des Warzenfortsatzes. Bei der Ausschälung lässt sich das Periost von der

Geschwulst nicht ablösen, weil es fest mit ihr verwachsen ist. Der Tumor selbst ist breit gestielt. Mit Abtragung eines Stückes der Tabula externa wird er in toto entfernt. Auf dem Durchschnitt zeigen sich in ein Bindegewebslager eingebettet eine grosse Anzahl stecknadelkopf- bis reiskorngrosser, harter, regelmässiger glatter Körper, die an das Aussehen von Zähnen erinnern. Mittelst mikroskopischer Schnitte erweisen sich diese harten Körperchen als gesonderte Knochengeschwülstchen von sehr regelmässiger lamellöser Schichtung. In einzelnen dieser Osteomchen finden sich Gefässe, die zwischen die Lamellen dringen und nicht wie beim Haversischen Typus von besonderen Lamellen umgeben sind. Auch Andeutungen von Markhöhlen finden sich in einzelnen Gebilden. Eingelagert sind die Osteome in ein Stroma von bindegewebiger Structur. Zwischen den Lamellen kann man bei starker Vergrösserung Fasern verlaufen sehen, die als Sharpeysche angesprochen werden müssen. Es handelt sich in dem vorliegenden Tumor um eine Colonie von kleinen Osteomen, deren Abstammung von dem Periost wohl mit Sicherheit anzunehmen ist.

37. Herr Claus-Berlin: Zur Diagnostik der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren.

C. berichtet über 2 Fälle von Kleinhirnbrückenwinkeltumor, die selbst in vorgeschrittenem Stadium noch gutes Gehörvermögen besassen. Dagegen war bei beiden der Vestibularapparat in keiner Weise zu erregen. Der eine Fall kam zum Exitus während der Beobachtungszeit, und die Autopsie ergab, dass der Acusticus nur gedehnt oder im inneren Gehörgang comprimiert worden ist durch ein vom Tentorium cerebelli ausgehendes Sarcoma psammosum endotheliale. Es ergibt sich daraus die Forderung, bei Verdacht eines Tumors der hinteren Schädelgrube stets nicht nur den Cochlearis, sondern auch den Vestibularis einer genauen Prüfung zu unterziehen.

38. Herr Wanner-München: Die Neuregelung der Taubstummenstatistik im Königreich Bayern.

Discussion: Herr Passow.

39. Herr Ernst Urbantschitsch-Wien: Ueber den Einfluss der Kopfstellung auf die im Ohr befindlichen Secrete.

E. Urbantschitsch fand durch experimentelle Untersuchungen und zahlreiche Beobachtungen an Patienten folgende praktisch wichtige Tatsachen: 1. Die mitunter benützten «Ohrmandeln» können nur dann auf weiter nach innen gelegene Teile des Gehörorgans eine Wirkung entfalten, wenn der Pat. mindestens 45 Minuten constant auf dem gesunden Ohr liegt.—2. Gelatineohrmandeln mit 12 Proc. Gelatinegehalt können keine medicamentöse Wirkung ausüben.—3. Freie Flüssigkeit (wie Eiter etc.) sammelt sich in den Warzenzellen leichter an, wenn der Pat. auf dem gesunden, als wenn er auf dem kranken Ohr liegt.—4. Bei einseitigem Ohrenschmalzpfropf lässt sich, wenn keine Reinigungsversuche vorausgegangen sind, der sichere Schluss ziehen, dass der betreffende Patient nachts auf dem cerumenfreien Ohr zu liegen pflegt.—5. Bei beiderseitigem Ohrenschmalzpfropf pflegen die Patienten abwechselnd rechts und links zu schlafen, weniger häufig auf dem Rücken.—6. In manchen Fällen von acut eitrigen Mittelohrentzündungen lässt sich durch constant eingenommene, dem kranken Ohr entsprechende Seitenlage des Kopfes zuweilen der Entzündungsprocess auffallend gut beeinflussen.—7. Eine Reihe von anamnestischen Angaben, wie gesteigerter oder verminderter Ausfluss während der Nacht und dergl. hängt mit der Lage des Patienten während des Schlafes zusammen.

40. Herr Brünings-Jena: Demonstration von steno-röntgenographischen Schnellaufnahmen des Felsenbeins am Lebenden.

41. Herr Schoenemann-Bern: Ueber den Einfluss nachgiebiger Trommelfellnarben auf die durch chronische katarrhalische Processe bedingte Mittelohrschwerhörigkeit.

Discussion: Herr Krebs:

42. Herr Bárány berichtet über seine Untersuchungen, welche die Beziehungen zwischen Vestibularapparat und Kleinhirn betreffen. Die bei Erkrankung des Vestibularapparats auftretende Ataxie unterscheidet sich auf den ersten Blick nicht von der Ataxie der Kleinhirnkranken. Erst genauere Untersuchung ergibt, dass bei der Ataxie der Vestibularkranken bestimmte Beziehungen zum Nystagmus und zur Kopfstellung bestehen, die bei Kleinhirnerkrankungen fehlen. Auf Grund dieser Tatsachen, sowie auf Grund physiologischer und hirnanatomischer Ueberlegungen verlegt Bárány die Entstehung der vestibularen Reactionsbewegungen des Kopfes in den Deitersschen Kern, der Reactionsbewegungen des Körpers in die Kleinhirnrinde. Bárány weist nach, dass diese Annahme in vortrefflicher Weise durch die Anatomie und Histologie des Kleinhirns resp. durch bereits bekannte Verbindungen des Nervus vestibularis mit dem Kleinhirn gestützt wird. Es wird künftig nötig sein, in jedem Falle von Verdacht auf Kleinhirnerkrankung eine genaue Prüfung des Vestibularapparats nach den von Bárány eingeführten Methoden vorzunehmen, da, wie B. gefunden hat, sich bereits in den Anfangsstadien der Kleinhirnerkrankung Störungen in dem ausserordentlich complicierten Mechanismus der im Kleinhirn zustande kommenden vestibularen Reactionsbewegungen ergeben.

43. Herr Ruttin berichtet über Elephantiasis des Ohres, die durch Misshandlung «Ausdrehen des Ohres» entstanden war. Die Ohrmuschel und der Gehörgang sind stark verdickt, der Gehörgang collabiert. Durch eine von R. angegebene Plastik wurde der Collaps des Gehörgangs beseitigt, die Verunstaltung zum Teil behoben. Die Aetiologie des Falles ist offenbar so zu erklären, dass durch das Trauma alle zu den das Ohr umgebenden Lymphdrüsen gehenden Bahnen auf einmal abgeschnitten wurden.

44. Herr O. Voss-Frankfurt a. M.: Demonstration eines einfachen und compendiösen Wasserstrahlgebläses.

V. demonstriert ein Wasserstrahlgebläse, das im wesentlichen aus einer Glashohlkugel mit einem Wasser- und Luftzuführungsrohr, sowie einem Wasserablaufs- und Luftaustrittsrohr besteht. Es kann ohne weiteres mit jedem Wasserhahn in Verbindung gesetzt und in Betrieb genommen werden. Wegen seiner einfachen und compendiösen Form, sowie wegen seines billigen Preises (8 bezw. 12 M.) erscheint das Gebläse berufen, alle bisher für Zwecke der Katheterisation in Gebrauch befindlichen Apparate zu ersetzen. Zu beziehen durch Dr. Bachfeld & Cie., Frankfurt a. M., Kaiserstr. 33.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die nächste Sitzung der physikomathematischen Abteilung der Akademie der Wissenschaften wird dem Andenken Robert Kochs gewidmet sein. Die Gedächtnisrede wird der Prof. der Physiologie Akademiker J. Pawlow halten.

— Unter den 2005 Teilnehmern am letzten (XI) Pirogowschen Aerzte-Congress in St. Petersburg waren 297 Aerztinnen. Die grösste Mitgliederzahl entfällt auf St. Petersburg mit dem Gouvernement — 978, aus Moskau und dem Moskauschen Gouvernement waren 142 Mitglieder gekommen, die übrigen verteilen sich auf die Provinzen. Aus dem Auslande waren 8 Mitglieder gekommen, und zwar 2 aus Deutschland, 2 aus der Schweiz und je 1 aus Bulgarien, Böhmen, England und Italien.

— Am 13. November vollenden sich 100 Jahre seit der Geburt des grossen russischen Chirurgen N. Pirogow, der die letzten 20 Lebensjahre in Winniza (Gouv. Podolien) verbrachte. Aus dieser Veranlassung hat das Landschaftsamt von Podolien auf Vorschlag des Aerzte-Vereins in Winniza beschlossen, daselbst ein Hospital zum Andenken an Pirogow zu errichten, und zur Veranstaltung einer Spendensammlung im ganzen Reich ist die kaiserliche Erlaubnis erfolgt. Die Beiträge sind an den Adelsmarschall, Grafen D. von Heyden in Winniza zu richten.

— Die Stadtduma in Taganrog hat die Erlaubnis erhalten, eine Spendensammlung im ganzen Reich zwecks Errichtung eines Denkmals für den Schriftsteller Dr. A. Tschechow zu veranstalten.

— Der verstorbene Stadtverordnete in Ssimferopol Petin hat sein ganzes Vermögen im Betrage von 150000 Rbl. der Stadt vermacht, mit der Verfügung, dass das Geld zur Erbauung eines Stadthospitals verwendet werde.

— In Kiew ist auf Kosten des Herrn P. Galperin ein Sanatorium für Lungenkranke erbaut, dessen Herstellungskosten 100000 Rbl. betragen.

— Hochschulnachrichten.

Charkow. Der Privatdocent Dr. B. Przewalski ist zum Professor der chirurgischen Operationslehre und topographischen Anatomie ernannt.

Kasan. Der Professor der allgemeinen Chirurgie Dr. N. Gerken ist zum Professor und Director der Chirurgischen Klinik ernannt.

Warschau. Der bisherige Prosector an der Moskauer Universität Dr. S. Maximowitsch ist zum Professor der Allgemeinen Pathologie und der Privatdocent an der Universität in Kasan, Dr. G. Ssacharow ist zum Professor der medicinischen Chemie und Physik an der Universität in Warschau ernannt.

Tübingen. Prof. Bruns ist von seinem Lehramt zurückgetreten, an seine Stelle tritt Prof. Anschütz-Kiel.

Basel. Die Universität beging am 24. Juni die Feier ihres 450-jährigen Bestehens. Die Akademische Gesellschaft stiftete aus dieser Veranlassung 350000 Francs zu einem Pensionsfond für Witwen und Waisen der Universitätslehrer.

Nancy. Prof. Bernheim tritt am 1. November vom Lehramt zurück.

Krakau. Der Priv.-Doc. Dr. A. Wrzoesk ist zum a. o. Professor der allgemeinen Pathologie ernannt.

Heidelberg. Der Priv.-Doc. für innere Medicin Dr. S. Schönborn ist zum a. o. Professor ernannt.

— Die japanische Regierung hat ungef. 150000 Rbl. für die Beteiligung an der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden im Jahre 1911 bestimmt.

— Am 15. Juli findet auf dem Monte Rosa (4000 Meter über d. M.) die Eröffnung des neuen physiologischen Instituts statt, das den Namen Prof. Angelo Mosso's führt und auch unter seiner Leitung stehen wird.

— In Sofia fand am 29. Mai der erste Bulgarische Bundescongress zur Bekämpfung der Tuberculose statt. Der Congress wurde durch Dr. Graetzer, Leibarzt des Königs, eröffnet. Es waren dabei 11 Zweigvereine durch 43 Delegierte vertreten.

— Prof. D. Sabolotnyi, der amtlich nach Rostow am Don wegen der dort herrschenden Choleraepidemie commandiert ist, hat laut einer Mitteilung des Russkij Wratsch (Nr. 26) dort bei Besichtigung der Wasserleitung die haarsträubende Tatsache constatiert, dass alle Abwässer aus der Stadt in den Fluss (Don) geleitet werden, dessen Wasser dann nach sehr mangelhafter Filtration zum Trinken verwendet wird. Kein Wunder, dass in Rostow die Sterblichkeit an der Cholera ganz ungeheuere Zahlen aufweist.

— Infolge der Ausbreitung der Cholera in Süd-Russland hat die türkische Regierung für Schiffe, die aus Odessa nach der Türkei, nach Bulgarien, Rumänien und Aegypten gehen, eine 5-tägige Observationszeit eingeführt.

— Cholera. Preussen. Auf dem Auswandererbahnhof Ruhleben bei Spandau ist am 23. Juni ein russischer Arbeiter an der Cholera gestorben; 2 Tage darauf (am 25. Juni n. St.) wurde bei seiner Begleiterin ebenfalls Cholera constatiert, und sie wurde in der Isolierstation untergebracht.—Oesterreich. Auf der Grenzstation Podwoloczyska ist am 17. Juni eine aus Rostow a. Don angereiste Russin an der Cholera erkrankt und gestorben. In Nowo-Sielitza wurde die sanitäre Revision der Reisenden angeordnet.—Straits Settlements. In Singapore sind vom 7. bis 13. Mai 8 Personen an der Cholera erkrankt und 5 gestorben. — Niederländisch-Indien. In Batavia sind vom 4. April bis 1. Mai 164 Personen, darunter 21 Europäer an der Cholera erkrankt; in Samarang erkrankten vom 21. März bis 20. April 670 Personen und starben 589. In Soerabaya erkrankten vom 1. bis zum 7. Mai 24 Personen und starben 20, in der Umgegend erkrankten 12 und starben 6. — China. In Nanking soll die Cholera epidemisch herrschen.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben		Beginn der Epidemie
	vom 13. bis zum 19. Juni	vom Beginn der Epidemie	
Gouv. Jekaterinoslaw	547 (259)	2245 (989)	10. Jan.
» Tschernigow	66 (19)	403 (150)	13. Mai
» Minsk	— (—)	129 (42)	6. »
Gebiet der Donkosaken	410 (181)	1275 (541)	21. »
Gouv. Taurien	148 (82)	373 (173)	7. »
» Cherson	126 (56)	635 (228)	10. »
Stadt Ssewastopol	— (—)	5 (1)	10. Juni
Gouv. Charkow	93 (45)	288 (141)	29. April
» Mogilew	— (—)	99 (59)	14. Mai
» Poltawa	153 (52)	494 (189)	9. »
» Kiew	102 (61)	534 (219)	3. »
» Witebsk	1 (—)	27 (2)	21. April
» Kursk	10 (4)	28 (12)	10. Juni
» Orel	— (—)	15 (7)	13. »
Stadt Moskau	— (—)	1 (—)	10. »
Gouv. Bessarabien, Stadt Ackerman	— (—)	1 (1)	29. Mai
» Tambow	15 (4)	35 (17)	29. »
» Woronesh	1 (4)	70 (32)	27. »
Stadt Astrachan	1 (1)	1 (1)	15. Juni
Gouv. Ssaratow	31 (11)	32 (11)	10. »
Stadt Ssamara	9 (1)	11 (3)	9. »
Gouv. Ssimbirsk, Stadt Ssysran	— (—)	1 (—)	10. »
» Kasan, Stadt Kosmodemjansk	1 (—)	1 (—)	18. »
Stadt Noworossijsk (Gouv. Cherson)	4 (4)	8 (5)	7. »
Gouv. Stawropol	20 (8)	20 (8)	13. »
Terek-Gebiet	2 (—)	9 (3)	29. Mai
Gouv. Baku	20 (9)	51 (29)	19. April
Kuban-Gebiet	293 (162)	1094 (588)	28. Mai
Stadt Tiflis	1 (—)	3 (—)	6. Juni
Im Ganzen	2482 (1126)	10586 (4307)	

Auf Befehl der Commission sind die Gouvernements: Ssamara, Ssaratow und Podolsk als cholerabedroht erklärt worden.

— Pest. Aegypten. Vom 11. bis 17. Juni erkrankten 25 Personen und starben 11. — China. In Kanton erkrankten vom 7. bis zum 21. Mai 5 Personen und starben 3. — Japan. Im Mai wurden in Osaka 3 tödlich verlaufene Pesterkrankungen constatiert, in Kobe 1.

— Pest in Russland. Laut Meldung der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest» wurden vom 13. bis zum 25. Juni im Gouvernement Astrachan in 4 Ansiedelungen der Kirgisensteppe 13 pestverdächtige Erkrankungen beobachtet, von denen 10 letal verliefen. Die übrigen 3 Kranken sind isoliert. Zur Erforschung der Krankheit ist der Leiter des bakteriologischen Laboratoriums in Astrachan und zur Unterstützung des localen ärztlichen Personals ist eine Sanitätscolonne in die verseuchten Ortschaften commandiert worden. Alle Personen. die mit den Erkrankten in Berührung gekommen waren, sind isoliert und unter Beobachtung gestellt und allen ist die Schutzimpfung gemacht.

— Der Milzbrand ist in 60 verschiedenen Punkten des Gouvernement Moskau zur Beobachtung gelangt. Besonders haben gelitten die Kreise Klin, Dmitrow und Bronnizy. Bis zum 19. Juni waren im Ganzen 149 Stück Vieh an Milzbrand eingegangen und 2 Menschen an Milzbrand erkrankt. Im Gouv. Twer ist die Zahl der an Milzbrand erkrankten Menschen viel grösser.

— Genickstarre. Preussen. Vom 12. bis zum 18. Juni wurden 9 Erkrankungen und 4 Todesfälle gemeldet.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 12. bis zum 18. Juni wurden 6 Erkrankungen und 1 Todesfall angezeigt. — Oesterreich. In derselben Woche wurde in Niederösterreich, Krain und Kärnten je 1 Erkrankung constatiert.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 6. bis zum 12. Juni 1910 428 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 26, Typh. exanth. 11, Febris recurrens 1, Pocken 36, Windpocken 7, Masern 152, Scharlach 66, Diphtherie 44, Cholera 4, acut. Magen-Darmkatarrh 13, an anderen Infectionskrankheiten 72.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 971 + 46 Totgeborene + 45 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 15, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 17, Masern 61, Scharlach 24, Diphtherie 15, Keuchhusten 6, crupöse Pneumonie 26, katarrhalische Pneumonie 108, Erysipelas 10, Influenza 7, Postula maligna 1, Pyämie und Septicaemie 17, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 2, Gastroent. epidem. 0, Cholera 1, Magen-Darmkatarrh 131, andere Magen- und Darmerkrankungen 104, Alcoholismus 16, angeborene Schwäche 57, Marasmus senilis 17, andere Todesursachen 229.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 12. Juni 1910 11965. Darunter Typhus abdominalis 263, Typhus exanth. 31, Febris recurrens 10, Scharlach 299, Masern 80. Diphtherie 224, Pocken 170, Windpocken 3, Cholera 0, choleraverdächtige Erkrankungen 4, crupöse Pneumonie 118, Tuberculose 542, Influenza 160, Erysipel 130, Keuchhusten 6, Hautkrankheiten 73, Lepra 0, Syphilis 513, venerische Krankheiten 460, acute Erkrankungen 1903, chronische Krankheiten 1738, chirurgische Krankheiten 1520, Geisteskrankheiten 3332, gynäkologische Krankheiten 233, Krankheiten des Wochenbetts 89, verschiedene andere Krankheiten 59.

— Nekrolog. 1) Am 28. April starb in Kasan der Stadtarzt Dr. N. Alferjew, geb. 1854, approb. 1884. 2) Am 2. Juni starb in Irkutsk der Oberarzt der Transbaikalischen Eisenbahn, Dr. N. Wassiljew, geb. 1851, approb. 1877. 3) Am 15. Juni machte Dr. J. Gluschichin in der Umgegend von Moskau seinem Leben durch Selbstmord ein Ende. Er war 1871 geboren und 1897 approbiert. 4) Am 18. Juni starb in Moskau der Chefarzt des Militär-Lazaretts, Dr. M. Odinez. 5) Dr. John Edgar, Prof. der Geburtshilfe und Gynäkologie an Anderson's College Medical School in Glasgow ist gestorben.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.

Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.

Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 28 St. Petersburg, den 10. (23.) Juli 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Ueber einen unter dem Bilde einer Phthisis florida verlaufenen Fall von malignem Chorionepitheliom.

Von

Dr. O. Straume-Libau.

Vortrag, gehalten auf dem II. kurl. Aerztetag in Libau 30. V. 1910.

Meine Herren! Der Fall, über den ich Ihnen berichten möchte, bietet in mehr als einer Hinsicht Interesse. 1) Sind Chorionepitheliome an und für sich nicht gerade etwas Häufiges. In den letzten Jahren ist in der Literatur zwar recht viel davon die Rede gewesen, doch ist das wohl deswegen, weil die über die Natur resp. Entstehung dieser Geschwülste entstandene Controverse das Interesse dafür geweckt hatte, so dass wohl jeder sei es ante, sei es post mortem diagnosticierte Fall veröffentlicht sein dürfte. 2) Erwies sich speciell dieser Fall, was seine Vorgeschichte anlangt, als ein von dem gewöhnlichen Bilde der Chorionepitheliome abweichender. Endlich 3) erinnert dieser Fall an jene wenigen bekannt gewordenen Fälle, welche, obzwar das Chorionepitheliom eigentlich ein gynäkologisches Leiden darstellt, doch unter Symptomen einer internen Erkrankung verlaufen sind. Der vorliegende Fall verlief unter dem Bilde einer Lungenerkrankung, und daher habe ich mir die Freiheit genommen, über diesen Fall zu referieren. Zwar enden Chorionepilheliomkranke häufig unter Erscheinungen einer Lungenerkrankung, jedoch ist der vorliegende Fall dadurch bemerkenswert, dass die Lungensymptome von Anfang an das Bild beherrschen, und die näheren Umstände des Falles waren derartige, dass an ein gynäkologisches Leiden garnicht gedacht werden konnte resp. die gynäkologischen Symptome auf eine ganz andere Art erklärt werden konnten.

Die Krankengeschichte des Falles ist folgende:

Frau A. S., 27 Jahre alt, ist, bis auf einen vor 2 Jahren überstandenen Typhus, stets gesund gewesen. Die Mutter der Patientin lebt und ist gesund, der Vater soll an Krebs gestorben sein. Verheiratet ist sie seit fast 3 Jahren, Schwangerschaften oder Aborte hat sie bis jetzt nicht durchgemacht. Letzte Regel im August 1909. Ende October fühlt Patientin sich unwohl und sucht ärztlichen Rat auf. Ihre ersten Beschwerden sind Brust- und Leibschmerz, Bluthusten, Fieber und Kurzatmigkeit. Gleichzeitig bemerkt der Mann, dass Patientin abmagert. Patientin hält sich für gravid, und der consultierte College findet einen dementsprechend vergrösserten Uterus und auf den Lungen die Erscheinungen einer Bronchitis und Dyspnöe. Etwa einen Monat später, Ende November, treten unter Fortdauer des Hustens und der Kurzatmigkeit leichte Blutungen aus den Genitalien auf, die auf eine innerliche Medication bald zum Stehen kommen, jedoch wieder auftreten. Der consultierte College findet auch jetzt einen der Dauer der vermeintlichen Gravidität entsprechend vergrösserten Uterus, im Uebrigen aber einen normalen gynäkologischen Befund, und die Dyspnöe und der heftige Husten bieten eine plausible Erklärung für die dann und wann auftretenden leichten uterinen Blutungen. Am 6. December 1910 liess sich Patientin ins Krankenhaus aufnehmen.

Der Status war folgender. Patientin ist von mittlerem Körperwuchs, gracilem Knochenbau und etwas reducierter Ernährung. Schleimhäute sind etwas blass, Puls und Atmung sind beschleunigt, der Puls ausserdem schwach, Herztöne rein, Temperatursteigerung mässigen Grades. Die Percussion des Thorax ergibt zwischen rechts und links keinen Unterschied, die Auscultation — vorn im Bereich beider mamillae feuchte, kleinblasige, klingende Rasselgeräusche. Von Seiten der Verdauungsorgane und des Nervensystems nichts Abnormes. Im Harn Spuren von Eiweiss. Der Uterus ist vergrössert, entsprechend etwa dem 4. Schwangerschaftsmonat. Es besteht häufiger, quälender Husten, ferner Stiche in der Brust, Haemoptoe. Es werden nicht grosse Blutmengen entleert, aber das Sputum ist häufig blutig, mit einem Stich ins Bräunliche tingiert, in demselben werden Tuberkelbacillen nicht gefunden.

In den nächsten Tagen treten wieder kleine Blutungen aus den Geschlechtsteilen auf. Die gynäkologische Untersuchung, die immer von Dr. Goldberg ausgeführt wurde, ergibt normalen Befund, i. e. einen der vermeintlichen Schwangerschaft entsprechend vergrösserten Uterus, und eine andere Erklärung für die leichten Uterusblutungen als die Annahme einer durch die Dyspnöe und den heftigen Husten bedingten teilweisen Placentalösung lässt sich nicht ermitteln. Die Blutungen aus den Genitalien, welche übrigens nie stark waren, dauern bis zum 12. December, wonach sie aufhören. Die Dyspnöe nimmt zu, es sind 50—60 Respirationen in der Minute, der Puls wird sehr frequent, 152—172 Schläge. Der Percussionsschall wird

etwas kürzer im Vergleich zum Normalen, es tritt hinten auf beiden Lungen Knisterrasseln auf, vorn hört man auch mittelgrossblasiges klingendes Rasseln und am 17. December 1910 tritt unter fortdauernder leichter Haemoptoe der Tod an Erschöpfung ein. Die Temperatur hatte zwischen 36,8 und 38,7 geschwankt.

Die Section ergibt, dass beide Lungen, die rechte mehr als die linke, durchsetzt sind von Geschwulstknoten von etwa Wallnussgrösse, zum Teil auch etwas grösseren und kleineren. Auf dem Durchschnitt sind die Knoten von dunkelbrauner, an der Peripherie von dunkelvioletter Farbe. Der Uterus ist vergrössert, etwa von der Grösse eines 4 Monate graviden. Die Vergrösserung desselben ist nicht gleichmässig, sondern der Breitendurchmesser übertrifft den Höhendurchmesser. Die Uterusoberfläche zeigt einige das Niveau wenig überragende Höcker. Die rechte Tube ist hart, an ihrem uterinen Ende bedeutend verdickt und zeigt auf dem Durchschnitt in ihrer Wand käsige Massen. Ebensolche Massen finden sich in der Uteruswand rechterseits. Die Uterusschleimhaut ist stark verdickt, ein Tumor oder eine Rauhigkeit auf der Schleimhaut desselben nicht zu sehen. Ob Schwangerschaft vorgelegen hat oder nicht, ist nach dem Sectionsbefunde mit Sicherheit nicht zu sagen, da eine richtige Placentarstelle nicht zu finden ist, es findet sich nur eine etwa 1—1½ cm. lange graubraune bröcklige Masse, der Uterusschleimhaut lose aufliegend. Von Seiten der übrigen Organe keine Besonderheiten, doch wurde die Section der Kopfhöhle nicht gemacht. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes vom Uterustumor und eines Knotens aus der Lunge (ausgeführt von Dr. Schabert-Riga) ergab, dass es sich um ein malignes Chorionepitheliom handelt, in welchem Langhanssche Zellschicht ziemlich reichlich, Syncytium dagegen spärlich vorhanden ist und Neigung zur Necrose besteht. Die Geschwulstknoten in der Lunge waren offenbar Metastasen des Uterustumors.

Wir haben also einen Krankheitsverlauf, der unter Symptomen, die vor allem an eine Lungenerkrankung, und zwar an Lungentuberculose oder Pneumonie, denken liessen, in weniger als 2 Monaten zum Tode führte, also eine Malignität aufwies, wie sie wohl sonst bei keiner anderen Geschwulstart beobachtet sein dürfte.

Meine Herren! Im Anschluss an diesen Krankheitsfall sei es mir gestattet, auf die Lehre vom Chorionepitheliom kurz einzugehen. Den Namen Chorionepitheliom trifft man in der Literatur erst seit etwa 12 Jahren, und die ganze Lehre von diesen Geschwülsten sowie die Erkenntnis, dass es sich hierbei um eine Erkrankung sui generis handelt, ist nicht sehr alten Datums. Es war im Jahre 1888, als Sänger in einer Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig über „zwei aussergewöhnliche Fälle von abortus" berichtete, von denen der eine wohl den Anstoss gegeben hat zur Entwickelung der ganzen Lehre über diese Tumoren. Sänger nannte seinen Fall ein malignes metastasierendes Deciduom, wobei die Bezeichnung Deciduom schon früher von Robert Mayer im Jahre 1876 für unschuldigere Dinge, und zwar für den Adenomen am nächsten stehende Neubildungen der zur decidua graviditatis umgewandelten mucosa uteri eingeführt wurde. Kurze Zeit später hat Pfeifer aus dem pathologisch-anatomischen Institut von Chiari in Prag ohne Kenntnis des Sängerschen Falles einen weiteren Fall veröffentlicht unter der fast gleichen Bezeichnung Deciduoma malignum. Im Anschluss an diese zuerst als solche beschriebenen Fälle ist dann im Laufe der Jahre eine ganze Reihe einschlägiger Beobachtungen gemacht und beschrieben worden, wobei, der immer mehr sich läuternden Erkenntnis entsprechend, andere Namen für diese Art von Geschwülsten in Vorschlag gebracht wurden. Sänger selbst schlug den Namen Sarcoma deciduocellulare uteri oder Deciduo-Sarcoma vor, als einer sarcomatösen Neubildung, deren Matrix die Decidua sein sollte. Dann tauchen die Bezeichnungen Carcinoma syncytiale und Syncytioma malignum auf, womit man andeuten wollte, dass der Ausgangspunkt der Neubildung das Syncytium sein sollte, ferner die Namen destruierende oder maligne Blasenmole, serotinale, deciduale, placentare Geschwulst und noch weitere Namen, bis endlich der Name Chorionepithelioma malignum im Anschluss an die classischen Arbeiten Marchands und Anderer über diese Frage die meiste Anerkennung fand. Darnach ist das Chorionepitheliom eine Erkrankung, die sich in directem oder indirectem Anschluss an normale Geburt, Abort, besonders aber an Blasenmole in Form einer Neubildung des Uteruskörpers, ausgehend von der Placentarstelle, entwickelt, Metastasen auf dem Wege der Blutbahn macht und einen überaus malignen Charakter zeigt. Seinen Ausgang nimmt es vom Epithelüberzug der Chorionzotten, nämlich vom Syncytium und der Langhansschen Zellschicht, ist daher kein Sarcom, sondern zu den epithelialen Geschwülsten zu rechnen, die sich aber vom Carcinom hauptsächlich dadurch unterscheiden, dass sie sich nicht auf dem Wege der Lymphbahn, sondern auf dem der Blutbahn verbreiten, daher unter den Geschwülsten eine Sonderstellung beanspruchen.

So definierte man das Chorionepitheliom — und so definiert man es in der Hauptsache auch jetzt —, als man in den Untersuchungen darüber zu einem gewissen Abschluss gekommen zu sein glaubte. Da erregten weitere Publicationen (Pick, Schmorl) ein gewisses Aufsehen, in denen von Chorionepitheliomen berichtet wurde, wo die Primärstelle des Tumors garnicht der Uterus resp. die Placentarstelle war, wo man z. B. Chorionepitheliome in der Scheide fand bei ganz intactem Uterus. Diese Fälle erklärten einige Autoren (Schmorl, Kossmann, Neumann) so, dass zwar eine primäre Erkrankung der Placentarstelle vorgelegen habe, der primäre maligne Tumor aber bei der Geburt oder beim Abort mit der Placenta ausgestossen sei, ohne den Uterus inficiert zu haben, der aber vorher Metastasen gesetzt habe. Andere Autoren (L. Pick, Gottschalk) erklärten es so, dass während einer vorausgegangenen Schwangerschaft es zu einer Verschleppung der Zotten resp. Zottenfragmente gekommen sei, welche, in vaginalen Gefässen oder an anderen Orten deponiert, erst dort unter irgend welchen Umständen maligne degeneriert seien und zur Geschwulstbildung geführt haben. Konnte man sich mit diesen Erklärungen auch zufrieden geben und den Satz: „Ohne Gravidität kein Chorionepitheliom" noch gelten lassen, so wurde aber doch durch weitere Beobachtungen in diese Lehre Bresche gelegt, als man Chorionepitheliome fand, die mit einer Schwangerschaft nichts zu tun hatten. So hat Lubarsch den typischen Bau eines Chorionepithelioms nachgewiesen in Teilen eines Abdominaltumors eines 13-jährigen nie menstruierten Mädchens. Schlagenhaufer und Andere fanden Chorionepitheliome und traubenmolenartige Wucherungen sogar beim Mann und zwar in Teratomen des Hodens mit Metastasen in anderen Organen. Die Lungenmetastasen unterschieden sich in nichts von denen eines Chorionepithelioms. Bostroem fand ein Chorionepitheliom bei einem Tumor des Kleinhirns eines 30-jährigen Mannes und Metastasen in den Lungen, der Leber, den Nieren. Wenn solche Beobachtungen auch selten sind, so sind sie doch unzweideutig gemacht worden. Man erklärte sich solche Chorionepitheliome so, dass bei deren Entstehung Eihüllen oder deren Rudimente mitgewirkt haben, die sich vom befruchteten Ei, dem das betreffende Individuum selbst angehört, herleiten, und Schlagenhaufer zog aus seinen Entdeckungen sogar den Schluss, dass alle Chorionepitheliome embryonalteratoide Producte seien. Wenn auch diese Ansicht nicht allgemein anerkannt ist und die Marchandsche Lehre im Uebrigen zurecht besteht, so ist doch der Satz: „Ohne Gravidität kein Chorionepitheliom" eigentlich nicht mehr aufrecht zu erhalten und muss dem Satz: „Ohne Embryo resp. Embryom kein Chorionepitheliom" Platz machen.

Bezüglich der Aetiologie der Chorionepitheliome, die im Anschluss an eine Gravidität auftreten und die

ja die weitaus häufigsten sind, sind verschiedene Hypothesen aufgestellt worden, die einen Erklärungsversuch abgeben, warum das Chorionepithel zu wuchern beginnt. Es mögen einige derselben hier angeführt sein.

Bei der Blasenmole, die ja zum gewöhnlichen Chorionepitheliome in so nahen Beziehungen steht, dass 45—60% aller Chorionepitheliome im Anschluss an Blasenmole auftreten, ja dass nach Veit dem Chorionepitheliome stets eine totale oder partielle Blasenmole vorausgeht—bei der Blasenmole acceptiert Eva Choletzky die Ansicht von Hewitt, dass der Tod des Embryo dabei das Primäre sei, während Chorion und Chorionzotten weiter ernährt werden, wodurch die Wucherung veranlasst werde. Aehnliche Anschauungen vertritt auch Marchand. — Albert und Kworostansky meinen, dass zu einer besonderen Lebens- und Fortpflanzungskraft des Syncytiums eine mangelhafte Gerinnungsfähigkeit resp. Minderwertigkeit des mütterlichen Blutes infolge niedrigen Haemoglobingehalts hinzutreten muss. Kworostansky nimmt an, dass infolge dieser Eigenschaften des mütterlichen Blutes das Chorionepithel an der Oberfläche der Decidua nicht genügend Nährmaterial finde und infolge dessen, der Blutbahn folgend, immer tiefer in die Uterusmuskulatur eindringe, indem es auf seinem Wege Muskelfasern resp. - Zellen zum Zerfall bringe und Blutbahnen eröffne. Baumgart, L. Fränkel und andere sind der Meinung, dass die Ursache der Geschwulstbildung in cystisch degenerierten resp. krankhaft veränderten Ovarien zu suchen sind, da man bei Chorionepitheliom die Ovarien oft cystisch degeneriert finde. Doch sind andererseits auch viele Fälle bekannt, wo die Ovarien ganz normal waren, und andererseits findet man auch bei Nichtgraviden grössere Cysten.—L. Pick sieht als das Wesentliche im pathologischen Befund an den Ovarien bei Blasenmole nicht die Bildung grösserer Cysten an, sondern eine Ueberproduction von Corpus-luteum-Gewebe. Nach einer Theorie von Born—L. Fraenkel regelt das Luteinsecret (Corpus-luteum-Gewebe) die Wucherung und Function der Chorionepithelien. Wenn nun eine Ueberproduction von Corpus-luteum-Gewebe bestehe, so führe die pathologisch gesteigerte Secretion desselben zu einem Uebermass chorionepithelialer Action im Uterus.—S. Recasens (Madrid) meint: die foetalen ectodermalen Elemente besitzen eine specifische Malignität, die für gewöhnlich infolge der Secretion der Thyreoidea, des Ovariums oder anderer bezüglicher Organe nicht zur Wirkung kommt. Besteht nun irgend eine Störung dieser normalen Secretion, die die destructive Tätigkeit das Trophoblasts im Zaum zu halten hat, sei es, dass sie fehlt, sei es, dass das Product infolge pathologischer Zustände nicht an den ihm bestimmten Ort gelangen kann, so beginnt die destructive Wucherung.—Schmauch zieht zur Erklärung der Wucherung des Chorionepithels die Ehrlichsche Seitenkettentheorie heran, indem er folgendermassen argumentiert: bei jeder Geburt und wahrscheinlich auch Schwangerschaft werden syncytiale Zellen als Producte des Foetus aufgelöst in den mütterlichen Kreislauf deportiert. Diese dort verschleppten embryonalen Elemente werden im Sinne der Ehrlichschen Theorie im Körper der schwangeren Frau durch die gebildeten Syncytiolysine als Antikörper normalerweise aufgelöst. Bleibt aber wegen darniederliegender Schutzkräfte, wie nach hochgradigen Blutverlusten, diese Auflösung aus, so werden aus den verschleppten embryonalen Zellen locale Tumoren und bei gänzlichem Mangel an Immunkörpern zahlreiche Metastasen entstehen.

Was die klinischen Symptome und die Diagnose anlangt, so ist für das gewöhnliche Chorionepitheliom das am meisten in die Augen springende Symptom die Blutung. Gewöhnlich stellt sich die Sache so dar, dass der Arzt nach einer Geburt, einem Abort oder besonders nach einer Blasenmole—welche gewöhnlich einige Wochen, manchmal aber auch mehrere Jahre zurückliegen können — wegen Blutungen consultiert wird. Man nimmt einen Placentar- oder Abortrest als Ursache an und behandelt die Kranke dementsprechend, jedoch die Blutungen kehren nach einiger Zeit wieder trotz jeder gegen die vermeintliche Ursache gerichteten Therapie. In solchen Fällen muss man auch an Chorionepitheliom denken. Kommt dazu nach Geschwulstbildung, besonders der sogenannte recidivierende Placentarpolyp, schneller Kräfteverfall, so wird die Vermutung fast zur Gewissheit. In Anbetracht der Malignität ist es ratsam, die manuell oder mit Curette entfernten Massen bei jedem verdächtigen Fall mikroskopisch zu untersuchen. Jedoch ist zu betonen, dass eine ganze Anzahl Autoren die klinischen Symptome für ebenso wichtig, ja noch wichtiger hält als das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung, da letztere nicht einwandfrei Malignität und Benignität beim Chorionepitheliom auseinanderzuhalten imstande sei, denn syncytiale Elemente und Langhanssche Zellen sind auch bei einfachen Abortiveiern und Placentarresten zu finden. Um die Diagnose Chorionepitheliom mit dem Mikroskop stellen zu können, müssen nach Kaufmann in den ausgekratzten Massen nicht nur Syncytium und Langhanssche Zellen [1]) vorherrschen, sondern diese Massen müssen, ohne einen ausschliesslichen Zottenbelag zu bilden, compacte Geschwulstbröckel darstellen. Am sichersten ist die Diagnose, wenn man von destruierenden Zellwucherungen durchsetzte Muskulatur oder damit gefüllte Gefässe im Präparate sieht. Einzelne Stellen des Zottenüberzuges mit noch so lebhaften Zellwucherungen beweisen garnichts für eine maligne Geschwulst. Doch geben andere Autoren wiederum andere Merkmale an, um mikroskopisch Benignität und Malignität auseinander zu halten, und es ist vorgekommen, dass die mikroskopische Diagnose kein Chorionepitheliom, resp. keine Malignität ergab, letztere aber doch vorlag und umgekehrt. Abgesehen von der Schwierigkeit der Deutung des mikroskopischen Bildes, kann es vorkommen, dass die mikroskopische Diagnose noch aus einem anderen Grunde versagt. Es sind nämlich Chorionepitheliome beschrieben worden — und mein Fall ist auch ein solcher — wo die Uterushöhle resp.-Schleimhaut nichts vom Tumor enthält, derselbe vielmehr seinen Sitz in der Wand des Organs oder in der Tube hat. Wenn man da curettiert, so wird man in dem gewonnenen Material natürlich kein Chorionepitheliom finden, trotzdem dasselbe besteht.

Die Prognose eines Chorionepithelioms ist, falls nicht rechtzeitig die Exstirpation ausgeführt wird, fast immer eine infauste. Wenn man zeitig operiert, so ist sie beim Chorionepitheliom nach Blasenmole etwas besser als bei dem nach normaler Geburt oder Abort. Besonders schlecht ist die Prognose der primären ektopischen (extrauterinen) Chorionepitheliome der Vagina nach normaler Geburt. Die damit behafteten Kranken sind bis jetzt selbst durch die Operation noch niemals gerettet worden. Obgleich also das Chorionepitheliom eine äusserst maligne Erkrankung darstellt, so ist aber doch andererseits zu erwähnen, dass es eine Anzahl in der Literatur beschriebener Fälle gibt, wo Heilung ohne Radicaloperation eingetreten ist. So beschreibt Zagorjanski-Kissel einen Fall, wo bei einer 20-jährigen Nullipara nach frühzeitigem Abort neue Blutungen, Schüttelfröste und Bluthusten auftraten und wo zwei kleine

[1]) Mikroskopisch stellen sich die syncytialen Massen dar als breite Protoplasmabänder, welche, ohne dass Zellgrenzen erkennbar wären, zahlreiche Kerne enthalten und von Vacuolen durchsetzt sind. Die Langhanssche Zellschicht bildet eine Anhäufung von hellen polyedrischen Zellen ohne Zwischensubstanz, in denen sich stellenweise Glykogen und Fetttröpfchen nachweisen lassen und welche vereinzelte Mitosen zeigen.

Scheidenknoten vom typischen Bau des Chorionepithelioms entfernt wurden. Der Bluthusten schwand, Patientin erholte sich und war nach $1^1/_2$ Jahren wieder gravid. Der Autor erklärt den Fall so, dass er für die Malignität die Verminderung oder den Verlust der physiologischen Resistenz der Körpergewebe gegen die Invasion annimmt, mit deren Wiederherstellung der Geschwulstwucherung ein Ziel gesetzt wird.

C. P. Noble erzählt von einem Fall, wo bei der kachektischen Patientin ein Teil des Tumors bei der Operation zurückgelassen werden musste und 16 Monate später die Patientin sich bester Gesundheit erfreute.

O. v. Franqué beschreibt einen Fall von Chorionepitheliom des Uterus, wo nach 2 energischen Ausschabungen und im Anschluss daran vorgenommenen Aetzungen die Frau anscheinend dauernd gesund blieb, da sie in den nächsten 5 Jahren noch 2 mal normale Geburten durchgemacht hat. In einem zweiten Falle wurde der Uterus nach Ausschabung, wobei man malignes Chorionepitheliom constatierte, exstirpiert, aber da zeigte sich, dass im Uterus Geschwulstkeime nicht mehr vorhanden waren und $^1/_2$ Jahr nach der Operation die Frau noch recidivfrei war. Das Organ hätte also erhalten werden können.

Fleischmann berichtet von einem Fall, wo nur der Scheidenknoten exstirpiert wurde, aber nicht der mitergriffene Uterus, weil das von der Patientin verweigert wurde. Trotzdem trat Heilung ein. Dieser Fall ist auch bemerkenswert durch das anfängliche Fehlen der Blutungen.

Bürger beschreibt einen Fall, wo es unmöglich war, alles zu exstirpieren und die Patientin trotzdem gesund blieb. In einem zweiten Falle trat trotz radicaler Operation in kurzer Zeit exitus infolge multipler Metastasen ein.

Loorich berichtet von einem Fall, wo curettierte Massen Chorionepitheliom ergaben, wenn auch nicht in die Tiefe greifend, und gänzliche Heilung bei exspectativem Vorgehen eintrat.

Hörmann erzählt von einem Fall, wo typische Chorionepitheliommassen in grossen Mengen aus dem Uterus entfernt wurden und nach 2 Monaten nochmals, ausserdem Scheidenmetastasen bestanden und die Patientin trotzdem genas.

Fr. Michel erzählt von einem Fall, wo der Tumor bereits Metastasen in Scheide und Lunge gebildet hatte und trotzdem mit gutem Erfolg operiert wurde. Die Lungenmetastasen müssen sich spontan zurückgebildet haben und um solche muss es sich gehandelt haben, denn eine andere Ursache für den Bluthusten liess sich nicht auffinden.

Solche Fälle haben die Veranlassung dazu gegeben, ein besonderes Chorionepithelioma benignum anzunehmen (H. Albrecht). Andere halten wirkliche Spontanheilung für nicht bewiesen und glauben, die nach Ausschabung geheilten Fälle dadurch erklären zu können, dass die Ausschabung tatsächlich alles Maligne entfernt hat. (Grein). Veit unterscheidet zwischen Chorionepitheliom und gutartiger Zottenverschleppung und meint, dass einige der beobachteten Fälle von Heilung nach unvollständiger Operation vielleicht dadurch zu erklären seien, dass dieselben zur letzteren gehörten. Wenn man die Ehrlichsche Seitenkettentheorie bei der Erklärung der Entstehung der Chorionepitheliome gelten lässt, so kann man einfach annehmen, dass in den geheilten Fällen der erkrankte Organismus doch soviel Schutzstoffe (Antikörper) hat aufbringen können, um der Krankheit Herr zu werden, i. e. der Organismus hat soviel Syncytiolysine bilden können, um die physiologische Verschleppung der Zotten unschädlich zu machen. Dann tritt das Chorionepitheliom in Analogie zu einer Infectionskrankheit, und tatsächlich hat der Begründer der ganzen Lehre über diese Geschwülste, nämlich Sänger, an einen infectiösen Charakter dieser Erkrankung gedacht. Endlich kann man daran denken, dass die Lehre vom Chorionepitheliom noch weiterer Klärung bedarf und dass nicht alles Chorionepitheliom ist, was als solches imponiert.

Was endlich die Therapie anlangt, so gilt, obgleich einzelne Spontanheilungen vorgekommen sind, die Regel, nach gestellter Diagnose die Exstirpation und bei uterinem Sitz die Totalexstirpation zu machen, wenn der Zustand es noch erlaubt und wenn es nicht bereits zu Metastasen gekommen ist, welche die Exstirpation unmöglich machen. Doch ist vorgeschlagen worden, selbst bei weitverbreiteten Metastasen den primären (Uterus) Tumor zu entfernen, da man die Metastasen darnach hat zurückgehen und Heilung eintreten sehen, was andererseits nicht verwunderlich ist, da man Heilungen auch nach viel weniger eingreifender resp. exspectativer Therapie beobachtet hat (cf. unter Prognose). Erwähnt sei noch, dass man, entsprechend der Anwendung der Ehrlichschen Theorie bei der Entstehung des Chorionepithelioms, auch daran gedacht hat, dasselbe auf dem Wege der Immunisierung zu bekämpfen, indem man die verloren gegangenen Schutzkräfte des Organismus künstlich zu ersetzen versucht. Eine solche Therapie würde besonders dann in Frage kommen, wenn eine Operation aussichtslos oder nach Lage des Falles unmöglich ist.

Wenn ich nun meinen Fall mit dem geschilderten Bilde des Chorionepithelioms vergleiche, so ist er als ein ungewöhnlicher zu bezeichnen, denn es fehlten die wichtigsten anamnestisch-klinischen Characteristica dieser Erkrankung. Es war weder eine Blasenmole, noch ein Abort, noch eine Geburt vorhergegangen, ja das häufigste und gewöhnlichste allererste Symptom, die Blutung aus den Geschlechtsteilen, war anfangs garnicht vorhanden, sondern trat erst dann auf, als die Lungensymptome, nämlich Bluthusten, Brustschmerz, Kurzatmigkeit, vollkommen das Bild beherrschten. Das weist wohl darauf hin, dass schon damals, als die Kranke erst anfing sich unwohl zu fühlen, ausgedehnte Metastasen in den Lungen vorhanden waren. Es hatte also das Chorionepitheliom sein Werk in aller Stille getan und als es sich offenbarte, war in diesem Falle wohl jede Hilfe schon zu spät. Aber auch wenn es sich früher offenbart hätte, noch als es localisiert war, so bleibt es doch zweifelhaft, ob in diesem Falle die Diagnose hätte gestellt und damit die Frau der Operation zugeführt werden können. Denn die etwas höckerige Beschaffenheit der Uterusoberfläche und der grössere Breitendurchmesser des Organs, sowie die Verdickung der rechten Tube waren nicht dermassen ausgewachsen, dass man daraus allein in vivo irgend eine bestimmte, sichere Diagnose machen könnte, vielmehr wies das Ausbleiben der Menses und ein dementsprechend vergrösserter Uterus auf gewöhnliche Gravidität hin, was ja die Patientin selber auch annahm. Auch eine Curettage, für die übrigens gar kein Grund vorhanden war, und mikroskopische Untersuchung der zu Tage geförderten Massen, hätte wohl nichts Malignes ergeben, da die Schleimhaut des Uterus zwar verdickt, aber ganz glatt war, als der Ausgangspunkt des Tumors aber offenbar die käsigen Massen mitten in der Uterus- und Tubenwand angesehen werden müssen, welch letzterem Umstande wohl auch das späte Auftreten der uterinen Blutungen zuzuschreiben sein dürfte. Die in der Uterushöhle bei der Section gefundene kleine bröcklige Masse, deren Ursprung nicht ganz klar ist und die eventuell etwas Charakteristisches ergeben könnte, könnte leicht unbemerkt abgegangen sein, da sie der Uterusschleimhaut ganz lose auflag.

Zum Schluss teile ich noch kurz einige Fälle aus der Literatur mit, die dem besprochenen darin ähnlich sind,

dass auch sie unter Symptomen einer inneren (ev. chirurgischen) Erkrankung verlaufen sind.

L. Krewer (Zschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 48, H. 1; referiert im Centralbl. f. Gyn. 1903, pag. 30) beschreibt 2 Fälle von Chorionepitheliom, wo die Aufnahme ins Hospital wegen halbseitiger Lähmung erfolgte. Bald stellte sich quälender Husten mit blutigem Auswurf ein und in den Lungen liessen sich Verdichtungsprocesse nachweisen. Eine progrediente Anämie schloss sich an, und in relativ kurzer Zeit gingen beide Kranken zugrunde. Bei dem ersten dieser Fälle fehlten Krankheitserscheinungen von Seiten der Generationsorgane vollständig, und erst bei der Section fand man innerhalb der Uterusmuskulatur eine apfelgrosse, auf dem Durchschnitt wie eine grosse Haemorrhagie aussehende Geschwulst, ausserdem in den verschiedensten Organen hämorrhagische Herde bis zu Erbsengrösse. Die letzte Regel war vor 4 Wochen zu Ende gewesen und hatte 5 Wochen gedauert. Bei dem zweiten Fall bestand ausser der Lähmung auch Aphasie und völlige Amaurose. Die gynäkologische Untersuchung ergab normale Grösse des Uterus, Ausfluss oder Blutung wurde nicht beobachtet. 4 Monate vor der Erkrankung war eine Blasenmole aus dem Uterus teils ausgestossen, teils manuell entfernt worden. Bei der Section zeigten sich die Lunge und das Gehirn und die verschiedensten Organe übersät mit grauroten bohnengrossen und noch grösseren Knötchen. Die Schleimhaut des normalen Uterus war verdickt, weich; in der hinteren Wand war eine in die Muskulatur hineinragende Narbe mit zottigen Schleimhauträndern sichtbar.

Schmorl (Centralbl. f. Gyn. 1905, p. 899) berichtet über einen Fall von Chorionepitheliom, wo die Kranke in benommenem Zustande ins Krankenhaus aufgenommen wurde und unter Erscheinungen eines Hirntumors starb. Bei der Section fanden sich mehrere hämorrhagische Knoten im Gehirn, rötlich-weisse Knoten in den Nieren, vereinzelte in den Lungen, der Leber, sowie miliare Knoten im Darm. Der Genitaltractus war absolut frei von Geschwulstbildung.

Der Bostroemsche Fall eines Chorionepithelioms im Kleinhirn eines 30-jährigen Mannes mit Metastasen in den Lungen, der Leber, den Nieren wurde bereits erwähnt.

Askanazy (Presse médicale 1908, Nr. 19, p. 149, citiert in Veits Handbuch der Gyn. 1909, pag. 360) hat einen Fall beschrieben, wo das Chorionepitheliom primär in der Lunge entstanden war.

v. Bonney beschreibt u. a. (Transact. of the patholog. soc. of London Vol. LVIII Part. I., refer. im Centralbl. f. Gyn. 1908, p. 968) einen Fall, wo ein 69-jähriger Mann mit knolligen Tumoren im Unterleib erkrankte und kachektisch zugrunde ging. Die Section ergab einen grossen blauroten Tumor, ausgehend vom grossen Netz, mit zahlreichen Metastasen in der Leber. Die Testikel waren beide normal. Histologisch bestand Identität mit Chorionepitheliom.

Chuvin (Med. Klinik 1908, Nr. 31, referiert im Centralbl. f. innere Med. 1909, pag. 70) teilt einen Fall mit, wo bei einem 20-jährigen Gymnasiasten, der in den letzten 6 Monaten sehr heruntergekommen war, exsudative Pleuritis gefunden worden war und man den Process als tuberculös angesehen hatte. Ausser abgeschwächtem Atmen und diffusen trockenen Geräuschen war über den Lungen nichts hörbar. Pat. machte zuletzt darauf aufmerksam, dass sein rechter Hode seit kurzer Zeit vergrössert und schmerzhaft geworden sei. Schliesslich trat Atemnot und Husten mit spärlichem blutigen Auswurf auf, und bald darauf starb der Patient. Bei der Section fand man die Lungen von zahlreichen Geschwulstknoten durchsetzt, ferner Geschwulstknoten im retroperitonealen Gewebe und im Hoden. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um Chorionepitheliom handelte.

Auf Grund solcher Fälle und des hier beschriebenen, sowie auf Grund von Literaturstudien glaube ich folgende Thesen aufstellen zu können:

1) Obgleich das Chorionepitheliom in den weitaus meisten Fällen ein gynäkologisches Leiden darstellt und auch dementsprechende Symptome macht, kann es doch auch unter Erscheinungen eines internen (event. auch chirurgischen) Leidens verlaufen, und eine Kenntnis dieser Tatsache ist nicht nur für den Gynäkologen, sondern auch für jeden Praktiker erwünscht.

2) Die Diagnose des Chorionepithelioms in vivo wird, solange nicht bessere diagnostische Hilfsmittel zur Verfügung stehen, manchmal unmöglich sein.

3) Chorionepitheliom der Lunge kommt differentialdiagnostisch in Betracht, wenn die klinischen Erscheinungen an Lungentuberculose (Haemoptoe!), Pneumonie, Pleuritis oder Pleuropneumonie denken lassen, jedoch alle Characteristica dieser Krankheiten nicht vorhanden sind; insbesondere dann, wenn es sich um eine Frau handelt, welche Merkmale einer Gravidität an sich trägt oder gravid gewesen ist. Eventuell ist auf syncytiale Zellen im Sputum zu fahnden.

4) Obgleich in die Lehre vom Chorionepitheliom bereits viel Licht gebracht worden ist, so ist sie doch nicht als abgeschlossen zu betrachten, und weitere Beobachtungen und Arbeiten über diese Frage sind erforderlich.

Literatur.

1) Die das Chorionepitheliom resp. Deciduom betreffenden Daten und Abhandlungen im Centralblatt für Gynäkologie. 1887—1909. 2) W. Risel. Ueber das maligne Chorionepitheliom und die analogen Wucherungen in Hodenteratomen. Leipzig. S. Hirzel. (Arbeiten aus dem pathol. Institute zu Leipzig). 1903. 3) Veit. Handbuch der Gynäkologie. Wiesbaden. Bergmann. 1909. 4) Kaufmann. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Berlin. Reimer. 1904.

Referate.

Prof. R. Finkelnburg: Zur Frühdiagnose der multiplen Sclerose (sensibler Armt pus). Münchener med. W. Nr. 17.

Der Beginn einer multiplen Sclerose mit einer initialen Affection der oberen Extremitäten, und zwar unter vorwiegender Beteiligung der Sensibilität in bestimmter Richtung, scheint nach den Erfahrungen des Autors nicht selten und darum für die Frühdiagnose des Leidens von Bedeutung zu sein. Die angeführten 12 Krankheitsfälle aus der Bonner medicinischen Klinik sind dadurch charakterisiert, dass Jahre und Jahrzehnte lang vor dem dauernden Hervortreten sicherer Sclerosesymptome schubweise sensible Reiz- und Ausfallserscheinungen in einem oder beiden Armen vorübergehend sich geltend machten. Es handelte sich um allmählich auftretende Parästhesien, verbunden mit Taubheitsgefühl und zuweilen auch mit nicht unerheblichen Schmerzen. Im Vordergrund des Krankheitsbildes stand eine Störung der Tiefensensibilität, die sich in einer Ungeschicklichkeit der Hände kundgab und dieselben zu allen feineren Verrichtungen unbrauchbar machte. Zugleich wurde in einer Reihe von Fällen eine Störung des Erkennungsvermögens und Lagegefühls constatiert. Gegenüber diesen Sensibilitätsstörungen spielten motorische Schwächezustände in den erkrankten Oberextremitäten eine nur geringe Rolle. Diese passager auftretenden Störungen können sich nach langen Jahren mit der vollen Ausbildung des typischen Sclerosebildes zu schliesslich dauernden Ausfallserscheinungen in dem anfänglich nur temporär geschädigten Glied entwickeln. Nach dem gesamten Symptomenbild nimmt Verfasser an, dass es sich bei diesen Frühschüben um eine frühzeitige Localisation von Scleroseherden in der weissen Substanz des Cervikalmarks handelt, und dass dabei vor allem die Hinterstränge betroffen werden neben einer meist unbedeutenden Schädigung der Pyramidenbahnen.

Weyert.

Prof. V. Czerny: Die im Samariterhause Heidelberg geübten Methoden der Krebsbehandlung. Münchener med. W. Nr. 17.

Von 434 Kranken im Jahre 1909 hatten 381 Krebse und Sarcome, von 275 operativen Eingriffen waren 57 Radicaloperationen, während 218 mal palliative Eingriffe vorgenommen wurden. Die combinierte Röntgen- und Radiumbehandlung erwies sich am wirksamsten bei malignen Lymphomen und wurde günstig unterstützt durch Injectionen von Radiol oder Radiogenolemulsion in die Tumoren. Doch entgeht auch bei dieser Behandlung die Hälfte der Fälle nicht ihrem Schicksal, während die andere Hälfte sich 1—2 Jahre dauernder Gesundheit erfreut. Bei Carcinom sah Verfasser durch Behandlung mit Radium keine Heilung mit Ausnahme der seltenen kleinen, oberflächlichen Hautkrebse. Bei Sarcomen scheint der Zerfall bei zu intensiver Wirkung des Radiums schnell einzutreten und Resorption von freiwerdenden Zerfallsproducten zu veranlassen. Von einer Fernwirkung des Radiums hat Verf. noch wenig gesehen. Bei der Serumbehandlung wurde Cancroidin (Antimeristem) Schmidt 45 Patienten injiciert, doch konnten nur 14 von ihnen die Cur beendigen. Die Einspritzungen sind schmerzhaft, rufen Fieber hervor und greifen die Kranken sehr an. Niemals wurde eine Heilwirkung beobachtet. Immer noch bleibt die frühzeitige und radicale Exstirpation die beste und wirksamste Behandlung des Krebses; da aber bei der Mehrzahl der Patienten die Operation bereits vom Recidiv gefolgt war, wurde der Ausschabung und Exstirpation die Fulguration angeschlossen, und diese Methode hält Verf. für eine wertvolle Bereicherung der Krebsbehandlung, wenigstens erleichtert sie für einige Zeit die Beschwerden und kann bei flachen Gesichtskrebsen Heilung herbeiführen.

Weyert.

Bücherbesprechungen.

Dr. Frank Schulz: Die Röntgentherapie in der Dermatologie. Berlin. Verlag von J. Karger. 1910.

Dieses Compendium ist das Resultat grosser Erfahrungen auf dem Gebiete der Röntgenbehandlung von Hautkrankheiten. Es ist ein Buch mit eigener charakteristischer Physiognomie. Im Persönlichen desselben liegt das Reizvolle, wenngleich es selbstverständlich ist, dass auch hier der Grund für einige Schwächen zu suchen ist, so z. B. fehlen einige Krankheitsbilder, die der Verfasser zufällig bei der Röntgenbehandlung zu sehen wahrscheinlich nicht Gelegenheit gehabt hat. (Rhinosclerom u. a.). Bei der Neuheit der Röntgentherapie bedürfen wir jedoch ganz besonders der persönlichen Erfahrungen.

In Bezug auf die mathematisch-technischen Fragen stehen die Betrachtungen von Frank Schulz, wie nicht anders zu erwarten war, auf der Höhe. Für die Entstehung der Fernwirkungen der Kathoden- und Röntgenstrahlen wird der Voluminanzbewegung (Grisson) das Wort geredet. Das Princip der Unterbrechung, das Entstehen der X-Strahlen wird durch illustrative schematische Zeichnungen ergänzt. Von Therapieröhren werden die Monopolröhren von Reiniger, Gebbert und Schall und die Therapieröhren von Burger empfohlen, d. h. soweit sie sich dem Verfasser bewährt haben, ohne die Brauchbarkeit anderer Fabrikate in Abrede zu stellen. Den Messmethoden, die für den Röntgentherapeuten das A und O bedeuten, sind besondere Capitel gewidmet. Für die Dosierung hält Schulz die combinierte von Schmidt für die praktischste. Die Röhren werden nach Wehnelt bestimmt und mit der Sabouraud-Noire Pastille ausdosiert, die Zeit für die T. B.-Einheit notiert und dann die Constanz von Zeit zu Zeit aus dem Verhältnis der Parallelfunkenstrecke und des Milliampèremeters im Secundärstrom controlliert. Wenig umständlich lassen sich mit dieser Methode 1/3, 1/4, 1/5 Dosen applicieren. Natürlich sind auch mit anderen Dosierungsmethoden Versuche angestellt worden (Schwarz). Ein vom Verfasser selbst erdachter Apparat für die Bestimmung der Fluorescenzhelligkeit ist durchaus beachtenswert, worüber das Nähere im Buch selbst nachgelesen werden muss. In den Abschnitten über allgemeine Therapie soll aus der Fülle nur Folgendes hervorgehoben werden. Das Vorkommen einer Ueberempfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen ist nur an kranker Haut bemerkt worden, während die normale eine solche nie gezeigt hat. Theoretisch muss der gerichtliche Gutachter Ueberempfindlichkeit und Idiosynkrasie gelten lassen. Kunstfehler können natürlich nur nach den Reactionen beurteilt werden. Casuistisch interessant ist das Auftreten einer Sclerodermie nach 4 Jahren als Spätreaction nach einer primären Reaction ersten Ranges. Schulz hat beim Arbeiten mit besonders weichen Röhren (1—2 We-Grissonator 1/5 J. B.) einige Tage nach der Bestrahlung bisher unbekannte Reactionen beobachtet — grünen Schorf, Rötung, Schwellung, Braunfärbung und unter denselben Bedingungen bei I T. B. Blasenbildung und Geschwüre nach 3 Tagen. Die Folgen waren weniger dauernd als wie nach Anwendung härterer Röhren. Die sog. Vorreactionen werden auf die ultraviolette Strahlung bezogen. Knochenwachstumstörungen am Menschen sind nicht nachgewiesen worden. Eine Reihe von Versuchen über das Verhältnis des spec. Gewichtes kranker und gesunder Gewebe zu der Radiosensibilität (Strahlenresorption und Ladefähigkeit) ist unternommen worden. Man ist so der Erklärung über die Wechselwirkung physikalischer Eigenschaften tierischen Gewebes gegenüber den Röntgenstrahlen näher gekommen. Vor Momentbestrahlungen wird gewarnt. Im speciellen Teil, der mit vielen charakteristischen Abbildungen vor und nach der Heilung resp. von refractären Fällen versehen ist, werden die Krankheitsgruppen nach den Methoden rubriciert, die für die Abheilung sich am günstigsten erwiesen hatten, und zwar werden 3 Gruppen unterschieden:

I. Gruppe: I T. B. in 1/3 Dosen auf einen Monat verteilt, und zwar: in den ersten 2 Wochen zu 1/3 und nach 2 Wochen das letzte 1/3 — 7,0 bis 7,5 We. Ekzeme (nummuläres, Wäscherinnen-Akrodermitatis, chemische, tylotische, Menstrual-seborrhoische etc.), Neurodermatitiden, Psoriasis, Lichen, Prurigo u. s. w.

II. Gruppe: 2 X 1/2 T. B. in 14-tägigen Pausen, weiche Röhren — 5—7 We; öftere periodische Wiederholung der ganzen T. B. Verschiedene tuberculöse Haut- und Schleimhautaffectionen, Lupus u. a. Der flache Lupus vulgaris wird von der Röntgentherapie ausgeschlossen, ebenso der L. erythematodes.

III. Gruppe: 3/4 — I T. B. in 3-wöchentlichen Pausen 7,5 We. Hierher gehören die Trichophytien, Keloide, Keloid-Akne, Angiome, Granulome, gutartige und bösartige Tumoren etc. Die Naevi flammei werden mit besonders weichen Röhren erfolgreich behandelt. Kritisch abgewogen ist die Behandlung der Hautcarcinome und Epitheliome, besonders die Momente, wo Röntgenstrahlen oder Operationen in Betracht kommen.

Auch sonst sind die differentialtherapeutischen Momente (Finsen, Hochfrequenz, Quarzlampe etc.) kritisch in Erwägung gezogen.

Wir haben natürlich nur einige wichtige Punkte hervorgehoben. Das Buch selbst muss und will eingehend gelesen sein. Es ist ein notwendiges Buch.

Dr. Matthias Hirschberg (Riga).

Prof. Dr. Dietrich Barfurth: Regeneration und Transplantation in der Medicin. Jena, Verlag v. Gustav Fischer 1910. 10. Heft der Sammlung anatomischer und physiologischer Vorträge und Aufsätze. 72 Seiten.

Diese Abhandlung bringt in übersichtlicher und kurzer, zur Orientierung geeigneter Weise Alles, was bis jetzt auf diesem interessanten Gebiete in der Biologie geleistet und erprobt worden ist.

Das erste Capitel behandelt die Frage der Regeneration. Zuerst wird dieser Process im Pflanzen- und Tierreich gestreift, verschiedene Fragen der Embryologie berührend, um zuletzt auf die Regenerationsprocesse beim Menschen zu kommen. Organe und Gewebe werden der Reihe nach durchgenommen.

Das 2. Capitel behandelt die besonders für den Chirurgen wichtige moderne Frage der Transplantation. Auch dieser Abschnitt beginnt mit der von altersher geübten Pfropfung der Pflanzen und gibt dann schliesslich eine genaue Uebersicht über die bei Transplantationen aller Art erzielten Erfolge beim Menschen. Viele Autoren mit ihren Experimenten werden citiert.

Interessant sind die Ergebnisse der neusten Versuche auf diesem Gebiete, die Knochentransplantationen (Lexer, Axhausen, Haidenhain u. A.), die Ueberpflanzung ganzer Gelenke (Lexer) und die Transplantationen ganzer Organe, durch die Gefässnaht ermöglicht (Carrel, Garrè, Stich, Kocher u. A.). Ein Rückblick auf die besprochenen Transplantationen liefert einige allgemeine Gesichtspunkte, mit denen das Heft schliesst.

W. Schaack.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1509. Sitzung. 21. April 1910.

Anwesend 45 Mitglieder und 8 Gäste.

Vorsitzender Dr. P. Klemm. Schriftführer Dr. Brutzer.

P. 1. Dr. L. Schönfeldt hält einen Vortrag über «Hemiatrophia facialis» und stellt dazu eine Patientin vor. (Der Vortrag erscheint im Druck in der Petersburger medicinischen Wochenschrift). Die Patientin ist eine 38-jährige Frau, seit 15 Jahren verheiratet. Sie hat keine Kinderkrankheiten gehabt. Vor 15 Jahren litt sie an einem Erysipel des Gesichts; vor 7 Jahren acquirierte sie eine linksseitige Pneumonie. Im Anschluss an diese letztere Erkrankung, für die Umgebung seit ca. 6 Jahren bemerkbar, magerte die rechte Gesichtshälfte ab. Sie selbst hatte dabei keine Beschwerden, nur empfand sie in den ersten 1½ Jahren beim Gähnen einen sehr heftigen Schmerz im Kiefergelenk, und es machte dabei Schwierigkeit, die Kiefer wieder zu schliessen, obgleich kein Muskelkrampf bestand. Das rechte Auge wurde wie ein Fremdkörper gefühlt, es tränte oft und war entzündet, auch machte sich ein Hitzegefühl an ihm bemerkbar. Das Gehör nahm rechtsseitig ab. Sonst war Patientin gesund. Die Pulsfrequenz ist 90—100.

Haut, Muskulatur und Knochensystem sind rechtsseitig geschrumpft bis zu der Mittellinie des Gesichts, die sich dadurch scharf abhebt. Die Verfeinerung der Knochen lässt sich im Röntgenbilde zeigen. Die Abnahme der Haut und Muskulatur ist an der Patientin und zahlreichen Photographien deutlich zur Anschauung gebracht. Am rechten Unterkiefer fehlt der Wulst der Weichteile gänzlich, und der Kieferwinkel tritt deutlich hervor. Die Augenbrauen sind rechts nur spärlich. Der rechte Bulbus liegt tiefer. Die rechte Lidspalte ist enger (8 Mm. gegen 10 Mm.). Auch die Pupille ist rechts enger als links (4,5 Mm. gegen 6,5 Mm.). Die Knochenmasse beweisen ferner die rechtsseitige Atrophie, so ist der rechte Unterkiefer 10 cm. lang, der linke 11 cm. Der rechte Gaumen ist abgeflacht, und die rechte Hälfte der Zunge deutlich atrophisch. Das rechte Ohrläppchen ist geschrumpft. Das Gehör ist rechts herabgesetzt. Auch im Larynx ist eine rechtsseitige Atrophie bemerkbar, das rechte Stimmband ist kürzer als das linke. (Eine genauere Beschreibung findet sich in der Veröffentlichung des Vortrages in der Petersburger medicinischen Wochenschrift).

Discussion. Dr. Brutzer weist auf die Analogie des pathologischen Vorganges bei Lepra und Hemiatrophia facialis hin. In beiden Fällen ist in der Erkrankung der sympathischen Ganglien die Ursache der trophischen Störung der peripheren Gebilde zu sehen. Die Ansicht, dass eine primäre Erkrankung der Haut durch Druck der elastischen Fasern die Atrophie bedingt, trifft nicht zu. Die Hautatrophie bietet bei Lepra denselben Befund wie bei Hemiatrophia facialis. Zunächst erscheint das Corium betroffen. Die Papillen schwinden, die drüsigen Organe gehen zugrunde. Das Prävalieren des collagenen Gewebes, speciell der elastischen Fasern ist in diesem Stadium nur ein scheinbares, da diese Gewebe länger standhalten. Der Hautatrophie entspricht die Veränderung der Spinalganglien, und abgesehen von den specifisch leprösen Erscheinungen sind die Befunde völlig analog denen, die Vortragender an den sympathischen Ganglien der Hemiatrophia facialis schilderte.

Dr. v. Krüdener. Die Trias der Symptome von Sympathicuserkrankung liegen bei der vorgestellten Patientin vor. Bei 3 operierten Fällen seiner Praxis, sei keinmal eine Atrophie der Exstirpation der sympathischen Ganglien gefolgt. In der Literatur ist nur in einzelnen Fällen von einer Sympathicuserkrankung die Rede. Dennoch besteht die grösste Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine derartige Erkrankung handelt. Willbrandt gibt an, dass bei Sympathicuserkrankung Cocaineinträufelung keinen Einfluss auf die Erweiterung der Pupille ausübe. Redner empfiehlt diese Angabe zur Nachprüfung.

Dr. Stieda meint, dass die Hemiatrophia facialis kein einheitliches Krankheitsbild vorstelle. Er citiert Kassierer, der das Leiden in Zusammenhang mit Sclerodermie bringt. Oppenheim berichtet über einen Fall, in dem eine geschwollene Drüse neben dem Ganglion supremum bemerkbar war. Nach Entfernung der Drüse gingen die Erscheinungen zurück. Dieser Fall spreche für einen Zusammenhang der Erkrankung mit dem sympathischen Ganglion.

Dr. Stender fragt an, ob Vortragender die Hemiatrophie der Zunge auch mit der Sympathicuserkrankung in Zusammenhang bringt, oder ob auch eine Affection des Hypoglossus angenommen wird.

Dr. Schönfeldt erinnert an Virchow's Ansicht über die Pathogenese lepröser Atrophie. Er erklärt die trophischen Störungen durch eine Schädigung der Spinalganglien, verbunden mit einer Neuritis der peripheren Nerven.

Dr. Stieda erwidert Redner, dass Kassierer sich sehr vorsichtig äussert, indem er auf einen Zusammenhang mit Sclerodermie hinweist, und dass auch dieser Autor sich im allgemeinen der Auffassung einer centralen Störung anschliesst. Auch bei der Sclerodermie sei ein Zusammenhang mit dem sympathischen System möglich. Zu Dr. v. Krüdeners Vorschlag äussert Redner, dass Atropin die Pupille beeinflusse, mit Cocain seien wohl keine Versuche angestellt.

Sympathicusresectionen sind zu therapeutischen Zwecken bei H. fac. gemacht worden. Oppenheim hat einen Fall durch Borchard operieren lassen. Die Weichteile sind danach event. etwas voluminöser geworden, doch ist das Resultat unsicher.

Im vorliegenden Fall lohne vielleicht eine operative Entfernung einer Drüse, die in der Nähe des Ganglion zu fühlen sei und eventuell einen Druck auf dasselbe ausübe.

Dr. Stender antwortet Redner mit dem Hinweis darauf, dass es sich nicht um eine Lähmung der Zungenhälfte oder des halben Kehlkopfs handele, sondern nur um Atrophie. Das Ganglion supremum versorge alle Hirnnerven mit trophischen Fasern.

Dr. v. z. Mühlen hat 3 oder 4 mal das Ganglion supremum reseciert. Die Operation sei relativ einfach; dennoch sei sie nicht zu empfehlen, wenn keine sichere Aussicht auf Erfolg vorhanden sei, da die Schmerzen beim Oeffnen des Mundes nach der Operation recht peinlich seien.

Dr. Stieda meint im Fall Oppenheim sei nur eine Drüse entfernt worden.

Dr. Schönfeldt behauptet, dass in einer späteren Operation auch das Ganglion reseciert sei.

P. 2. Dr. P. Klemm und Dr. L. Bornhaupt berichten über den Chirurgencongress in Berlin 1910.

Dr. P. Klemm. Die Verhandlungen des diesjährigen Chirurgencongresses in Berlin bezogen sich auf 3 Hauptthemata, denen sich noch anderes Material anschloss.

Das erste Hauptthema: Die chirurgische Behandlung der Epilepsie interessiert besonders durch die Erfolge bei nicht traumatischen Formen der Epilepsie. Während die traumatische Epilepsie durch Forträumen von Knochensplittern, derben Narben oder anderen auf das Gehirn drückenden Dingen schon lange erfolgreich chirurgisch behandelt wird, sind die anderen Formen erst in neuester Zeit chirurgisch angegriffen worden. Die Technik der Operation bietet keine besonderen Schwierigkeiten. Die Gehirnoberfläche wird freigelegt und durch elektrische Ströme werden die motorischen Felder bestimmt und excidiert. Prof. Krause-Berlin konnte über eine Reihe derartiger Operationen mit guten Resultaten berichten. Andere Autoren konnten die Erfolge an ihrem Material nicht bestätigen. Der Erfolg sei hier wie auch sonst vom Geschick und der Einsicht des Operateurs abhängig, und Krauses Autorität lasse die Methode zur Nachprüfung empfehlen.

Prof. Küttner, Breslau stellte Fälle Littlescher Krankheit vor, die durch die Förstersche Operation bedeutend gebessert waren. Redner hat diese Patienten früher mit Tenotomie behandelt. Die Förstersche Operation bedeutet einen Fortschritt in der Therapie, der freudig zu begrüssen ist. Die Resultate waren durchaus gut und wurden von der Versammlung beifällig aufgenommen.

Prof. König, Berlin stellte operativ geheilte Fälle von Oberkiefercarcinom vor, von denen man lernen konnte, die schlimmen Fälle nicht zu früh aufzugeben, durch ausgiebige Operation war Heilung auch bei vorgeschrittener Erkrankung erzielt worden.

Die Resultate der Chirurgie des Oesophagus waren recht traurig zu nennen nach dem Referat von Wendel-Marburg. Auch Küttner war die Operation an Tieren und Menschen kaum einmal gelungen, so dass er die Lust daran verloren hatte. Kymmel berichtete über 1 Fall von Carcinom der Cardia, der event. Aussicht auf Erfolg der Operation bot, wenigstens war der Tod nicht gleich eingetreten. Kymmel musste den Patienten noch während der Operation verlassen, als die beiden Teile des resecierten Oesophagus an einander gepasst werden konnten.

Prof. Lexer Königsberg sprach über Transplantation menschlicher Gelenke. Die künstlichen aus Elfenbein haben bekanntlich keine dauernden Resultate ergeben, während ein menschliches transplantiertes Kniegelenk bereits 2 Jahre lang vorhält und wohl definitiv eingeheilt ist. Lexer berichtete noch über eine ganze Reihe solcher Fälle, so dass Referent seine Verwunderung darüber ausspricht, woher das Material zu diesen Transplantationen käme, da es doch nur von gesunden Menschen, die infolge von Unfällen amputiert werden mussten, gewonnen werden könne.

Das zweite Hauptthema beschäftigte sich mit den Operationen zur Mobilisation des Thorax. Die Starrheit des Thorax ist ein prädestinierendes Moment für die Erkran-

kung an Tuberculose der Lungen. Es werden demnach typisch starre Formen mit mangelnder Beweglichkeit der oberen Thoraxpartien von atypischen unterschieden. Ersteren entspricht die bei weitem häufigere Erkrankung der Lungenspitzen an Tuberculose, und diese wird daher in erster Linie Indication zur Operation. Auch bei den atypisch starren Thoraxformen wird die Methode geübt, die in Resection von Rippen besteht. Die vorgestellten Patienten waren alte Leute, die zum Teil an Emphysem litten. Es machte nicht den Eindruck, dass ihnen viel genützt war. Diese Operation scheint Referenten überhaupt wenig aussichtsvoll.

Prof. Czerny berichtete über die jetzt üblichen Behandlungsmethoden des Krebses im Heidelberger Samariterhause. Referent meint, dass an diesen Methoden nichts Neues, Wertvolles zu constatieren sei. Es sollten überhaupt nur inoperable Carcinome mit anderen Methoden als der Exstirpation behandelt werden. Die Königschen Fälle demonstrierten, wie gute Resultate man damit erzielen könne.

Das III. Hauptthema lautete: chirurgische Behandlung der Appendicitis. Eine grosse Versammlung hat gewiss selten so klar und einheitlich zu einer Frage Stellung genommen, wie es hier der Frühoperation der Appendicitis gegenüber geschah. Als Kymmel an der Hand statistischen Materials der Ansicht Ausdruck gab, dass ausschliesslich die Frühoperation das Heil bringe, stimmte ihm die ganze Versammlung ungeteilt zu. Nur Sonnenburg, dessen Bestreben darauf gerichtet ist, in gewissen Symptomen einen sicheren Beweis für die Erkrankung des Appendix zu finden, (Beschaffenheit des Blutes, Viscosität etc.) schien Referenten nicht ganz einverstanden. Gegen Sonnenburgs Vorschlag, in gewissen Fällen Oleum ricini zu verordnen, wurde von der ganzen Versammlung einheitlich Front gemacht.

Zu den Vorträgen von Payr und Küttner über die Behandlung des Ulcus ventriculi durch Resection bemerkt Referent, dass die Sterblichkeit sehr gross werden würde, wenn die Lehre davon Allgemeingut werden würde.

Dr. L. Bornhaupt berichtet über den IV. Tag des Congresses. Hohmeier und König (Altona) sprachen über den jetzigen Stand der Lumbalanästhesie. Bei Betrachtung eines grossen Materials lassen sich doch einzelne Todesfälle constatieren, was zur Vorsicht bei der Indicationsstellung mahnt. Dagegen empfiehlt Müller Vorsicht mit der Menge beim Abzapfen des Liquor. Der Allgemeineindruck war für die Methode der Lumbalanästhesie günstig, besonders wenn man mit Vervollkommnung der Technik rechnet. Ferner hebt Referent Klapps operative Mobilisierung des versteiften Kniegelenkes hervor. Die Beweglichkeit wird durch Ausnützen der hinteren Fläche der Condylen wieder hergestellt.

Das Ueber- und Unterdruckverfahren, das Perthes (Leipzig) zur schmerzlosen Erzeugung künstlicher Blutleere demonstrierte, könne bei uns leider noch nicht ausgeübt werden, da wir noch keine pneumatischen Kammern dazu besässen.

Zu Dr. Klemms Referat äussert Dr. Bornhaupt, ihm schien Sonnenburg auch durchaus ein Anhänger der Frühoperation der Appendicitis zu sein. Die Verordnung von Ricinus beziehe sich nur auf klinische Patienten, bei denen jederzeit operativ eingegriffen werden könnte. Bemerkenswert erscheine Referenten Hildebrands Vortrag über Rückenmarkschirurgie. Dieser Autor weise gute Resultate bei tuberculöser Spondylitis auf durch Entfernen von Granulationen aus dem Rückenmarkskanal, und animiere zum Vorgehen gegen manches bisher trostlose Rückenmarksleiden. Zum Thema der Mobilisation des starren Thorax weist Ref. auf Mohrs Indicationsstellung für die Operation hin. Fälle von Atonie, von rhachitischem Thorax oder senilem Emphysem sollen nicht in Angriff genommen werden. Wenn man das beachte, sei die Prognose der Operation gut. Schliesslich erwähnt Referent die Demonstration eines Apparates, durch den bei Magenresectionen die erste Naht zur Vereinigung der resecierten Magenwände maschinell angelegt wird.

Dr. von Sengbusch meint zur Frage der Beschaffung menschlichen Materials für Gelenktransplantationen, die betreffenden Patienten würden oft lange warten müssen, bis durch Unfälle die nötigen Ersatzstücke zu bekommen seien.

1510. Sitzung am 5. Mai 1910.

Anwesend 46 Mitglieder und 3 Gäste.

Vorsitzender Dr. Hampeln. Schriftführer Dr. Büttner.

P. 1. Dr. M. Schönfeldt demonstriert an einer 40 a. n. Frau den weit vorgeschrittenen Symptomencomplex der progressiven Bulbärparalyse (bulbäre Dysarthrie, verlangsamte Sprache von nasalem Klange, schwere Schlingbeschwerden, Speichelfluss, Atrophie der Lippen, tiefe atrophische Gruben in der Zungenmuskulatur, Fehlen des Rachenreflexes, weicher Gaumen herabhängend etc.), zu dem sich in letzter Zeit Atrophie der kleinen Handmuskeln, beginnende Krallenhand, gesellt hat, während leichte Spasmen der Beine bei lebhaft gesteigerten Reflexen als die ersten Zeichen beginnender Lateralsclerose anzusehen sind.

Vortr. erinnert daran, dass er vor einigen Jahren einen 50 a. n. Mann demonstriert, bei dem zu einer spastischen Spinalparalyse, progressive Muskelatrophie spinalen Ursprungs hinzugekommen war, bis schliesslich die Symptome der Bulbärparalyse das Bild beherrschten. Hier aber handelt es sich um den Verlauf desselben Degenerationsprocesses nur in umgekehrter Richtung.

In der Praxis mögen diese einzelnen Typen von einander als nosologische Einheiten selbständiger Art gesondert werden, aber theoretisch-principiell gehören diese Krankheitsbilder zusammen als eine gleichgeartete Affection identischer nervöser Elemente.

Der Unterschied des Symptomencomplexes beruht lediglich darauf, wo der Degenerationsprocess in der cortico-muskulären Leitungsbahn einsetzt: das eine Mal — wie hier — absteigend von den bulbären Kernen, in dem früheren Falle dagegen beginnend von den Vorderhörnern, zur Medulla aufsteigend.

(Autoreferat).

Dr. Ed. Schwarz macht auf fibrilläre Zuckungen in der Zunge aufmerksam. — Die Absicht des Vorredners, die in Rede stehenden Krankheiten als eine einheitliche Gruppe hinzustellen, sei nur in anatomischem Sinne, nicht aber in klinischem Sinne gerechtfertigt, wie der verschiedene Krankheitsverlauf und die verschiedene Krankheitsdauer in Rede stehender Krankheiten zeige.

P. 2. Dr. v. Sengbusch demonstriert eine schon einmal von ihm demonstrierte Patientin mit Rhinosclerom. Der Effect der therapeutischen Röntgenbestrahlungen sei ein guter gewesen. Es mache den Eindruck, als ob wenigstens äusserlich Heilung eingetreten sei (Photographien werden hierzu herumgereicht).

Dr. Hirschberg wäre noch für Fortsetzung der Röntgentherapie in diesem Falle, da noch ein Infiltrat vorhanden sei.

P. 3. Vortrag von Dr. Büttner: Ueber einen Fall gleichzeitigen Vorkommens von tabischen gastrischen Krisen und von Tetanie. Der Vortrag wird im Druck erscheinen.

P. 4. Vortrag von Dr. J. Eliasberg: Die Wassermannsche Reaction in ihren Beziehungen zu Erkrankungen des Centralnervensystems.

M. H.! Ich bringe heute keinen Vortrag: Die Zahl der untersuchten Fälle ist noch zu gering, um Abschliessendes bieten zu können. Interessant sind die Resultate aber doch, und dann möchte ich auf die Wichtigkeit derartiger Untersuchungen aufmerksam machen; ein angehend massgebendes Urteil über den Wert der 4 Untersuchungsmethoden 1) Nonne-Apelt. 2) Pleocytose, 3) Wassermann A. (Blutserum) und 4) Wassermann B. (Cerebro-Spinalflüssigkeit) kann erst auf Grund einer bedeutend grösseren Reihe von Versuchen gebildet werden. Ich hoffe, dass mir dank der Liebenswürdigkeit der hier anwesenden Neurologen genug Material zur Verfügung gestellt werden wird, um diese Arbeit zu Ende führen zu können. Auch das ist ein Grund, weshalb ich trotz der verhältnismässig geringen Zahl der Versuche heute vor Ihnen, M. H., spreche.

Zunächst eine Tabelle der untersuchten Fälle:

Erkrankung	Zahl d. Fälle	Nonne-Apelt		Pleocytose		Wassermann A.		Wassermann B.	
		Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.
Meningitis	2	1	1	2	—	—	2	—	2
Psychose	1	1	—	1	—	1	—	—	1
Hemiplegie verschiedenen Ursprungs	5	3	2	3	2	2	3	—	5
Lues Cerebri	7	5	2	4	3	4	3	4	3
Tabes dorsualis	10	5[1])	1	6[1])	—	6	4	7	3
Progressive Paralyse	11	9[2])	1	8[2])	2	10	1	11	—
Multiple Sclerose	2	1	1	2	—	—	2	—[3])	2
Tumor Cerebri	2	1	1	1	1	1[4])	1	—	2
Spondylitis cervical.	1	1	—	1	—	—	1	—	1
Trauma	3	1	2	3	—	—	3	—	3
Lues Spinalis	3	3	—	3	—	3	—	1	2
Summe.	47	31	11	34	8	27	20	23	24

[1]) In 4 Fällen nicht untersucht.
[2]) In einem Falle nicht untersucht.
[3]) Der eine hatte kaum eine Hemmung.
[4]) Der Fall wird als Gumma cerebri gedeutet.

Wie Sie aus der Tabelle ersehen können, ist sowohl N. A., als auch Pleocytose bei einer viel grösseren Zahl der Fälle positiv als Wassermann A, und dieser ist wieder häufiger anzutreffen als Wassermann B. Das Wichtigste bei dieser Zusammenstellung ist Folgendes: Während N. A. und die Pleocytose bei den verschiedensten Erkrankungen anzutreffen sind, ist Wasserman A. nur bei Lues zu finden und Wassermann B. nur bei ganz bestimmten Complicationen seitens des C. N. Der Schwerpunkt der systematischen Untersuchung ist aber erst festzustellen, ob Lues vorliegt und dann der Wassermann B. zu machen, um festzustellen, ob die Erscheinungen seitens des C. N. auf Syphilis oder Metasyphilis zurückzuführen sind [1]). Leider sind meine Versuche über die Lues cerebri nicht zahlreich genug und ist die Beobachtungszeit eine zu kurze, um Bindendes zu behaupten. Ich muss jedoch betonen, dass die Fälle, die ich anführe, neurologischerseits geprüft wurden und zwar mehrmals (2 Fälle stammen aus meiner Praxis, und einer aus der Praxis von Dr. Schönfeldt). Bei diesen drei Fällen handelt es sich um typische Lues cerebri (Hemiplegien mit Aphasien u. s. w.). Der Verlauf ist ein überaus günstiger gewesen; bei allen 3 ist eine restitutio ad integrum eingetreten, und doch habe ich in vier Fällen von 7 Wassermann B. stark positiv. Diese Resultate stimmen mit den von anderen Autoren erzielten Resultaten nicht überein,— die nur selten bei Lues cerebri Wassermann B. positiv finden. Die meisten Autoren behaupten, Wassermann B. positiv deute mit grosser Sicherheit auf progressive Paralyse resp. Tabes. In letzter Zeit werden sogar für Tabes dorsualis von Nonne viel kleinere Zahlen des Wassermann B. positiv angegeben. Zu diesen Resultaten stehen nun meine in einem gewissen Gegensatz, da ich Wassermann B. bei Tabes in 7 von 11 Fällen positiv gefunden habe und bei Lues cerebri in 4 von 7 Fällen.

Vielleicht ist dieses auch nur einem Zufalle zuzuschreiben, denn es ist ja möglich, dass ich gerade auf die positiv im Liquor reagierenden Fälle von Lues cerebri gestossen bin und alle weiteren könnten negativ ausfallen. Das ist das Unglück der zu geringen Zahl der Fälle. Ich bitte deshalb die Collegen, mich bei dieser so wichtigen Untersuchung zu unterstützen, damit an der Hand eines grossen Materials die Frage nach der Differentialdiagnose der syphilitischen, metasyphilitischen und nicht syphilitischen Erkrankungen (in Lueticis) des C. N. endlich geklärt wird.

Zum grossen Teil stammt das Material aus der Abteilung für Nervenkrankheiten des Stadtkrankenhauses. Für diesen Teil der Fälle wurden sowohl N. A. als auch die Pleocytose in der Abteilung bestimmt und nicht von mir. Allen Collegen, die mich mit Material unterstützt haben, spreche ich auch an dieser Stelle meinen tiefempfundenen Dank aus.

(Autoreferat).

Dr. Ed. Schwarz: Die relativ häufigen positiven Resultate, welche Vorredner inbezug auf Wassermann B. bei Lues cerebri erhalten hat, stehen im Widerspruche zu Ergebnissen anderer Autoren, so von Nonne und Plaut. Was die relativ häufigen positiven Resultate bei Tabes anlange, so stehe auch dieses in gewissem Widerspruch zu Ergebnissen anderer Autoren; vielleicht, dass bei einem Teile solcher Fälle mit positivem Resultate später Paralyse hinzutritt. Plaut habe unter 4 Fällen von Altersschwachsinn einmal positiven Wassermann B. erhalten, und als dieser Fall zur Section gelangte, erwies er sich als Paralyse.

Dr. Stender fällt bei den von Dr. Eliasberg erhaltenen Resultaten das häufige Vorkommen des Wassermann B. bei Lues cerebri auf, welches Resultat im Gegensatz stehe zu einem diesbezüglichen Zahlenmateriale, das Nonne und Plaut geliefert haben. Sollten weitere Untersuchungen auch in Zukunft im Sinne der Eliasbergschen Resultate ausfallen, so wäre dieser Umstand im Hinblicke auf die Differentialdiagnose zu bedauern. Vielleicht würde sich bei weiterer Beobachtung doch noch der eine oder andere der unter der Diagnose «Lues cerebri» gehenden Eliasbergschen Fälle als progressive Paralyse entpuppen.

Dr. L. Schönfeldt: Was einen eigenen Fall von Lues cerebri Redners, den Dr. Eliasberg auf Wassermann B. mit positivem Resultat untersucht habe, anlange, so sei inbezug auf diesen Paralyse ausgeschlossen, da bei ihm 3 Jahre nach der Infection aufgetretene Hemiplegie, vorübergehende psychische Alteration und Aphasie geschwunden seien und er ein halbes Jahr später gesund und arbeitsfähig gewesen sei. Es wäre angebracht, in solchem Falle einige Zeit später die genannte Untersuchung zu wiederholen.

Dr. Eliasberg. Bemerkenswert ist zunächst, dass in einem Falle von multipler Sclerose (von Dr. Theodor Schwartz) die Pleocytose eine sehr hochgradige war und N. A. war da, — hingegen Wassermann A. und B. vollständig negativ. Die 4 Reactionen kommen sehr häufig zusammen vor, stehen aber scheinbar weder in einem Paralellismus noch in Abhängigkeit von einander. Was die Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri und prog. Paralyse anlangt, so kann ich mir leider z. Z. nicht helfen, die Fälle sind reine Fälle von Lues cerebri, es ist bedauerlich, dass auf diese Weise eventuell ein sehr wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal etc. schwankend wird, aber Tatsachen muss man ja anführen.

Viel wichtiger scheint mir noch die Frage nach dem Diagnosticieren der prog. Paralyse dort, wo noch keine sicheren Anzeichen da sind. Gerade in diesen Fällen dürfte die Wassermann B.-Reaction von ausschlaggebender Bedeutung sein.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln fragt Dr. Eliasberg, ob er die Wassermannsche Reaction bei Aortenaneurysma gemacht hätte?

Dr. Eliasberg antwortet, er habe sie in 2 Fällen von Aortenaneurysma gemacht, das eine Mal mit positivem, das andere Mal mit negativem Resultate.

[1]) Bei der Tabes dorsualis ist bald Wassermann A, bald Wassermann B negativ, deshalb müsste man, wo Tabes differentialdiagnostisch in Betracht kommt, gleich beide machen.

Therapeutische Notiz.

Das Jodival, das im allgemeinen zwar wie jedes andere Jodpräparat wirkt, unterscheidet sich doch in bemerkenswerter Weise von diesen. Wie nämlich im Pharmakologischen Institut in Bern im Jahre 1908 wiederholt nachgewiesen wurde, wird selbst bei sehr grossen Mengen von Jodkalium oder seinen bisher gebrauchten Ersatzpräparaten auch bei langer Dauer der Verabreichung kein Jod im Gehirn, Rückenmark, Fett und Knochen gefunden. Anders bei Jodivalgebrauch. Wie die neuesten Untersuchungen von v. d. Velden und Menne zeigen, ist das Jodival neuro- und lipotrop.

Nun ist es zweifellos recht häufig erwünscht, Jod in das Nervengewebe zu steuern unter möglichster Vermeidung einer gleichzeitigen Ueberschwemmung des Organismus durch Jodionen. Hierzu dürfte das Jodival in allen Fällen angezeigt sein, in denen bei Erkrankung der genannten Organe eine kräftige Jodwirkung erzielt werden soll, sowie zur Prophylaxe bei solchen Krankheiten (Lues u. s. w.), die mehr oder weniger Nervenaffectionen im Gefolge haben.

Prof. Dr. M. Michaelis-Berlin äussert sich in der «Therapie der Gegenwart», 1909, H. 12, über Jodival folgendermassen:

«Ein neueres Präparat, das recht brauchbar ist, ist das Jodival, welches durch seine Zusammensetzung, Monojodisovalerianylharnstoff, die Vorzüge des Jod und die der Valeriangruppe vereinigt. Es enthält 47 pCt. Jod, die einzelne Tablette 0,3 g. Hiervon würde bei Arteriosclerose die Verordnung von 1—2 Tabletten, täglich nach dem Essen zu nehmen, völlig genügen».

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 29. Juni fand die feierliche Grundsteinlegung des Krankenhauses zum Andenken an Peter den Grossen statt. Dasselbe wird das grösste Hospital in Russland sein. Es ist auf 2000 Betten berechnet und wird aus 37 einzelnen Gebäuden bestehen, die auf einem Areal von ungef. 22 Hektar erbaut werden sollen. Davon sind 6 für innere Krankheiten bestimmt, 4 für chirurgische, 2 für Nervenkrankheiten, 1 für Augenkrankheiten, 1 für Halskrankheiten, 2 für Frauenkrankheiten, 1 für Hydrotherapie. Die Baukosten sind auf 5 Millionen Rubel veranschlagt.

Im December dieses Jahres soll hier eine Volkszählung stattfinden.

— Moskau. Am 26. Juni fand die Grundsteinlegung des Neurologischen Instituts statt, zu dessen Errichtung dank der Mitwirkung von Prof. W. Roth 40000 Rbl. gespendet wurden. Das Institut soll zur Erinnerung an Prof. A. Koshewnikow dienen und im centralen Teil des 4. Stockwerkes wird das neurologische Museum Prof. Koshewnikows untergebracht werden.

— Um Moskau vor der Einschleppung der Cholera zu schützen, hat die Moskauer Executive Sanitätscommission festgesetzt, dass die Passagiere aller in Moskau eintreffenden Eisenbahnzüge einer ärztlichen Besichtigung unterworfen werden. Auf einigen Eisenbahnen wird ausserdem in jedem Zuge ein Feldscher und in einigen ein Arzt und ein Feldscher sein.

— Im Kaukasus hat die Cholera sich auf die Curorte verbreitet. Im Pjatigorsk fanden am 21. Juni 2 Erkrankungen statt, in Essentuki sind seit dem 18. Juni 8 Personen erkrankt und 1 gestorben.

— Hochschulnachrichten.

Prof. v. Strümpell verlässt Wien, um einem Rufe nach Leipzig als Nachfolger Curschmanns zu folgen.

Göttingen. Als Nachfolger Prof. Verworns ist Prof. Jensen-Breslau berufen, der den Ruf auch angenommen hat.

Würzburg. Als Nachfolger von Prof. Borst ist Prof. Kretz-Prag zum Director des pathologischen Instituts ernannt.

Budapest. Dr. L. Nekam ist zum o. Prof. der Dermatologie und Dr. A. Onodi zum a. o. Professor der Rhino- und Laryngologie ernannt.

— Vom 13. bis zum 15. September findet in Brüssel der Internationale Congress für Radiologie und Elektricität statt.

— An der Akademie für praktische Medicin in Düsseldorf wird vom 3. bis zum 15. October ein praktischer Cursus der Bauchchirurgie (einschliesslich chirurgische Urologie und Gynäkologie) für chirurgisch-gynäkologische Specialärzte abgehalten werden. Einschreibegebühr 15 Mark. Cursus gratis. Vom 17. bis zum 25. October wird in Verbindung mit dem Institut für allgemeine Pathologie und experimentelle Therapie ein Cursus der Pathologie, Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Kreislaufes stattfinden. Anmeldungen an das Secretariat, Moorenstrasse 5. Anfragen an die Medicinische Klinik ebenda. Einschreibegebühr 10 Mark.

— Cholera. Britisch-Indien. In Calcutta starben vom 22. bis zum 28. Mai 40 Personen an der Cholera. — Straits Settlements. In Singapore erkrankten vom 14. bis 25. Mai 20 Personen und starben 20. — Niederländisch-Indien. In Soerabaya erkrankten vom 8. bis 14. Mai 14 Personen und starb 1, in der Umgegend erkrankten 21, starben 8.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 15. bis 21. Mai erkrankten 14034 Personen und starben 12189, vom 22. bis 28. Mai erkrankten 7399, starben 6674. — In Singapore kamen am 15., 20. und 23. Mai vereinzelte Pestfälle vor. — Honkong. Vom 15. bis 28. Mai erkrankten und starben in der Stadt Victoria 2 Personen. — Aegypten. Vom 18. bis Vom 18. bis 24. Juni erkrankten 15 Personen udd starben 9. — Mauritius. Vom 28. April bis 6. Mai fand 1 Erkrankung statt, die tötlich verlief.

— Pest in Russland. Die als pestverdächtig gemeldeten Erkrankungen in der Kirgisensteppe (s. Nr. 27) erwiesen sich nach der bakteriologischen Untersuchung als richtige Pestfälle. Seit dem 25. Juni sind keine weiteren Erkrankungen erfolgt. Vom 13. bis zum 25. Juni sind 13 Personen erkrankt, von denen 12 gestorben sind. Der Kreis Narynsk und der Kalmücken-Teil der Kirgisensteppe des Gouv. Astrachan sind für pestbedroht erklärt worden.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 20. bis zum 26. Juni		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	5	(2)	10	(5)	7. Juni
Gouv. St. Petersburg, Stadt Peterhof	1	(—)	1	(—)	24. »
» Pskow, Stadt Welikije Luki	—	(—)	1	(1)	24. »
» Minsk	—	(—)	173	(69)	6. Mai
» Mogilew	—	(—)	129	(73)	14. »
» Witebsk	2	(—)	30	(1)	18. April
» Podolien	3	(1)	3	(1)	20. Juni
» Wolynien	1	(—)	40	(24)	20. »
» Kiew	76	(42)	625	(263)	3. Mai
» Tschernigow	99	(48)	531	(220)	13. »
» Poltawa	311	(111)	816	(323)	9. »
» Charkow	227	(123)	550	(282)	8. »
» Orel	22	(8)	102	(42)	13. »
» Kursk	1	(1)	91	(34)	28. »
» Woronesh	—	(—)	70	(32)	27. »
» Tambow	40	(9)	88	(28)	12. »
Stadt Tula	—	(—)	1	(1)	17. Juni
Gouv. Rjasan	15	(10)	16	(10)	19. »
Stadt Moskau	—	(—)	1	(—)	10. »
Gouv. Nishnij Nowgorod	4	(3)	4	(3)	24. »
» Kasan	8	(3)	9	(3)	18. »
» Ssimbirsk	4	(2)	8	(3)	10. »
» Ssamara	69	(32)	88	(40)	9. »
» Ssaratow	121	(51)	153	(62)	10. »
» Astrachan	3	(3)	6	(6)	15. »

	Erkrankt und gestorben vom 13. bis zum 19. Juni		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Gouv. Stawropol	58	(23)	89	(32)	13. Juni
» Jekaterinoslaw	706	(301)	2951	(1290)	10. Jan.
Stadt Ssewastopol	5	(3)	10	(4)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	68	(31)	114	(52)	14. Mai
Gebiet der Donkosaken	731	(377)	1894	(859)	21. »
Stadt Rostow a. Don	308	(99)	2910	(919)	7. Juni
Gouv. Taurien	284	(136)	870	(460)	7. Mai
» Bessarabien	17	(6)	18	(7)	29. »
Stadt Odessa	44	(20)	88	(40)	27. »
» Nikolajew	—	(—)	5	(1)	10. Juni
Gouv. Cherson	165	(70)	800	(302)	10. Mai
Stadt Noworossijsk	25	(11)	33	(16)	7. Juni
Kuban-Gebiet	1062	(513)	2316	(1257)	28. Mai
Terek-Gebiet	68	(26)	117	(52)	28. »
Stadt Baku	3	(4)	11	(11)	4. Juni
Gouv. Baku	69	(36)	119	(63)	19. April
Stadt Tiflis	8	(5)	11	(5)	6. Juni
Transkaspi-Gebiet, Stadt Krasnowodsk	5	(4)	5	(4)	19. »
Im Ganzen	4638	(2114)	15937	(6900)	

— Genickstarre. Preussen. Vom 19. bis zum 25. Juni wurden 5 Erkrankungen und 1 Todesfall notiert. — Galizien. In derselben Zeit wurde 1 Erkrankung constatiert.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 19. bis zum 25. Juni wurden 3 Erkrankungen gemeldet. — Oesterreich. In derselben Woche wurden in Oberösterreich 1 und in Steiermark 3 Erkrankungen registriert.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 13. bis zum 19. Juni 1910 375 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 38, Typh. exanth. 3, Febris recurrens 2, Pocken 25, Windpocken 7, Masern 116, Scharlach 75, Diphtherie 47, Cholera 3, acut. Magen-Darmkatarrh 16, an anderen Infectionskrankheiten 43.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 860 + 42 Totgeborene + 55 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 15, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 12, Masern 59, Scharlach 19, Diphtherie 18, Keuchhusten 5, crupöse Pneumonie 25, katarrhalische Pneumonie 82, Erysipelas 12, Influenza 5, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 15, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 87, Tuberculose anderer Organe 20, Dysenterie 3, Gastroent. epidem. 3, Cholera 2, Magen-Darmkatarrh 89, andere Magen- und Darmerkrankungen 78, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 52, Marasmus senilis 25, andere Todesursachen 224.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 19. Juni 1910 11991. Darunter Typhus abdominalis 273, Typhus exanth. 20, Febris recurrens 7, Scharlach 279, Masern 66, Diphtherie 230, Pocken 150, Windpocken 4, Dysenteria 2, Cholera 3, choleraverdächtige Erkrankungen 12, crupöse Pneumonie 112, Tuberculose 538, Influenza 155, Erysipel 133, Keuchhusten 7, Hautkrankheiten 64, Lepra 0, Syphilis 550, venerische Krankheiten 468, acute Erkrankungen 1918, chronische Krankheiten 1746, chirurgische Krankheiten 1526, Geisteskrankheiten 3331, gynäkologische Krankheiten 258, Krankheiten des Wochenbetts 93, verschiedene andere Krankheiten 46.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Moskau am 28. Juni der Director des Moskauer Bakteriologischen Instituts, Dr. H. Berestnew, geb. 1861, approbiert 1897. Er war einer der hervorragendsten Bakteriologen in Russland. 2) Im Dorfe Puschkino bei Moskau am 20. Juni Dr. Th. Dubinskij. 3) In St. Petersburg am 1. Juli Dr. med. N. Traugott, im Alter von 45 Jahren. 4) In Libau Dr. Rapoport. 5) Prof. A. Mori, Director der Kinderabteilung am Ospedale Maggiore in Mailand. 6) Dr. W. H. Spencer, Professor der path. Anatomie an dem University College in Bristol. 7) Dr. H. G. Piffard, Prof. der Dermatologie an dem Bellevue Hospital Medical College der Universität zu New-York.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 29 St. Petersburg, den 17. (30.) Juli 1910. XXXV. JAHRGANG.

Bericht über die Bekämpfung der Lepra in Kurland im Jahre 1909.

Von

Dr. J. Sadikoff-Talsen.

Vortrag, gehalten auf dem II. kurl. Aerztetage in Libau am 28. V 1910.

Eine wesentliche Aufgabe der Aerztetage sind die sanitären Zustände der Heimat und der Kampf gegen die Infectionskrankheiten. Von letzteren nimmt eine besondere Stellung die Lepra ein, nicht nur durch das Heimliche ihrer Infection, durch ihren chronischen Verlauf und die bisherige Machtlosigkeit ihrer Therapie, sondern auch dadurch, dass nur wenige Collegen mit ihr speciell sich zu beschäftigen veranlasst sind. Gerade deshalb hat ein kurzer Bericht darüber, was im Kampfe gegen die Lepra im Lande geschieht, auf den Aerztetagen nicht nur seine Berechtigung, sondern scheint mir sogar durchaus notwendig zu sein. Der Aerztetag ist der berufene Kritiker für das Geleistete, hier sollen Ratschläge erteilt werden, und hier können sich die Fernerstehenden instruieren. Es ist noch durchaus gar nicht so feststehend, ob der von uns in Kurland eingeschlagene Weg der richtige oder wenigstens der einzig brauchbare ist, und uns, die wir dieser Sache uns speciell angenommen haben, würden Vorschläge und neue Gesichtspunkte von Seiten der Collegen nur durchaus erwünscht sein.

Wie es ja den Collegen bekannt ist, haben wir in Kurland 4 Lepravereine, welche jetzt eine gemeinsame Vertretung der Regierung gegenüber haben, die jeden derselben aus den Landesprästanden in gleicher Weise pro Krankentag subventioniert. Den Berichten der einzelnen Lepravereine über ihre Anstalten für das verflossene Jahr lässt sich Folgendes entnehmen:

I. Talsensches Leprosorium mit 61 Betten:

Es wurden verpflegt im Ganzen Kranke	66
davon starben	2
traten aus	7
Krankentage waren	19547
Ausgegeben für das Leprosorium	11391 Rbl. 35 Kop.
davon aus Landesprästanden	8753 „ 45 „
Mitgliedsbeiträge	1159 „ — „
Schenkungen	630 „ 85 „

Die Ausgaben überstiegen also die Einnahmen um 848 Rbl. 5 Kop.

Dieses Deficit wiederholt sich aber jetzt jährlich in wechselnder Höhe, so dass das Kapital des Vereins allmählich bis auf 4131 Rbl. 52 Kop. eingeschrumpft ist.

II. Tuckumsches Leprosorium mit 35 Betten:

Es wurden verpflegt im Ganzen Kranke	38
davon starben	1
traten aus	2
Krankentage waren	12956
Ausgegeben wurden	4485 Rbl. 30 Kop.
davon aus Landesprästanden	3991 „ 24 „
Schenkungen	345 „ 50 „

Das Tuckumsche Leprosorium hat ausser dem Grundstück kein Baarvermögen.

III. Erwahlensches Leprosorium mit 32 Betten:

Es wurden verpflegt im Ganzen Kranke	36
davon starben	4
traten aus	2
Krankentage waren	10510
Ausgegeben wurden	4717 Rbl. 29 Kop.
davon aus Landesprästanden	2878 „ 87 „

IV. Bauskesches Leprosorium mit 22 Betten:

Es wurden verpflegt im Ganzen Kranke	23
davon starb	1
Krankentage waren	7583
Ausgegeben wurden	3073 Rbl. 76 Kop.
davon aus Landesprästanden	2183 „ 39 „
Jahresbeiträge	580 „ — „
Schenkungen	182 „ 55 „

Meine Herren, die eben verlesenen Zahlen, so trocken und langweilig sie auch erscheinen mögen, sind doch recht interessant. Sie geben auf viele Fragen in der Lepraangelegenheit unseres Landes Antwort und regen sogar selbst zu weiteren Fragen an.

Wir haben also 1909 in unsern 4 Leprosorien 163 Kranke gehabt mit zusammen 50596 Krankentagen. Die haben 23667 Rbl. 70 Kop. gekostet, durchschnittlich also der Krankentag c. 47 Kop. und der Kranke im Jahre 170 Rbl. 80 Kop. und zwar: im Talsenschen Leprosorium 58 Kop. pro Tag und 212 Rbl. jährlich, im Erwahlenschen 45 Kop. und 164 Rbl., im Bauskeschen $40^1/_2$ Kop. und 148 Rbl. und im Tuckumschen 34,8 Kop. und 127 Rbl.

Aus Landesprästanden sind 100 Rbl. jährlich pro Kranken bestimmt worden und wurden ausserdem kleinere Summen für Bauten, Remonten, etc. abgelassen. Man sieht, dass kein Leprosorium mit dieser Subvention auskam. Den fehlenden Rest (es waren ca. 6000 Rbl.) mussten die Vereine auf privatem Wege aufbringen oder ihr Reservecapital angreifen.

Das Interesse des Publicums für die Lepra ist augenblicklich sehr gesunken, und die Vereine haben es sehr schwer, sich durchzuschlagen. Die Capitalien sind meist verbraucht, und die Leprosorien werden sich auf derselben Grundlage, wenn nicht die Subvention erhöht wird, nicht lange halten können.

Die Kosten in den Leprosorien stellen sich, wie wir oben gesehen, sehr verschieden. Am teuersten verpflegt das Talsensche seine Kranken, am billigsten das Tuckumsche. Das kommt von den Aufgaben, welche jedem Leprosorium gestellt sind. Das Talsensche Leprosorium, welches unter seinen Kranken auch viele nicht dem Bauernstande angehörige hat, sucht ihnen nach Möglichkeit ihre frühere Lebensweise zu gewähren. An den Kranken werden Heilversuche gemacht; es existiert ein Betsaal, in welchem regelmässige Gottesdienste abgehalten werden, den Kranken wird die Möglichkeit gegeben, durch ihre Arbeit (es sind z. B. auch verschiedene Handwerker vorhanden) einen kleinen Verdienst zu haben. Das Leprosorium ist telephonisch mit dem Arzt verbunden, welcher dasselbe wöchentlich wenigstens 1 mal besucht. Im Leprosorium ist ein Hausvater und 1 Feldscher mit kleiner Apotheke. — Im Erwahlenschen Leprosorium ist es etwas einfacher. Die Kranken haben keine Extrabeschäftigung, die Aufsicht hat eine Schwester vom roten Kreuz unter dem Arzt, welcher wöchentlich 1 mal hinkommt. Telephonische Verbindung mit dem Arzt. — Im Bauskeschen Leprosorium beschäftigen sich die Kranken etwas mit Landwirtschaft, es ist das reine Asyl, keine Heilanstalt. Die Aufsicht hat ein Feldscher, der wöchentlich die 17 Werst zum Arzt nach Bauske zum Bericht kommt. Der Arzt kommt 6 mal jährlich hinaus. — Direct an ein Armenhaus erinnernd ist das Tuckumsche Leprosorium. Die Aufsicht führt eine Schwester vom roten Kreuz. Der Arzt kommt nur selten und in Notfällen hinaus.

Diese Verschiedenheit des Zuschnittes der kurischen Leprosorien hat auch manchen Vorteil. Man hat eben eine Auswahl, den Kranken in die ihm zusagenden und zukommenden Verhältnisse hineinzubringen. Durchaus wünschenswert wäre es aber, dass die Verwaltung der einzelnen Leprosorien mehr als jetzt in Connex stehen würden, besonders was die aufzunehmenden und die wegen Renitenz ausgeschlosssenen Leprösen anbetrifft. Die vielen Leprosorien machen ausserdem verhältnismässig mehr Kosten als ein grosses, in welchem ja ebenso verschiedene Abteilungen hätten eingerichtet werden können. Es wäre gewiss ein nicht zu entschuldigendes Umgehen mit den so knappen Mitteln, wenn noch neue Leprosorien gegründet würden, anstatt die bereits bestehenden nach Bedürfnis zu erweitern.

Wie wir sehen, waren 163 Kranke im Jahre 1909 durch die Leprosorien gegangen, von welchen 8 (d. h. ca. 5%) starben und 11 ausschieden. In den Leprosorien ist für 150 Kranke Platz. Wenn, wie ich annehmen zu dürfen glaube, in Kurland ca. 250 Lepröse sich finden, so würden sich noch ca. 100 Lepröse unter der übrigen Bevölkerung ohne Aufsicht zerstreut finden, von denen wohl die meisten in den Kreisen Windau, Talsen und Tuckum zu finden wären. Von den übrigen Kreisen hätte wohl nur noch der Grobinsche eine nennenswerte Anzahl Lepröser. Eine Vergrösserung der Leprosorien scheint augenblicklich wegen Mangel der Mittel der einzelnen Vereine ausgeschlossen, und es wäre daher durchaus notwendig, dass aus Staatsmitteln hier geholfen würde. Wenn wir nur 150 Lepröse internieren und 100 frei ohne Controlle herumlaufen lassen, so werden wir keinen Schritt weiter kommen. Das sehen wir an den Resultaten, die wir in über 15 Jahren gehabt haben. Die Zahl der Leprösen ist nicht geringer geworden, sondern hat offenbar noch zugenommen. Es gibt nur ein Mittel, das helfen kann; entweder alle Leprösen in die Leprosorien oder, wie in Estland, eine strenge Controlle durch extra dazu angestellte ärztliche Kräfte. Wenn es dafür noch kein Gesetz geben sollte, so müsste eines geschaffen werden; so wird das Geld für die Leprösen nicht so verwandt, wie es verwandt werden sollte — zur Bekämpfung der Lepra, sondern nur zur Verpflegung der Leprösen.

Einen kleinen Schritt weiter, was die Bestimmungen über die Leprösen anbetrifft, haben wir seit meinem letzten Referat über die Leprosorien auf dem I. kurl. Aerztetage erfreulicher Weise zu verzeichnen. Vom Gouverneur unseres Landes sind Regeln für die Leprosorien am 30. April 1908 erlassen worden, welche die Rechte und Verpflichtungen der Insassen näher bestimmen und auch dem Verwaltungsrat das Recht einräumen, renitente Lepröse auf 3 Tage zu isolieren. Ferner hat unser Gouverneur im April 1909 circulariter angeordnet, dass der Nachlass von Leprösen, welche in die Leprosorien eintreten, nicht in den Verkehr kommt, wie dieses früher fast immer geschah. Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf hinweisen, dass die Lepravereine unserem Gouverneur Geheimrat Knjasew zu allem Dank verpflichtet sind, sie finden bei ihm ein verständiges Entgegenkommen und stete Bereitschaft zu helfen, wo er nur kann.

Ebenso wenig, wie wir in der Isolierung der Leprösen nennenswerte Fortschritte gemacht haben, haben wir in der Behandlung der Lepra etwas erreicht. Das mit leider etwas zu viel Klimbim angepriesene Nastin hat nicht seine Versprechungen gehalten. Jedenfalls verhielt sich die Mehrzahl der in Bergen im August 1909 versammelten Sachverständigen dagegen ablehnend. Vorübergehende Besserungen erzielt man fraglos damit, aber solche kommen auch sonst bei Lepra durch andere Mittel oder von selbst vor; ein Specificum gegen Lepra ist Nastin jedenfalls nicht. Auf der internationalen Lepraconferenz in Bergen war das erfreulichste Resultat, welches ohne Widerspruch angenommen wurde, dass die Lepra heilbar ist. Der Vorsitzende Armauer Hansen präcisierte dieses mit den Worten: „Die Lepra hat die Tendenz auch von selbst auszuheilen und jeder Lepröse würde wohl seine Lepra loswerden, wenn er nur so lange leben würde". Die Resolutionen der Lepraconferenz setze ich als bekannt voraus (cf. St. Petersburger Med. Wochenschrift 1909 Nr. 45), ich möchte dabei aber nur anführen, dass sie genau den bei uns zu Lande anerkannten Principien entsprechen.

Zum Schlusse möchte ich noch auf meine letztgemachte Erfahrung in der Behandlung der Lepra hinweisen. Ich glaube von den Unnaschen Gynocardiumseifenpillen sehr gute Resultate in meinem Leprosorium gesehen zu haben und zwar von kleinen Gaben, aber lange, sehr lange fortgesetzt. Das Aussehen der Leprösen wurde besser, die Wunden heilten und neue traten nicht auf. Die Verdauungsorgane functionierten befriedigend. Für

die, welche es interessieren sollte, gebe ich hier das Recept:

Rp. Sap. Gynocardiae 30,0
Aq. dest. 20,0

solve in balneo vaporis, adde massae Sebi pro pilulis keratinatis 20,0
Terrae siliceae 10,0

Mf. massa, e qua form. pil. keratin. pond. 0,45 Nr. 180
DS. 2—6 Pillen tägl.

Wie Sie sehen, meine Herren, habe ich Ihnen wenig Erfreuliches über die bisherigen Resultate im Kampfe gegen die Lepra zu berichten. Die Lepravereine haben schwere Kämpfe und Arbeit, sowohl was die Existenzmittel anbetrifft, als auch inbetreff der Verhinderung der Verbreitung der Infection mit Lepra und der Heilung der Inficierten. Wir sind aber Kurländer — je schwerer ein Kampf und je härter eine Arbeit, um so mehr Freude macht sie uns, und daher wollen wir auch nicht die Hoffnung aufgeben, dass wir endlich doch den verdammten Leprabacillus besiegen werden.

Alkaloidbestimmung im Hyoscyamusextract einiger Laboratorien in St. Petersburg.

Von

Mag. pharm. Edgar Lezenius.

Das Präparat „Extractum Hyoscyami spissum", welches sehr verbreitet in der medicinischen Praxis ist und einen sehr wichtigen Platz unter den Galenischen Präparaten einnimmt, kann vom Arzt nur dann mit ruhigem Gewissen als sicheres Heilmittel angewandt werden, wenn es wirklich aus guter Droge lege artis im Laboratorium zubereitet worden ist und allen wissenschaftlichen Anforderungen entspricht. Die wichtigste Anforderung, die man dem Extract gegenüber stellen muss, ist der Alkaloidgehalt im Extract, welcher in jedem zubereiteten Extract vor dem Gebrauch desselben bestimmt und dessen Procentgehalt von jeder Pharmakopöe genau normiert sein muss.

Die Pharmacopöa russica V hat nun unter so manchen anderen Mängeln auch noch diese Unvollkommenheit aufzuweisen, dass sie nicht vorschreibt den normalen Grenzwert an Alkaloid sowohl in der Rohdroge, die als Ausgangsmaterial dient, wie auch im Extract, sondern nur in aller Kürze angibt, dass nach angegebener Vorschrift ungefähr 16 Procent Extract erhalten werden muss, welches von brauner Farbe sein soll und in Wasser trübe löslich ist. Zum Schluss ist noch die Dosierung angegeben pro dosi 0,06 g. und pro die 0,3 g.

Diese letzte Angabe der Dosierung des Extractes, die im Vergleich zu den ausländischen niedriger ist, veranlasste mich auch, die Extracte einiger Laboratorien in St. Petersburg einer Prüfung an Alkaloidgehalt zu unterwerfen, da ja bei einer genauen Angabe der Dosierung ein bestimmter Alkaloidgehalt durchaus vorausgesetzt sein muss, obgleich er leider in der Pharmacopöa russica V nicht angegeben worden ist. Noch mehr Veranlassung, diese Arbeit auszuführen, hatte ich dadurch, dass bei der Untersuchung des Belladonnaextractes, gleichfalls mehrerer St. Petersburger Laboratorien seitens meines Collegen M. W. die Resultate so verschieden ausfielen, dass die in der Pharm. russ. V angegebene Dosierung des Belladonnaextractes vollständig ihren Wert verlor. Ja, es erwies sich sogar, dass eine Firma sorglos das Belladonnaextract aus Folia Juglandis — Walnussblättern — herstellte und schablonenmässig die Etiquetten auf dem verabfolgten Extract mit dem Alkaloidgehalt in Procenten versah, während, wie es sich bei der Prüfung erwies, vom Alkaloid keine Spur im Extract vorhanden war, da fehlerhafterweise die betreffende Firma beim Einkauf der Rohdroge statt Folia Belladonnae — Folia Juglandis erhalten hatte, welche, ohne vorher geprüft worden zu sein, zum Belladonnaextract verarbeitet wurden. Leider unterliess es College M. W., diese seine Arbeit zu veröffentlichen.

Bevor ich nun an die Untersuchung des Extractes der verschiedenen Firmen schritt, bereitete ich mir selbst, genau mich an die Vorschrift der Pharm. russ. V haltend, ein Extractum Hyoscyami spissum aus einer Droge, die ich aus der Hauptniederlage von Medicamenten des russischen Roten Kreuzes zu St. Petersburg bezogen hatte und die allen pharmokognostischen Anforderungen der Pharm. russ. V bei der Voruntersuchung entsprach.

Die Vorschrift der Pharmacopöa russica V zur Bereitung des Extractes lautet:

Foliorum Hyoscyami minutim concisorum part. 1
Aquae destillatae calidae part. 6
Aquae destillatae calidae part. 3
Spiritus Vini 90% circiter part. 1

1 Teil Fol. Hyoscyami minut. conc. wird mit 6 Teilen warmen Wassers (35—40°) im Verlauf von 24 Stunden maceriert; darauf wird die Flüssigkeit coliert, der Rest ausgepresst, und beide Flüssigkeiten miteinander vermengt. Das Nachbleibsel wird nochmals mit 3 Teilen warmen Wassers nach soeben angegebener Weise bearbeitet. Beide Flüssigkeiten I und II werden vereint, erwärmt, filtriert und dann bis zur Consistenz eines Fluidextractes eingedampft. Nach Erkaltung der Flüssigkeit wird nach Gewicht das doppelte Quantum von Spirit. vini 90% hinzugefügt. Das so erhaltene flüssige Gemisch wird stark durchgeschüttelt, auf 24 Stunden der Klärung überlassen, darauf die spirituöse Flüssigkeit vom Bodensatz decantiert, filtriert, ein Teil des Spiritus abdestilliert und der Rest sodann bis zur Consistenz eines dicken Extractes eingedampft. Man erhält danach ungefähr 16% Extr. Hyoscyami spiss. mit den vorher angegebenen und vorgeschriebenen Eigenschaften.

Von den vielen Methoden, die zur Alkaloidbestimmung dienen, wählte ich mir die Methode aus, die sich in dem Jahresbericht 1905 des analytischen Laboratoriums von Philipp Röder in Wien-Klosterneuburg befindet, und die in der Pharm. Zentralh. 1906, Seite 482 speciell für Hyoscyamusextract angegeben ist. Die Methode ist folgende.

„12 g. des Extractes wägt man auf einem glatten Papier bis auf Centigramme genau ab, gibt das Extract samt Papier in eine 200 gr. Flasche, übergiesst mit 10 ccm. Ammoniakflüssigkeit (10%) und 5 ccm. Wasser und lässt 1/2 Stunde stehen; man fügt dann 120 g. einer Aether-Alcohol-Chloroform-Mischung hinzu und schüttelt das Ganze 1 Stunde lang. Man lässt gut absitzen, giesst 100 g. der Mischung (=10 g. Extract) vorsichtig ab und schüttelt dann nacheinander mit 30, 10, 10, 5 ccm. 5% Salzsäure aus. Die gesammelten salzsauren Auszüge werden in einem anderen Schütteltrichter zuerst zwei mal mit je 10 ccm. Chloroform ausgewaschen und das Chloroform entfernt. Nun wird die zurückgebliebene alkaloidhaltige wässerige Lösung nach dem Übersättigen der Salzsäure mit Ammoniak fünf mal mit je 10 ccm. Chloroform ausgeschüttelt. Diese Chloroformauszüge dämpft man in einem tarierten Kolben auf dem Wasserbade vorsichtig ein, trocknet 3 Stunden und wägt. Das Gewicht des zurückgebliebenen Restes, mit 10 multipliciert, ergibt den Procentgehalt an Alkaloid."

Nach dieser Vorschrift untersuchte ich mein eigenes Extract und noch die Extracte von fünf verschiedenen

Firmen in St. Petersburg, die mehr oder weniger ihre Producte anderen Firmen für den Gebrauch liefern.

In folgender Tabelle führe ich die Ergebnisse meiner Extractuntersuchungen an Alkaloidgehalt in Procenten geordnet an, wobei ich mir vorbehalte, die betreffenden Firmen mit den Buchstaben A, B, C, D und E zu bezeichnen.

Tabelle.

Ergebnisse der Extract-Untersuchungen an Alkaloidgehalt.

		Alkaloidgehalt.
1)	Extr. Hyoscyami spiss. selbst präpariertes enthielt	= 0,6921%
2)	» » » der Firma A	= 0,5512%
3)	» » » » » B	= 0,4548%
4)	» » » » C	= 0,3490%
5)	» » D »	= 0,3309%
6)	» » » » » E »	= 0,1949%

Die Durchschnittszahl aller sechs von mir untersuchten Extracte würde somit = 0,4288% an Alkaloidgehalt geben, und da nun nach Ausschluss des Extractes der Firma E. mit 0,1949% Alkaloidgehalt, weil die Zahl zu gering ist, die übrigen Ergebnisse die Durchschnittszahl=0,4756% aufweisen, so wäre es meiner Meinung nach nicht zu hoch gegriffen, als Minimum 0,5% Alkaloidgehalt im Extractum Hyoscyami spissum für die Pharm. russica zu normieren.

Aus vorliegender Arbeit tritt nun in einem sehr grellen Licht die diesbezügliche Unvollkommenheit der Pharm. russ. V hervor, in dem zur Controlle solcher wichtiger Präparate nicht nur von Extr. Hyoscyami, sondern auch von Extr. Belladonnae zur Beurteilung der Güte keine normierten Grenzwerte der Alkaloide vorgeschrieben sind, was um so mehr verblüffend wirkt, da z. B. beim Extr. Opii wie auch beim Extr. Strychni der Alkaloidgehalt im Minimum und im Maximum vermerkt ist.

Um nun sicher zu gehen, ein zuverlässiges Präparat liefern zu können, ist es wohl durchaus am Platz, stets das diesbezügliche Rohmaterial vor Verarbeitung nach allen Richtungen hin selbst zu untersuchen und dadurch sich das Zutrauen zur Arbeit zu stärken.

Als Normalzahl für beide Extracte möchte ich im Anschluss an die Schweizerische Pharmakopöe für das Hyoscyamusextract 0,5% und für das Belladonnaextract = 1% Alkaloidgehalt vorgeschrieben sehen.

Referate.

S. E. Ostrowskij. K woprossu ob anemia splenica infantum. (Zur Frage der anaemia splenica infantum). Inaugural-Dissertation. (Aus der pathologisch-anotomischen Abteilung des Kaiserlichen Instituts für Experimental-Medicin). St. Petersburg 1909. 180 S. mit zahlreichen Tabellen nebst Literaturangaben.

Ueber die uns interessierende Krankheit existiert eine überaus reiche (besonders casuistische) Literatur: Italiener, Franzosen, Deutsche, Engländer (incl. Nordamerikaner), aber auch Russen und Polen, wetteifern darin. Die Arbeit Ostrowskijs zerfällt in zwei Abschnitte, der erste enthält einen historischen Rückblick, der zweite handelt von den eigenen Untersuchungen des Verfassers. Die Krankheit wurde zuerst von Gretzel 1867 beschrieben, der ihr auch den Namen «anaemia splenica infantum» gab. 4 Jahre später wurde dieselbe nochmals von Wood beschrieben. 1882 veröffentlichte Banti eine Abhandlung über anaemia splenica infantum, die aber gar nicht beachtet wurde. Später suchte Wost die Aufmerksamkeit der Aerzte aller Nationen auf diese Krankheit zu lenken. Unter «anaemia splenica infantum» versteht man eine chronische Anaemie, bei der sich Milzvergrösserung findet, deren Aetiologie unklar ist (jedenfalls unabhängig von Verdauungsstörungen und sonstigen antihygienischen Einflüssen), hauptsächlich in den ersten Lebensjahren vorkommt und, stets progressierend, zuweilen mit Fieber verbunden, meistens mit letalem Ausgang. Einige italienische Autoren sehen sie als eine Infectionskrankheit des Säuglings- und angrenzenden Kindesalters an; sie wird auch von manchen Autoren als «anaemia pseudoleucaemica infantum» bezeichnet. Man unterscheidet deren 3 Formen: 1) acute fieberhafte, 2) afebrile und 3) chronische Form mit unregelmässigen wiederkehrenden Fieberanfällen. Die Krankheit dauert 3–18 Monate und trotzt jeder Behandlung. Sub finem vitae beobachtet man: Oedeme, Petechien, Nasenbluten, Schweisse, grosse Schwäche. Man hat auch zuweilen beobachtet, dass mehrere Kinder einer und derselben Familie unter ähnlichen Erscheinungen erkrankten.

Verf. verfügt leider über sehr spärliches pathologisch-anatomisches Material. Es handelte sich um 2 Fälle aus der Kinderklinik (mit Blutuntersuchungen intra vitam) und um einen Fall aus dem Findelhause (ohne Blutuntersuchung i. v.).

Verf. kommt auf Grund seiner eigenen pathologisch-anatomischen Untersuchungen, sowie auf Grund der Untersuchungen anderer Autoren zu der Ansicht, dass für die als anaemia splenica infantum oder anaemia pseudoleucaemica bezeichnete Krankheit kein charakteristischer pathologisch-anatomischer Befund angegeben werden kann. Die Hauptveränderungen betreffen die Milz — Wucherung des interstitiellen Bindegewebes mit dem Ausgang in Atrophie der Malpighischen Körperchen. Aehnlichen Befund constatiert man auch bei Rhachitis und bei Magendarmerkrankungen im Säuglingsalter und in Verf. Fällen fand man bei Obductionen Rhachitis und Darmerkrankungen (Enterocolitis follicularis chronica resp. C. intestinalis acutus).

Schlussfolgerungen des Verfassers:

1. Die anaemia splenica infantum soll als terminus technicus aus der pädiatrischen Terminologie gestrichen werden. (Diese Ansicht teilte auch der verstorbene Prof. N. P. Gundobin).

2. Dagegen könnte in der Praxis aus Zweckmässigkeitsgründen die Bezeichnung anaemia splenica infantum einstweilen noch beibehalten werden.

3. Diese Krankheit ist meistens als secundäres Leiden aufzufassen. Sie erscheint grösstenteils im Gefolge von Verdauungs- und Ernährungsstörungen, ferner infolge von schlechten hygienischen Verhältnissen.

4. Es gibt auch Fälle von primärer anaemia splenica infantum, deren Aetiologie dunkel ist.

5. Rhachitis, Tuberculose, hereditäre Syphilis sind nur begünstigende Momente für die Entwickelung dieser Krankheit.

6. Knaben und Mädchen erkranken gleichmässig an dieser Krankheit, wobei das Alter zwischen 6 Monaten und 2 Jahren schwankt.

7. Als charakteristische Symptome für diese Krankheit werden angegeben: starke Anaemie, ferner Milzvergrösserung, wobei diese letztere die ganze linke Bauchhälfte ausfüllen und nach unten bis zur spina ilei anterior superior reichen kann. Leber und Lymphdrüsen meistens normal.

8. Histologisches Blutbild (in der Mehrzahl der Fälle): Oligocythaemie, Oligochromaemie, Poikilocytose, Lymphocytose, Anisocytose, ferner Anwesenheit von Myelocyten und Erythroblasten, was auf eine tiefe Erkrankung des Blutes hinweist.

9. Die roten Blutkörperchen sind bei dieser Krankheit besonders alteriert.

10. Bei anaemia splenica infantum findet man die hauptsächlichsten Veränderungen in der Milz, in der man Atrophie der Malpighischen Körperchen findet infolge der Wucherung des interstitiellen Bindegewebes; in der Pulpa — Eosonophile und Erythroblasten.

11. In den Lymphdrüsen findet man dieselben Veränderungen wie in der Milz nur weniger deutlich ausgesprochen.

12. In der Leber findet man zuweilen abnorme (runde) Leberzellen; man constatiert eine Dilatation der Capillaren, wobei diese letzteren mit roten (kernhaltigen und kernlosen) und weissen Blutkörperchen erfüllt sind.

13. In den Nieren constatiert man zuweilen unbedeutende degenerative Erscheinungen (des Epithels).

14. Von einer nennenswerten Vermehrung der Leukocyten kann bei dieser Krankheit kaum die Rede sein, darin besteht der Hauptunterschied von Leucaemia. Auch sind die Lymphdrüsen entweder gar nicht oder sehr wenig geändert. Endlich iss der pCt. Gehalt des Blutes an Myelocyten ganz unbedeutend.

15. Prognose: ernst.

16 Die Therapie besteht ausser diätetischem Regime in Anwendung von Fe, As. Ferner werden X-Strahlen empfohlen. Ein Fall wurde auf operativem Wege geheilt (Wolff).

N. E.

Die Behandlung des Lupus (D. med. W. Nr. 25).

Die eifrig tätige Lupus-Commission des deutschen Central-Comitees zur Bekämpfung der Tuberculose hatte am 12. Mai c. eine Sachverständigen-Sitzung in Berlin abgehalten, zu welcher die hervorragendsten Dermatologen Deutschlands eingeladen waren, um über die geeignetsten Behandlungsarten des Lupus zu verhandeln. Als Gast war Prof. Lang aus Wien eingeladen, der bekanntlich in Wien eine Lupus-Heilstätte gegründet hat. In Nachfolgendem wollen wir über die in der D. med. W. auf 21 Seiten in extenso wiedergegebenen Vorträge und Discussion kurz berichten. Die Reihe der Vorträge eröffnete Prof. Lang, der die chirurgische Behandlung des Lupus besprach, deren energischer Vertreter er seit Jahren ist, der auch schon 1900 auf dem internationalen Congress in Paris eine Anzahl operativ geheilter Fälle vorstellte.

Bis Ende 1909 hat L. 441 Lupuskranke der Radicaloperation unterzogen (311 Frauen, 130 Männer und 87 Kinder) von denen nur 12 einige Monate, dagegen 134 bereits 10—20 Jahre krank waren. An diesen 441 Pat. wurden 745 Lupusherde exstirpiert, davon 250 im Gesicht.

Von diesen konnten 308 längere Zeit hindurch wiederholt besichtigt werden, wobei sich 276 als dauernd geheilt erwiesen. L. betont gegenüber der Lichtbehandlung, dass das operative Eingreifen viel geringere Kosten verursache und keine schlechteren Resultate aufweise, daher stellt er die chirurgische Behandlung an die Spitze aller Lupus-Therapie und empfiehlt sie allen Dermatologen. Die demonstrierten Kranken erregten allgemeinen Beifall.

Als Zweiter sprach Prof. Zinsser (Köln) über die Behandlung des Lupus nach Finsen und gab kurz einen statistischen Ueberblick.

Von 800 Fällen aus dem Finsen schen Lichtinstitut sind 407 (51 pCt.) anscheinend geheilt (davon 2—6 Jahre recidivfrei 122), fast geheilt 193.

Seguira (England) hat von 599 Fällen 429 (71,6 pCt.) geheilt entlassen, Müller (Stockholm) von 121 Fällen 74 geheilt (50,8 pCt.), Jadassohn von 118 Fällen 24 geheilt, 29 fast geheilt, 53 gebessert.

Zinsser hat 116 Fälle nach Finsen behandelt und 27 nach anderen Methoden. Die 116 Fälle erhielten 11633 Bestrahlungen (von 3—799 pro Pat.), doch lässt sich bei der kurzen Dauer noch die Zahl der Heilungen nicht berechnen, wohl aber betont Z., dass bei keiner der früheren Methoden auch nur annähernd so gute Erfolge erzielt worden sind.

Als Nachteil der Finsen-Behandlung bezeichnet Z. die Langwierigkeit und die hohen Kosten (1,50 Mark pro Sitzung, ohne Berechnung des Locales, des Arztes). Jedenfalls darf man über der Finsentherapie nicht die Anwendung und den Ausbau der übrigen Methoden vernachlässigen. Mit Finsen hat eine neue Aera in der Lupustherapie begonnen, und ihm ist es zu danken, dass Lupusheilstätten, Vereine für Lupusfürsorge und Lupus-Commissionen entstanden sind und dadurch ein regelrechter Kampf mit dieser Form der Tuberculose begonnen hat.

Den 3. Vortrag, über die Behandlung des Lupus mit Radium hielt Dr. Wichmann (Hamburg) und wies darauf hin, das frühere Misserfolge in einer fehlerhaften Technik ihren Grund hatten, gegenwärtig lässt es sich gut dosieren und erzielt gute Erfolge. W. hat Radium in 30 Fällen angewandt und 23 mal Heilung erzielt, in 4 Fällen traten Recidive auf. Er kommt zum Schlusse, dass Radium einen wertvollen Factor der Lupustherapie bildet, namentlich bei kleineren Herden und bei Schleimhautlupus.

Der 4. Vortrag, von Dr. Gottschalk (Stuttgart) bespricht die Behandlung des Lupus nach anderen Methoden. Vor Allem weist G. auf die Bedeutung der Roentgentherapie des Lupus hin, die unverkennbar günstig wirkt. Wertvoll ist auch die Quarzlampe, die jedoch kein Ersatz für Finsen sein kann. Die Pyrogallol-Salbenbehandlung dagegen leistet weniger. Die Tuberculintherapie möchte G. nur als Hilfsmittel, combiniert mit anderen Methoden, empfehlen. Bei kleineren Herden ist G. für Excision, bei grösseren dagegen für die combinierte Roentgen- und Finsenbehandlung, wobei für die ulcerierten Formen Letztere vorzuziehen ist. Von 167 nach der combinierten Methode Behandelten erzielte G. bei 52 pCt. Heilung. Von grossem Interesse war die darauf folgende Discussion:

Nagelschmidt (Berlin) hält die Roentgenbehandlung für contraindiciert, weil man zur Heilung zu starke Dosen nötig hat, welche auch das gesunde Gewebe zerstören. Von chemischen Mitteln gibt er dem Pyrogallus den Vorzug und will von Resorcin schwere Intoxicationen gesehen haben. (Ref. wendet seit Jahren Resorcin mit gutem Erfolg an und hat nie Intoxicationserscheinungen beobachtet!) N. empfiehlt Diathermie (Hochfrequenzströme). Die chirurgische Behandlung ist an vielen Stellen aus kosmetischen Gründen unmöglich.

Neisser (Breslau) wirft die Frage auf, ob man auch jeden Lupuskranken, der sich meldet, in Behandlung nehmen soll, und spricht sich dahin aus, dass die sehr chronischen, ausgebreiteten Formen eher in ein specielles Lupus-Siechenheim als in die Klinik resp. Hospitäler gehören. Dagegen müssen alle Fälle von Lupus des Gesichtes und der Hände zur Heilung gebracht werden, und von jetzt ab ist die erste Frage, ob der Fall operabel ist, und nur wenn Contraindicationen vorhanden, greife man nicht zur Operation. N. ist überrascht über die Erfolge Langs. Kommt aber auch das kosmetische Resultat in Betracht, so wird meist Finsen dasselbe erreichen (Ref. Und weniger entstellen!) Ferner spricht sich N. für den Wert der Quarzlampe aus, desgleichen tritt er für die Roentgenbehandlung ein, deren reichlichste Verwendung er empfiehlt, namentlich bei Schleimhauterkrankungen und Affection grösserer Flächen, jedoch mit einzelnen grossen Dosen und nicht, wie Gottschalk verlangt, eine Dauerbehandlung mit ganz kleinen Dosen. Die Pyrogallusbehandlung combiniert N. mit ganz oberflächlichen Auskratzungen. Als ganz unentbehrliches Hilfsmittel für die Lupustherapie bezeichnet N. das Tuberculin, namentlich bei grossen, wulstigen Infiltrationen, bei allen die Schleimhaut mit afficierenden Fällen, und zwar mit langsam steigenden Dosen.

Prof. Jakobi (Freiburg) weist darauf hin, dass man bei der Finsenbehandlung mehr die Fälle auswählen solle, da bei alten Leuten die Wirkung in die Tiefe geringer sei. J. ist auch mehr für den grossen Finsenapparat, da der Finsen-Reyn sche Apparat weniger leistet. Er spricht sich entschieden gegen das Auskratzen aus.

Prof. Scholtz (Königsberg) empfiehlt consequente Durchführung und Combination mehrerer Behandlungsmethoden und sieht in der lange dauernden entzündlichen Reaction das Wichtigste für die Lupusbehandlung. Auch S. ist für grosse Einzeldosen der Roentgentherapie.

Prof. Blaschko empfiehlt, zuerst die Lupusherde mit Kalilauge abzureiben und dann 10 pCt. Pyrogallussalbe zu applicieren. Auch B. ist sehr für Tuberculin als Hilfsmittel, aber in so schwacher Dosis, dass nur eine leichte Localreaction eintrete, doch müsse sie von Anfang an höher sein als die bei Lungentuberculose verwendete.

Prof. Lesser (Berlin) bewundert die Resultate Langs, meint aber, dieselben können nur durch eine Künstlerhand erzielt werden. Er ist dafür, vor Allem nicht einseitig zu handeln und die verschiedensten Methoden anzuwenden.

Dr. Veiel (Cannstatt) warnt davor, die nur kosmetisch schönen Fälle zu den definitiv geheilten zu rechnen. Bei der Pyrogallus-Methode legt V. Gewicht darauf, dass die Fälle langsam heilen, dann ist die Gefahr der Recidive viel geringer. Ferner hebt er die Wichtigkeit hervor, dass die Schleimhautaffectionen womöglich von Rhino- und Laryngologen behandelt werden, da die Dermatologen nicht genügend in diesem Gebiete bewandert seien und daher weniger Erfolge haben. Auch V. ist gegen Auskratzen und Sticheln, nachdem er in den 70-ger Jahren 2 Kinder nach dieser Behandlung an tub. Meningitis verloren.

Dr. Litzner (Schömberg) tritt für Tuberculinbehandlung ein.

Prof. F. König (Altona) spricht sich für Radicaloperation aus.

Prof. Klingmüller (Kiel) hat von den Finsen-Reyn-Apparaten keine sehr guten Resultate gesehen, dagegen ist die Methode von Veiel mit Pyrogallus ausgezeichnet. Die schlimmsten Resultate gab die Heissluftbehandlung, namentlich traten Keloide auf. Dagegen spricht sich K. für die Quarzlampe aus, die zuweilen recht gute Erfolge gibt und auch sehr geeignet ist, die Teleangiectasien nach Roentgen zu entfernen.

Prof. Doutrelepont weist darauf hin, dass Tuberculin gute Resultate gibt, wenn man nur recht lange die Behandlung fortsetzt.

Dr. Fabry (Dortmund) plädiert für operative Behandlung.

Dr. Axmann (Erfurt). Gegen Keloide und Narben wirkt sehr gut der Kohlensäureschnee, beim Lupus wirkt er aber zu oberflächlich. Sehr richtig macht A. darauf aufmerksam, die Allgemeinbehandlung der Kranken nicht zu vernachlässigen, da die Meisten ja in sehr elenden Verhältnissen leben.

Dr. Arning (Hamburg) schliesst sich ihm an, empfiehlt jedoch gegen Narben Fibrolysin intravenös.

Dr. Delbanco (Hamburg) stellt das operative Verfahren obenan, doch nimmt er keinen optimistischen Standpunkt ein, da er sich an die Ansicht hält, dass der Lupus nicht immer eine reine Hautkrankheit ist.

Dr. Wichmann betont in seinem Schlusswort, dass wohl Combinationen der Methoden am besten Erfolge geben werden, besonders wichtig sei es aber, die Initialfälle möglichst aufzunehmen, namentlich in den Schulen, um die Behandlung recht frühzeitig zu beginnen.

O. v. Petersen.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. Hermann Schlesinger. Die Indicationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. Mit einem Anhange von Prof. Dr. Julius Schnitzler. 2. vollkommen umgearbeitete und erweiterte Auflage. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1910. IX + 614 Seiten. Preis 12 Mk.

Das Buch ist zu einem umfangreichen erschöpfendem Werk umgearbeitet worden. In erster Linie für den praktischen Arzt bestimmt, als Nachschlagewerk zur Orientierung in den Fragen der Grenzgebiete, spec. in der Indicationsfrage zum operativen Eingreifen, wird dieses Buch in gleichem Masse auch den Internisten und den Chirurgen befriedigen.

Die Anordnung der Abschnitte ist übersichtlich. Den einzelnen Capiteln sind sehr zweckmässig kurze Bemerkungen über die Aetiologie, pathologische Anatomie, klinische Diagnose und Differentialdiagnose der einzelnen Krankheiten hinzugefügt. Am Schluss jedes Capitels befinden sich Literaturangaben. Die Indicationen und Contraindicationen zu den vorzunehmenden Operationen werden genau besprochen. Auf allen Gebieten wird den modernsten Strömungen Rechnung getragen, so werden z. B. im Capitel ‹Lungentuberculose› als operative Eingriffe die Erzeugung eines künstlichen Pneumothorax und die von Freund vorgeschlagene Resection des ersten Rippenknorpels ausführlich und kritisch besprochen. In der praktisch so wichtigen Appendicitisfrage wird selbstverständlich die Frühoperation in den ersten 24 Stunden befürwortet. Den Indicationen zu chirurgischen Eingriffen bei Krankheiten des Nervensystems werden auch mehrere Capitel gewidmet.

Den Schluss des sehr empfehlenswerten Buches bildet ein Anhang von Prof. Dr. Julius Schnitzler, in dem er im Allgemeinen die Beeinflussung des Organismus durch operative Eingriffe bespricht und den Wunsch ausspricht, dass dem Internisten die Chirurgie kein unbekanntes Gebiet sein sollte, während andererseits der moderne Chirurg auch auf dem Gebiete der internen Medicin wohl bewandert sein müsste. Zur Erfüllung dieses berechtigten Wunsches kann das vorliegende Werk in hohem Masse beitragen.

W. Schaack.

Anton Garkisch: Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre vom Uterusmyom. Mit 22 Abbildungen im Text. Berlin. 1910. Verlag von S. Karger.

Im vorliegenden Werk hat Verf. das Material der deutschen Universitäts-Frauenklinik in Prag von 8 Jahren bearbeitet. In diesem Zeitraum kamen 601 Frau mit Uterusmyomen zur Beobachtung, was auf die Gesamtzahl von 16929 ambulatorischen Kranken 3,5 pCt. ausmacht. Von diesen wurden 349 in der Klinik operiert, d. h. 58 pCt. aller Myome.

Diese bilden nun das Material, welches Verf. als Grundlage für den klinischen Teil dient, der nach allen Richtungen genau und ausführlich bearbeitet ist. Als Abschluss und Vervollständigung dieser Bilder dienen 225 Nachuntersuchungen, die teils an der Klinik selbst vorgenommen oder an den Patientinnen von ihren Aerzten erhoben und eingeschickt wurden.

Der zweite, der histiologische Teil, enthält die Ergebnisse der Untersuchungen von 142 vollständigen Präparaten (Uterus mit Myomen) und 7 exstirpierten Myomen nebst Auszügen aus den Krankengeschichten der betreffenden Fälle.

Anschauliche Abbildungen ergänzen das Gesagte.

Das Werk enthält viele interessante Einzelheiten, so dass ein genaues Studium desselben aufs Wärmste zu empfehlen ist.

Fr. Mühlen.

Dr. med. Eugen Neter: Das einzige Kind und seine Erziehung. Ein ernstes Mahnwort an Eltern und Erzieher. Dritte und vierte Auflage. — „Der Arzt als Erzieher". Heft 25. Verlag der Aerztlichen Rundschau. Otto Gmelin. München. Preis Mk. 1.40.

Das vorliegende Büchlein, eine ernst gemeinte Abhandlung, bestimmt, dort zur Einkehr zu mahnen und Segen zu stiften, wo viel gefehlt und so Manches unterlassen wird, erscheint in wenigen Jahren bereits in der vierten Auflage.

Das einzige Kind zu einem sittlich hochstehenden Menschen, zu einem den Anforderungen des Lebens in jeder Beziehung gewachsenen Individuum zu erziehen und heranzubilden, ist eine ungeheuer schwierige Aufgabe, und die Eltern und Erzieher derartiger einziger Kinder sind sich in den seltensten Fällen dessen bewusst.

Verf. versucht nun zunächst den Leserkreis damit bekanntzumachen, was eben die Eigentümlichkeiten des einzigen Kindes im Grossen und Ganzen ausmacht. Dieselben seien auf zweierlei Ursachen zurückzuführen, erstlich auf solche, die in fehlerhafter Erziehung liegen. Und sie liessen sich noch durch grösste Anstrengung seitens der Eltern ausgleichen, liessen sich auch vermeiden, wofern die Eltern einziger Kinder mehr Vernunftgründen zugänglich wären, weniger «erziehen» würden, weniger die freie, individuelle, natürliche Entwicklung des Kindes durch ihre zu grosse Sorge, Aengstlichkeit und stete Ueberwachung unterdrücken würden.

Dann aber liegen die Ursachen der Eigentümlichkeiten des einzigen Kindes in dem Ausfall bestimmter erzieherischer Faktoren, wie sie durch das Aufwachsen mit Geschwistern bedingt sind. Diese miterzieherischen Faktoren lassen sich nun äusserst schwer durch vernünftige Erziehung wieder ersetzen und ausgleichen; Egoismus, Eigenliebe, fehlende Nächstenliebe und dgl. zeichnen auch im späteren Leben solche einzige Kinder aus.

Eine weitere ausführliche Besprechung des behandelten Stoffes könnte zu weit führen. Das, was hier angedeutet worden, wären die Grundzüge des Themas, dessen genaueres Studium jedem Einzelnen, der es mit Kindern zu tun hat, dringend anempfohlen werden müsste, aber namentlich den Eltern jener «unglücklichen einzigen Kinder» selbst.

Hecker.

Freie Vereinigung für Mikrobiologie *).

4. Tagung vom 19.—21. Mai 1910 im Kgl. Institut für Infectionskrankheiten in Berlin.

1. Tag 19. Mai 1910.

Vorsitzende: Kirchner, Flügge, Löffler.

Friedmann-Berlin: Referat über Anaphylaxie.

Alle Anaphylaxie erzeugenden Stoffe sind Eiweisskörper aus dem Pflanzen- oder Tierreich, gleichgültig ob sie in gelöster Form oder als Zellen organisiert angewandt werden. Die Vorgänge beim Kaninchen. Menschen und grösseren Fleischfressern einerseits und dem Meerschweinchen andererseits sind verschiedenartig und erfordern gesonderte Betrachtung. Beim Kaninchen, das sich am besten zum Studium der Anaphylaxie eignet, gelingt auch die passive Anaphylaxie am besten durch Uebertragung des Antigens und Antikörpers, eine Mitwirkung der Zellen des Organismus findet nicht statt. Bei der durch Injection von Erythrocyten erzeugten Anaphylaxie sind nach Friedemanns Versuchen der anaphylaktische Reactionskörper und die Hämolysine identisch. Die Giftwirkung beruht nach Friedemann auf einer durch das Complement bewirkten Abspaltung eines Giftes aus der Vereinigung von Antigen und Antikörper. Als charakteristisch für die Meerschweinchenanaphylaxie betrachtet Friedemann 1. die minimalste Menge, die zur Sensibilisierung ausreicht, sowie die lange Dauer dieses Zustandes, 2. bei der passiven Anaphylaxie wird der fertige Antikörper übertragen, 3. die Erscheinungen der ‹Antianaphylaxie›, die aber noch experimentell geklärt werden müssen. Die Natur des anaphylactischen Reactionskörpers ist unaufgeklärt. Friedemann glaubt, dass das Complement zum Zustandekommen des Symptomencomplex nötig ist. Die Erscheinungen der Anaphylaxie fügen sich den Erscheinungen der Immunität ein.

Doerr-Wien: Referat über Anaphylaxie.

Die Erscheinungen der Anaphylaxie bei den verschiedenen Tierarten sind als einheitliche aufzufassen. Doerr bevorzugt das Meerschweinchen als Versuchstier, dem an Reactionsfähigkeit der Mensch am nächsten steht. Als Antigen wirkt artfremdes Eiweiss, dessen Injection die Bildung des anaphylactischen Reactionskörpers veranlasst, neben der Bildung der gewöhnlichen Immunkörper, z. B. der Präcipitine, mit denen nach Doerr der anaphylactische Reactionskörper identisch ist. Die Mitwirkung des Complements ist zur Auslösung der anaphylactischen Symptome notwendig. Doerr glaubt, dass in Friedbergers gewaschenen Präcipitaten der giftige Stoff gefunden ist. Die Symptome der Anaphylaxie können durch präventive Gaben von Atropin. sulfur. verhütet werden. Der von Krans als typisch angegebene Krampf der Bronchialmuskulatur genügt Doerr nicht zur Charakterisierung des

*) Wir verdanken diesen Bericht der Freundlichkeit des Redacteurs der Münchener Medicinischen Wochenschrift, Herrn Dr. Spatz, dem derselbe von der Freien Vereinigung für Mikrobiologie zur Verfügung gestellt war.

D. Red.

anaphylactischen Befundes. Doerr betont nochmals die vollständige Analogie zwischen der Anaphylaxie und den bis jetzt schon wohlbekannten Antikörpern speciell den Präcipitinen.

Biedl-Wien: Ueber Anaphylaxie.

Die Verhältnisse sind noch recht unklar. Als Kriterium ist der von Kraus angegebene Lungenbefund anzusehen. Biedl hält das Friedbergersche Anaphylatoxin nicht für die Ursache des anaphylactischen Shocks. Auch die Salzversuche Friedbergers seien nicht eindeutig beweisend. Die Identität von Präcipitinen und anaphylactischem Reactionskörper sei keineswegs bewiesen.

Weichardt-Erlangen: Ueber einige Befunde der modernen Eiweisschemie in ihrer Beziehung zur Bakteriologie und Immunitätsforschung; mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylaxie.

Das von W. 1901 gewonnene Syncitiotoxin ist ein Anaphylatoxin. Störungen im Stickstoffgleichgewicht von Hunden sind als Kriterium der Anaphylaxie zu verwenden, während die Untersuchung mit dem Polarisationsapparat versagt. Die von W. gefundene Veränderung des osmotischen Druckes bei Antigen-Antikörperreactionen hat möglicherweise etwas mit den anaphylactischen Störungen zu tun.

Friedberger-Berlin: Ueber Anaphylatoxin und primäre Serum-Anaphylaxie.

Das Anaphylatoxin wird nach Fr. so gewonnen, dass man normales Meerschweinchenserum auf ein Eiweiss-Antieiweiss Präcipitat einwirken lässt und dann abcentrifugiert. Durch inactiviertes Meerschweinchenserum oder physiologische Kochsalzlösung lässt sich kein Gift gewinnen, es handelt sich also um eine dem Complement des frischen Serums zukommende Eigenschaft. Die optimale Giftwirkung erhält man bei Anwendung mittlerer Dosen von Antigen und Antikörper, sowie erst nach einer gewissen Zeitdauer der Einwirkung. Bei Anwendung von Erythrocyten als Antigen gelten diese Verhältnisse nicht, da hierbei die Giftwirkung des Hämoglobins mit in Tätigkeit tritt. Fr. fasst die Ueberempfindlichkeit als humoralen Vorgang auf. Es gelang ihm nachzuweisen, dass schon Antisera an sich bei nicht vorbehandelten Tieren Giftwirkung äussern können, z. B. hat ein vom Kaninchen gewonnenes Antihammelserum, zu geeigneter Zeit entnommen und in geeigneter Menge eingespritzt, acut toxische Wirkung beim nicht vorbehandelten Meerschweinchen. Ein Uebergreifen der Antikörperreaction ist bei der grossen Verschiedenheit von Hammel und Meerschweinchen nicht wahrscheinlich, überdies wirkt ein gewöhnliches Typhusantiserum ganz analog. Die primäre Giftigkeit des Antiserums hängt von dem Intervall zwischen letzter Antigenzufuhr und Serumentnahme ab. (Curvendemonstration). Als Erklärung nimmt Fr. an, dass im Antiserum immer noch Antigenreste enthalten seien. Die active und passive Anaphylaxie sind nach Fr. nur besondere, durch quantitativ geänderte Anordnung bedingte Specialfälle. Bei der Verwendung von solch primär giftigen Seris beim Menschen ist die Zeit der Entnahme zu beachten, um die Giftwirkung zu vermeiden.

Lockemann und Thiess-Berlin: Ueber Anaphylaxie durch fötales Serum.

Die Injection von fötalem Kaninchenserum bei Kaninchen wirkt toxisch. Die erste Injection ist bei 33 Proc. der Tiere giftig, wovon der grössere Teil auf trächtige Tiere entfällt. Die wiederholte Injection wirkt bei 71 Proc. toxisch, bei trächtigen schwerer wie bei nichtträchtigen. Diese Versuche und klinische Analogien zwischen Eclampsie und Anaphylaxie lassen an einen Zusammenhang zwischen beiden denken.

Hailer-Gross-Lichterfelde: Die praktische Verwertbarkeit der Anaphylaxiereactionen.

Zur Untersuchung von Nährpräparaten wurde die Anaphylaxie herangezogen. Wegen der auf verschiedene Eiweissabbauproducte übergreifenden Gruppenreaction sind praktisch verwertbare Resultate nicht erhalten worden.

Haendel und Steffenhagen-Gross-Lichterfelde: Auswertung von Antieiweisseris.

Die Austitrierung des gleichen Antieiweisserums mit der Präcipitation, Complementbindung und Anaphylaxie gibt stark abweichende Titres. Die 3 Stoffe sind nach Haendel verschieden. Complementbindende und anaphylactische Stoffe sind zeitlich vor den Präcipitinen im Serum nachzuweisen.

Discussion über Anaphylaxie: Gröber, Pfeiffer, Sachs, Friedemann, Friedberger, Kraus, Weichardt, Pribram, Uhlenhuth, Biedl, Haendel, Doerr, Thiess, Sobernheim, Löffler, Wassermann.

Schlusswort: Doerr.

Weber-Dresden macht Mitteilungen über die nächstjährige Hygieneausstellung in Dresden und bittet um Anmeldungen.

Discussion: Löffler-Greifswald, Weber-Dresden.

Reichenbach-Bonn: Zur Theorie der Desinfection.

Bei der Desinfection durch Chemikalien und Hitze sterben die Bakterien nicht gleichzeitig ab. R. versuchte den Hergang auf mathematischem Weg zu verfolgen. Die Desinfection verläuft in einer Exponentialcurve und folgt dem Gesetz der monomolecularen chemischen Reactionen. Die Curve ist für jede Bakterienart constant, gleichgültig ob mit Sublimat oder Hitze desinficiert wird.

Lentz-Berlin: Vorschlag einer einfachen Bezeichnung des Wertes von specifischen Serumreactionen.

Bei der Identificierung von Bakterien ist die Angabe des Agglutinationswertes ungenügend, wenn nicht zugleich der Titer des Testserums angegeben wird. Eine Agglutination von 1:4000 ist bei einem Serum vom Titer 1:5000 anders zu bewerten als bei einem von 1:50000. Lentz schlägt vor, die Angaben in Form eines Bruches zu machen, bei dem im Zähler der erhaltene Agglutinationswert, im Nenner der Titer des Testserums steht. $\frac{1:1000}{1:5000}$ würde bedeuten: Ein Serum vom Titer 1:5000 agglutiniert in dem betreffenden Fall 1:1000. Auch für andere Serumreactionen lassen sich die Werte analog angeben, z. B. $\frac{0{,}001}{0{,}005}$ für die Bakteriolyse.

Discussion: Löffler-Greifswald.

Heim-Erlangen: Schutzstoffe aus Organen.

In Kochsalzlösung, mit der die entbluteten Kaninchen durchspült wurden, waren keine Schutzstoffe nachzuweisen. Dagegen fanden sie sich in der Leber, die durch Verdauungsfermente aufgeschlossen war.

Kraus und Amiradzibi-Wien: Ueber den Mechanismus der Antitoxinwirkung bei der Heilung.

Versuche über die Frage, ob das Antitoxin und Toxin sich innerhalb oder ausserhalb der Zelle vereinigen. Nach Kraus kann Antitoxin nicht in gesunde Zellen eintreten, dagegen tritt bei Diffusionsversuchen das Toxin durch die Membran zum Antitoxin. Nach Kraus tritt im Körper das Toxin aus der Zelle in die Umgebung heraus und wird hier vom Antitoxin neutralisiert.

Discussion: Weichardt-Erlangen.

Liefmann-Berlin: Ueber das Complement.

Versuche, die Bestandteile des Complements durch Lipoide zu ersetzen. Der Albuminteil lässt sich durch Lipoide gar nicht vertreten, beim Ersatz des Globulinteiles durch Oelsäure tritt die Complementwirkung ein, doch zeigt es sich, dass die Oelsäure allein dieselbe Wirkung hatte (Hämolyse), dass also auch hier ein Ersatz des Globulinteiles nicht gelingt.

Liefmann-Berlin: Der horror autotoxicus bei der Hämolyse.

Das Serum einer Tierart wirkt nicht als Complement, wenn es sich darum handelt, Blutkörperchen der eigenen Art aufzulösen. Ersetzt man aber in diesem Serum den Albuminteil durch Albumin eines artfremden Serums, so tritt Hämolyse ein.

Discussion: Landsteiner-Wien.

Steffenhagen und Andrejew-Gross-Lichterfelde: Haltbarkeit von Mikroorganismen und Immunkörpern in Blutegeln.

Die Blutegel enthalten a priori keine pathogenen Keime. Mit dem Blut aufgenommene pathogene Mikroorganismen halten sich im Blutegel von 14 Tagen bis zu 3 Monaten und noch länger lebend und infectiös. Präcipitierende, agglutinierende und hämolytische Immunkörper gehen in ca. 30—50 Tagen zugrunde. Keimübertragung ist demnach bei öfterem Gebrauch ein und desselben Egels denkbar.

M. Wassermann.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Infolge der Zunahme der Choleraerkrankungen hat die städtische Sanitätscommission verfügt, dass die Träger von Choleravibrionen in den 3 städtischen Isolierhäusern untergebracht werden sollen.

— Im Anschluss an die Verbreitung der Cholera in Südrussland haben an verschiedenen Orten die in Russland üblichen «Unruhen» unter der Bevölkerung stattgefunden. In Kertsch wurden die Wagen, die die Cholerakranken ins Hospital führen, mit Steinwürfen verfolgt, sodass die Sanitätsdiener sich weigerten, ohne militärischen Schutz zu arbeiten.

— Von 12 Uhr mittags des 14. Juli bis 12 Uhr mittags des 15. Juli erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 64 Personen und starben 27.

— Hochschulnachrichten.

Kasan. Der Priv.-Doc. Dr. D. Polumordwinow ist zum Professor der Physiologie ernannt.

Tomsk. Der Priv.-Doc. Dr. N. Werschinin ist zum Professor der Pharmakologie und Toxikologie ernannt.

Charkow. Der Priv.-Doc. Dr. M. Swjetuchin ist zum ausseretatmässigen a. o. Professor der Diagnostik und klinischen Propädeutik ernannt.

Breslau. Prof. Dr. P. Jensen ist als ordentlicher Professor der Physiologie an die Universität zu Göttingen berufen.

— Im Verlage von A. Töpelmann (vormals J. Ricker) in Giessen ist ein neues periodisches Unternehmen in Erscheinung getreten unter dem Titel «Zur historischen Biologie der Krankheitserreger. Materialien, Studien und Abhandlungen» gemeinsam mit V. Fossel, T. v. Györy, W. His, herausgegeben von Karl Sudhoff und Georg Sticker. Das 1. Heft enthält als Geleitwort den Artikel «Historik und Seuchenforschung» von K. Sudhoff und «Parasitologie und Loimologie» von G. Sticker, das 2. Heft bringt ebenfalls einen Artikel des bekannten Seuchenforschers G. Sticker: «Die Bedeutung der Geschichte der Epidemien für die heutige Epidemiologie. Ein Beitrag zur Beurteilung des Reichsseuchengesetzes». Eine Besprechung dieses neuen in bewährten Händen liegenden Unternehmens, dem wir allen Erfolg wünschen, behalten wir uns vor.

— Cholera. Britisch-Indien. In Calcutta starben vom 29. Mai bis 4. Juni 27 Personen.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 29. Mai bis 4. Juni erkrankten in ganz Indien 4623 Personen und starben 3972. — Aegypten. Vom 25. Juni bis 1. Juli erkrankten 16 und starben 4 Personen.

— Genickstarre. Preussen. Vom 26. Juni bis 2. Juli wurden 6 Erkrankungen und 5 Todesfälle angezeigt.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 16. Juni bis 2. Juli wurden 7 Erkrankungen angezeigt.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben				Beginn der Epidemie
	vom 27. Juni bis zum 3. Juli		vom Beginn der Epidemie		
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	37	(12)	59	(18)	7. Juni
Gouv. St. Petersburg	1	(1)	2	(1)	24. »
» Minsk	—	(—)	254	(99)	6. Mai
» Mogilew	—	(—)	170	(93)	14. »
» Witebsk	2	(—)	34	(1)	18. April
» Podolien	5	(1)	8	(2)	20. Juni
» Wolynien	—	(—)	40	(41)	12. »
» Kiew	47	(16)	672	(279)	3. Mai
» Tschernigow	94	(24)	640	(247)	13. »
» Poltawa	230	(101)	1076	(424)	9. »
» Charkow	491	(184)	1041	(466)	8. »
» Orel	3	(2)	106	(45)	13. »

	Erkrankt und gestorben				Beginn der Epidemie
	vom 13. bis zum 19. Juni		vom Beginn der Epidemie		
Gouv. Kursk	36	(22)	127	(56)	28. Mai
» Woronesh	—	(—)	70	(32)	27. »
» Tambow	106	(32)	191	(59)	12. »
Stadt Tula	1	(1)	2	(2)	17. Juni
Gouv. Rjasan	62	(24)	78	(34)	19. »
Stadt Moskau	3	(1)	4	(1)	10. »
Gouv. Kostroma	9	(8)	10	(8)	26.
Stadt Jaroslawl	3	(2)	3	(2)	27. »
Gouv. Nishnij Nowgorod	41	(16)	45	(19)	24. »
» Kasan	21	(6)	30	(9)	18. »
» Ssimbirsk	47	(14)	57	(17)	10. »
» Ssamara	297	(143)	460	(204)	9. »
» Ssaratow	318	(127)	471	(189)	10. »
» Astrachan	110	(41)	128	(48)	15. »
» Stawropol	128	(67)	217	(99)	13. »
» Jekaterinoslaw	1040	(459)	3991	(1715)	10. Jan.
Stadt Ssewastopol	—	(—)	10	(4)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	107	(49)	221	(101)	14. Mai
Gebiet der Donkosaken	1208	(595)	3102	(1454)	21. »
Stadt Rostow a. Don	207	(65)	3117	(184)	7. Juni
Gouv. Taurien	448	(166)	1316	(622)	7. Mai
» Bessarabien	25	(8)	43	(15)	29. »
Stadt Odessa	60	(35)	148	(75)	27. »
» Nikolajew	—	(—)	5	(—)	10. Juni
Gouv. Cherson	316	(114)	1116	(416)	10. Mai
Stadt Noworossijsk	29	(19)	60	(34)	7. Juni
Kuban-Gebiet	1499	(797)	3970	(2127)	28. Mai
Terek-Gebiet	122	(65)	242	(119)	28. »
Stadt Baku	18	(9)	29	(20)	4. Juni
Gouv. Baku	69	(34)	188	(97)	19. April
Stadt Tiflis	102	(36)	113	(41)	6. Juni
Transkaspi-Gebiet, Stadt Krasnowodsk	—	(1)	5	(5)	19. »
Gouv. Ufa, Stadt Menselinsk	1	(1)	1	(1)	29. »
» Pensa	2	(2)	2	(2)	30. »
Im Ganzen	6345	(3290)	23661	(9527)	

— In Odessa sind 2 Personen an der Pest erkrankt und 1 gestorben.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 30. Juni in Kiew Dr. L. Agamirsjanz (durch Selbstmord), geb. 1879, approb. 1908; 2) Dr. P. Garin, Professor der Chirurgie an der medicinischen Facultät zu Valencia; 3) Dr. W. H. Seaman, Professor der med. Chemie und Toxikologie an der Howard-Universität in Washington.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

P. G. Unna. Histotechnik der leprösen Haut. L. Voss. Hamburg und Leipzig. 1910.

P. G. Unna. Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut. Heft 9. L. Voss. Hamburg und Leipzig. 1910.

Tigerstedt. Handbuch der physiologischen Methodik. Bd. I Abt. 1, und Bd. III Abt. 4. S. Hirzel. Leipzig. 1910.

E. Bäumer. Von ärztlicher Kunst und den Grenzen med. Wissenschaft. O. Gmelin. München. 1910.

E. Hirsch. Ueber Arterienverkalkung. O. Gmelin. München. 1910.

H. Schall und A. Heisler. Nahrungsmitteltabelle. C. Kabitzsch. (Stubers Verlag). Würzburg. 1910.

H. Schall und A. Heisler. Die Praxis der Ernährungstherapie der Zuckerkrankheit. C. Kabitzsch. (Stubers Verlag). Würzburg. 1910.

Th. Rosenheim. Die Erkrankungen der Flexura sigmoidea. C. Marhold. Halle a. S. 1910.

W. Fliess. Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan. C. Marhold. Halle a. S. 1910.

O. Ringler. Das Kystoskop. W. Klinkhardt. Leipzig. 1910.

P. Dittrich. Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Bd. VII. Erster Teil. W. Braumüller. Wien und Leipzig. 1910.

S. Freud. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1910.

A. Brosch. Das subaquale Innenbad und die Kulturkrankheit. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1910.

M. Neuburger. Ludwig Türcks gesammelte neurologische Schriften. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1910.

S. Freud. Eine Kindheitserinnerung des Leonordo da Vinci. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1910.

Schlagenhaufer und Wagner v. Jauregg. Beiträge zur Aetiologie und Pathologie des endemischen Kretinismus. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1910.

K. Bonhoeffer. Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infectionen und inneren Erkrankungen. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1910.

F. Veronese. Versuch einer Physiologie des Schlafes und des Traumes. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1910.

J. Schwalbe. Jahrbuch der praktischen Medicin. Jahrgang. 1910. F. Enke. Stuttgart. 1910.

J. Schwalbe. Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. G. Thieme. Leipzig. 1910.

Stilling. Pseudo-isochromatische Tafeln. G. Thieme. Leipzig. 1910.

K. Francke. Mein Instrumentarium der inneren Medicin. Th. Berge. Berlin. 1910.

K. Francke. Die Syphilis, ihr Wesen und ihre Heilung. Th. Berge. 1910.

L. Jankau. Taschenbuch für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. I. Teil. II. Auflage. M. Gelsdorf. Eberswalde bei Berlin. 1910.

Zoltàn de Bosnyak et C-te L. Edelheim-Gyulai. Le droit de l'enfant abandonné et le système Hongrois de protection de l'enfance. Budapest. 1909.

Les facultés de médecine des Universités royales Hongroises de Budapest et de Kolozsvár. Budapest. 1909.

A. Schlesinger. Die Praxis der lokalen Anästhesie. Urban und Schwarzenberg. Berlin—Wien. 1910.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig**, St. Petersburg. **Dr. O. Brehm**, Libau. **Dr. X. Dombrowski**, St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne**, Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser**, St. Petersburg.

Dr. P. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand**, Mitau. **Dr. W. Kernig**, St. Petersburg. **Dr. L. v. Lingen**, St. Petersburg. **Prof. O. v. Petersen**, St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann**, Moskau.

Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling**, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach**, St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen**, St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann**, St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen**, Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga. **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 30 St. Petersburg, den 24. Juli (6. Aug.) 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Empyema pleurae.

Vortrag, gehalten auf dem II. Kurl. Aerztetag in Libau 28. V 1910.

Von

Dr. Fr. Heinrichsen - Kandau.

Da der eitrige Erguss im Pleuraraum eine häufige und praktisch wichtige Erkrankung ist, die jeder Arzt auf dem Lande behandeln muss, und ich im Laufe des letzten Jahres eine ganze Anzahl Patienten mit dieser Erkrankung zu behandeln Gelegenheit gehabt habe, erlaube ich mir, das Pleuraempyem zu besprechen und meine Beobachtungen hier mitzuteilen.

In der Aetiologie des Empyems spielt die croupöse Pneumonie die Hauptrolle — die metapneumonischen Empyeme sind die häufigsten und wohl auch prognostisch günstigsten, da die durch die Pneumococcen hervorgerufene Eiterung gutartig und leicht heilbar ist. Das metapneumonische Empyem entsteht gewöhnlich wohl aus einer serösen metapneumonischen Pleuritis resp. Pneumopleuritis. Dieses metapneumonische seröse Exsudat bleibt meist undiagnosticiert, da seine Entwickelung sich während der noch bestehenden Pneumonie vollzieht und die objectiven Erscheinungen der Pneumonie im Vordergrund stehen. Ein geringer Grad von Pleuritis ist nach Stintzing (Deutsche Klinik) eine regelmässige, hinter das Grundleiden zurücktretende Begleiterscheinung der Pneumonie. Jedenfalls kann man in vielen Fällen bei Pneumonie im späteren Verlauf Abschwächung des Pectoralfremitus und des Bronchialatmens und hiermit den die Pneumonie begleitenden Erguss constatieren, der dann meist mit der Pneumonie selbst schwindet und nur in einem kleinen Procentsatz zum Empyem führt.

Auch an catarrhalische Pneumonien können sich Empyeme anschliessen, ebenso entstehen Empyeme infolge von Lungenabscessen und Lungengangrän, letztere immer jauchig und mit schlechter Prognose. Die Empyeme bei Lungentuberculose gleichen entweder den kalten Abscessen und sind bacterienfrei oder enthalten nur Tuberkelbacillen oder sie sind durch Secundärinfection verursachte Staphylococcen- oder Streptococcenempyeme.

Die grosse Mehrzahl aller Empyeme hat, wie wir sehen, ihren Ursprung in einer Lungenerkrankung. Ausserdem können natürlich Verletzungen und Erkrankungen der Rippen zu Empyemen führen. Ebenso können Erkrankungen der Bauchhöhle infolge Durchwanderns der Bacterien durch die Lymphräume des Zwerchfells zu Empyemen führen — am häufigsten der subphrenische Abscess, der auch umgekehrt durch ein Empyem hervorgerufen werden kann. Auch Pericarditis kann zu Empyem führen. Auch bei allgemeinen Infectionskrankheiten, Typhus, Masern, Scharlach, Sepsis, Pyämie — bei Gonorrhoe sehr selten — entstehen Empyeme, ebenso im Anschluss an Anginen.

Praktisch am Wichtigsten sind jedenfalls die metapneumonischen Empyeme.

Das metapneumonische Empyem entwickelt sich ganz allmählich, sodass man kaum je in der Lage ist, den Zeitpunkt seines Entstehens genau zu bestimmen. Das Fieber hört nicht auf, oder die Temperatur sinkt und steigt bald wieder an oder sie nimmt, was wohl am häufigsten ist, einen remittierenden Charakter an — dabei wird das Allgemeinbefinden nicht besser — oft verschlechtert es sich progredient. Die objectiv nachweisbaren Erscheinungen eines Pleuraergusses werden immer deutlicher. Schweisse bei fortbestehendem Fieber, die also nicht durch die Krisis hervorgerufen werden, scheinen mir oft einen Fingerzeig zu geben, dass sich ein Empyem entwickelt. Nur die Probepunction schafft Klarheit, da die Diagnose des Empyems mit Sicherheit nur bei positivem Ergebnis derselben zu stellen ist, da ja die physikalischen Symptome des Empyems denen der serösen Pleuritis gleichen. Selbstverständlich muss daher eine Probepunction überall da gemacht werden, wo der Verdacht eines Empyems auftaucht. Ob die in neuester Zeit von Rauchfuss und Gerland für die Exsudative Pleuritis angegebenen percutorischen Phänomene,

das sogenannte Rauchfusssche und Gerlandsche Dreieck auch beim Empyem constant sind, weiss ich nicht. In einem meiner Fälle waren sie vorhanden, in den anderen habe ich nicht darauf geachtet. Das Rauchfusssche Dreieck ist ein Bezirk gedämpften Schalles dicht an der Wirbelsäule der gesunden Seite in Form eines rechtwinkligen Dreiecks, dessen rechter Winkel an der Wirbelsäule am tiefsten Punkt der Pleura liegt, während das Gerlandsche Dreieck ein Bezirk hellen Schalles dicht an der Wirbelsäule der kranken Seite ist — auch in Form eines rechtwinkligen Dreiecks, dessen rechter Winkel an der Wirbelsäule liegt und dem höchsten Punkt des Rauchfussschen Dreiecks gegenüberliegt. Kolossow (Prakticzeskij Wratsch 1909) hat das Rauchfusssche Phänomen in 32 Fällen von primärer exsudativer Pleuritis constant nachgewiesen, von denen 14 einen eitrigen Erguss hatten. Innerhalb des Dämpfungsbezirkes auf der gesunden Seite konnte er das Atemgeräusch auscultieren und gewann bei der Punction keine Flüssigkeit. Mit der Verringerung des Exsudates verkleinerte sich das Dämpfungsdreieck und verschwand gänzlich sobald der Erguss bis zur 8.—9. Rippe sank. Bei trockener und adhäsiver Pleuritis und bei mikroskopischer krupöser Pneumonie wurde das Phänomen nicht gefunden, so dass es differentialdiagnostisch wohl eine Bedeutung haben kann, für die Unterscheidung von seröser Pleuritis und Empyem aber nicht zu verwenden ist. Wie schon erwähnt, ist die Probepunction das Ausschlaggebende bei der Diagnose des Empyems. Dass trotz positiver Probepunction ein error diagnosticus vorkommen kann, kann ich an zwei Beispielen aus meiner Praxis illustrieren. In dem einen Fall handelte es sich um eine Frau mit einer Unterlappenpneumonie, bei der länger anhaltendes Fieber und schlechtes Allgemeinbefinden, heftige Schmerzen in der Seite, abgeschwächtes resp. aufgehobenes Bronchialatmen und Pectoralfremitus im intensiven Dämpfungsbezirk mich an Empyem denken liessen und zu einer Probepunction veranlassten. Dieselbe war positiv — eine volle Spritze Eiter. Ich liess die Pat. ins Krankenhaus schaffen und machte am nächsten Tage — leider ohne nochmalige Probepunction — die Rippenresection, ohne ein Empyem zu finden. Die physikalischen Erscheinungen waren wohl durch die Verstopfung des zuführenden Bronchus hervorgerufen. Der Eiter stammte vielleicht aus einem kleinen Abscess in der pneumonischen Lunge oder aus einem Bronchus. Uebrigens wurde die Frau gesund. — Im 2. Fall handelte es sich um einen älteren Herrn, der nach einer katarrhalischen Pneumonie Pleuraschwarten nachbehalten haben sollte — er war auswärts behandelt worden — und sich nicht recht erholen konnte. Ich hatte Gelegenheit, ihn eine zeitlang zu beobachten. Das Allgemeinbefinden war immer schlecht, viel Husten, öfter erhöhte Temperatur, heftige Schmerzen und Stiche in der kranken Brusthälfte, die ihm den Schlaf völlig raubten, dabei physikalische Symptome, die für Pleuraverdickungen sprachen, aber ein Exsudat nicht ganz ausschlossen. Schliesslich machte ich eine Probepunction, fand etwas Eiter und glaubte nun, ein abgekapseltes Empyem vor mir zu haben. Ich schickte den Pat. zu einem Chirurgen, der nach einer positiven Probepunction den Pat. operieren wollte. Auf dem Operationstisch machte er gewohnheitsgemäss wieder eine Probepunction, bei der sich kein Eiter fand und dann sofort noch viele Punctionen an verschiedenen Stellen ohne Resultat. Infolgedessen gab er die Operation auf und sprach die Meinung aus, dass es sich um Pleuracarcinom handele. Dafür sprach auch der weitere Verlauf. Nach ca. 1 Monat kam Pat. ad exitum — leider konnte keine Section gemacht werden. Wir sehen aus diesen Fällen, wie wichtig es ist, noch kurz vor der Operation zu punctieren. — Am meisten diagnostische Schwierigkeiten können aber wohl die „Mantelempyeme" bereiten, wie sie Königer beschreibt (Münch. medicin. Wochenschrift 1909). Es gibt nämlich Empyeme, die von einer serösen Pleuritis, einem sogenannten „Mantelerguss" umgeben sind. Das Empyem ist dann von einem Mantel aus seröser Flüssigkeit derart eingehüllt, dass es durch die physikalischen Untersuchungsmethoden nicht von dieser Umgebung zu unterscheiden ist. So kann es vorkommen, dass man, trotzdem die klinischen Erscheinungen für ein Empyem sprechen, bei der Probepunction nur ein seröses Punctat erhält, was für Diagnose und Therapie verhängnissvoll werden kann. In dem einen Fall von Königer vergingen bei fast täglichen Punctionen 10 Tage, bis der Eiter gefunden wurde. Diese serösen Mantelergüsse sind also von grosser praktischer Wichtigkeit, vor allem durch die Gefahr, dass beim Auffinden eines solchen serösen Ergusses die Suche nach einem Eiterherd für vergeblich gehalten und aufgegeben wird. Diese serösen Mantelergüsse sind bacterienfrei und entwickeln sich nach Königer ziemlich häufig bei frühzeitiger Abkapselung von acuten Pleuraempyemen in dem benachbarten Teil der Pleura. Mit der sog. mehrfächerigen Pleuritis haben sie nichts zu tun, da bei dieser ein in Bezug auf Zell- und Bacteriengehalt einheitlichen Erguss durch Verklebungen oder Verwachsungen in mehrere Abteilungen zerlegt ist. Die Mantelergüsse sind nach Königer als reactive Vorgänge aufzufassen, welche wahrscheinlich durch toxische Einwirkungen in der Umgebung acuter, eitriger Processe veranlasst werden und dem peripheren entzündlichen Oedem der Weichteile bei Phlegmonen vergleichbar sind. Durch cytologische Untersuchungen sollen diese serösen Mantelergüsse sich von anderen serösen Ergüssen unterscheiden lassen und den klinischen Verdacht auf einen Eiterherd wesentlich stärken können. Ganz ähnliche seröse Ergüsse wie bei den Pleuraempyemen kommen auch, ausser bei eitrigen Lungenherden — Abscess und Gangrän — bei anderen schweren Eiterungen der Nachbarschaft der Pleura vor — bei subphrenischen Abscessen — Leberabscessen. So beschreibt Herhold (Münch. medic. Wochenschrift 1909) einen Fall, indem ein subphrenischer Abscess durch secundären serösen Erguss in Brust- und Bauchhöhle verschleiert wird. Nach all dem Gesagten kann die Diagnose des Empyems, wenn sie auch in den meisten Fällen leicht und sicher zu stellen ist, doch manchmal erhebliche Schwierigkeiten machen.

Noch Einiges über die Therapie des Empyems. Wenn ein Empyem sich selbst überlassen bleibt, so kann es nur in den seltensten Fällen — wohl nur das metapneumonische — resorbiert und dadurch Heilung herbeigeführt werden. In den meisten Fällen führt es durch Entkräftigung zum Tode oder der Eiter bahnt sich selbst seinen Weg nach aussen — sei es durch Perforation in einen Bronchus oder durch die Hautdecken — das sogen. Empyema necessitatis. Es bricht meist in einem Intercostalraum der vorderen Brustwand durch. Heilung wird dadurch häufig nicht herbeigeführt, sondern es entwickelt sich eine Pleurafistel mit ihren deletären Folgen: secundäre Verjauchung des Eiters oder amyloide Entartung der inneren Organe durch langdauernde Eiterung und schliesslich Tod. Bei Perforation des Empyems in einen Bronchus kann es leicht zu jauchigem Pyopneumothorax kommen — obgleich es auch in manchen Fällen nach längerem Aushusten von Eiter zur Heilung kommt. — Die einzige richtige Therapie des Empyems besteht nach der allgemeinen Ansicht in der Entleerung des Eiters. Die Entleerung des Eiters kann auf dreierlei Weise vorgenommen werden 1) durch die Thoracoceutese, 2) die Bülausche Heberdrainage und 3) die Thoracotomie, die typische Empyemoperation mit Rippenresection. Die Thoracocentese kommt nur in Be-

tracht als Palliativmittel — sie darf nur in Frage kommen bei Kranken, auf deren Radicalheilung nicht zu rechnen ist, z. B. bei hoffnungslosen tuberculösen Empyemen, wo nur eine augenblickliche Beseitigung der Gefahr durch Entlastung von dem die Respiration und Circulation behindernden mechanischen Druck anzustreben ist — oder als vorbereitender Eingriff, wenn aus Rücksicht auf den momentanen Kräfteverfall die Radicaloperation nicht ausführbar erscheint und die dringlichsten Symptome beseitigt werden sollen, um unter günstigeren Verhältnissen später radical zu operieren.

Die Bülausche Heberdrainage wird in neuerer Zeit vielfach angewandt und berichten manche Autoren von glänzenden Erfolgen in einem Teil der Fälle, öfter führt sie aber nicht zum Ziel, sodass wegen beständiger Stockung des Eiterabflusses doch noch die Thoracotomie gemacht werden muss. Die Nachbehandlung bei der Heberdrainage ist bedeutend schwieriger, als bei der Thoracotomie und wenn grössere Fibringerinsel vorhanden sind, was bei älteren Empyemen fast immer der Fall ist, so kann durch die Heberdrainage keine genügende Entleerung stattfinden — andererseits ist der Eingriff klein und völlig gefahrlos und umgeht die, bei der Thoracotomie unvermeidliche Entstehung eines Pneumathorax, begünstigt sogar durch permanente Aspiration die Wiederausdehnung der Lunge und Anlegung derselben an die Brustwand (Stintzing — Deutsche Klinik). Zu empfehlen wäre die Heberdrainage wohl nur bei ganz frischen Empyemen, bei denen Absackung und stärkere Eindickung und Gerinselbildung noch nicht zu erwarten sind, besonders dann, wenn der Allgemeinzustand des Kranken die Vermeidung eines grösseren operativen Eingriffes erheischt und vor allem bei doppelseitigen Empyemen, bei denen manche Autoren die Thoracotomie für contraindiciert halten, während andere, z. B. Lejars auch bei derselben die Thoracotomie doppelseitig und gleichzeitig machen oder event. erst eine Seite operieren und die andere punctieren und später, nach einigen Stunden oder Tagen auch die andere Seite operieren (Lejars, Technik dringlicher Operationen). Die meisten Chirurgen ziehen die Thoracotomie überhaupt vor, wenn sie auch die Heberdrainage als brauchbar anerkennen. Absolut contraindiciert ist die Heberdrainage bei alten Empyemen, bei jauchigen Empyemen und bei ungenügender Ueberwachung, z. B. bei unruhigen Kranken, kleinen Kindern. — Heubner allerdings habe ich die Heberdrainage gerade bei Säuglingen empfehlen hören, als den Eingriff, bei dem die überhaupt bei Säuglingen viel schlechtere Prognose etwas aussichtsvoller ist. Die Thoracotomie ohne Rippenresection ist nicht zu empfehlen, da das Drainrohr leicht abgequetscht wird und der Abfluss des Eiters behindert ist.

Die beste Behandlung des Empyems besteht jedenfalls in der von König 1880 empfohlenen Thoracotomie mit Rippenresection. König empfiehlt die Resection der V—VII Rippe in der mittleren oder hinteren Axillarlinie, Schede die Resection der IX—X Rippe auf dem Rücken, nach aussen von den langen Rückenmuskeln, Lejars die Resection der VIII Rippe in der mittleren Axillarlinie, während Küster die Empyemhöhle doppelt, vorn und hinten, an den tiefsten Punkten des Exsudates eröffnet und hinten die Rippenresection macht. Mir scheint die Resection der IX oder X Rippe am Rücken am Besten zu sein, da hier die Abflussbedingungen am günstigsten sind. Die Resection einer tieferen Rippe ist zu widerraten, da eventuell durch das hinaufdrängende Zwerchfell die Oeffnung verlegt und der Abfluss gehindert werden kann. Natürlich sollen mit dem Eiter die Gerinsel entfernt werden, event. digital und bei mehrkammerigen Empyemen die Verklebungen digital gelöst werden. Die Nachbehandlung ist einfach — möglichst seltener Verbandwechsel und Entfernung des Drains erst, sobald die Secretion aufgehört hat. Mit Vorteil habe ich anfangs möglichst dicke und lange, später immer dünnere und kürzere Drains eingelegt. Der Verband muss dick sein und luftdicht abschliessen, dann wirkt er als Ventil und beseitigt rasch den Pneumothorax, indem er bei der Exspiration der Luft zu entweichen gestattet, bei der Inspiration keine Ansaugung erlaubt. Ausspülungen der Pleura sind nicht am Platz, da man die Entwickelung von Adhäsionen zwischen Lunge und Pleura nicht stören soll. Höchstens kann bei der Operation eine Spülung vorgenommen werden, um die Gerinsel besser fortzuschaffen. Eine grosse Hauptsache ist, das Empyem möglichst früh zu operieren — dann wird sich die Lunge am ehesten wieder entfalten und Heilung eintreten.

Zum Schluss erlaube ich mir, Ihnen über einige, von mir im letzten Jahre beobachtete Empyeme zu berichten.

Fall I. Mann, 23 a. n. Am 7/V. 1909 nach Probepunction mit eitrigem Punktat ins Krankenhaus aufgenommen. Seit 8 Monaten krank—vor 8 Monaten constatierte ein Arzt eine Brustfellentzündung—hat sich seitdem weiter nicht behandeln lassen. Seit Beginn der Erkrankung oft Fröste, hochgradige Abmagerung und zunehmende Schwäche. Beim Liegen beständiger Husten mit starker, eitriger Expectoration, sodass er nicht liegen und schlafen kann. Völlige Appetitlosigkeit. Pat. ist ein sehr abgemagertes, anämisches Individuum. Leichte Cyanose des Gesichts. Puls klein, 120. Temp. 38,5. Beim Versuch zu liegen starke Dyspnoe, beständiger Husten und Expectoration grosser Mengen dünnen, eitrigen Sputums. L Lungenbefund normal, R grosses Empyem. Operation in Chloroformnarcose. Resection der IX. Rippe auf dem Rücken. Pleura costalis stark verdickt. Nach Incision derselben entleeren sich reichlich 2 Stof dicken, süsslich riechenden Eiters. Pleurahöhle glatt, keine Verwachsungen, keine Gerinsel. Es werden 2 dicke Gummidrains eingeführt, das eine wird nach 1 Woche ganz entfernt. Puls nach der Operation weniger frequent und von besserer Qualität. Erster Verbandwechsel nach 3 Tagen. Allgemeinbefinden sofort wesentlich besser. Pat. kann liegen, ohne zu husten, expectoriert nur noch wenig schleimigen Sputums. 1 Woche nach der Operation geht Pat. schon hinaus. Am 1. Tage nach der Operation erkrankt Pat. an einer croupösen Pneumonie des rechten Oberlappens—also auf der kranken Seite die sich durch Beginn mit Schüttelfrost, hohes Fieber, rubiginöses Sputum, Dämpfung, Knisterrasseln und Bronchialatmen im rechten Oberlappen documentiert. Am 6. Tag sinkt die Temp. kritisch, an diesem Tage ist Pat. benommen und halluciniert. Seitdem wieder normale Temperatur und Wohlbefinden. Während der Pneumonie keine stärkere Secretion aus der Wunde. Am 17. Tage nach der Operation wird das 2. Drainrohr gekürzt und am 22. Tage ganz entfernt. Am 27. Tage hat sich die Fistel geschlossen und 1 Monat nach der Operation wird Pat. geheilt entlassen beim besten Allgemeinbefinden — er hatte sehr zugenommen. Einige Monate später sah ich Pat. völlig gesund und arbeitsfähig mit normalem Lungenbefund. Bemerkenswert an diesem Fall ist der günstige, schnelle Verlauf trotz der intercurrenten Pneumonie und des wahrscheinlich schon sehr lange bestehenden Empyems.

Fall II. Junges Mädchen, 18 a. n. Seit 4 Wochen krank. Diagnose «Lungenentzündung» von drei Aerzten gestellt. Vor 4 Tagen und schon mehrfach vorher negative Probepunction vom behandelnden Arzt gemacht. Pat. wird am 1/V. 1909 von den Angehörigen ins Krankenhaus gebracht, weil der Zustand immer schlechter wird. Fieber, quälender Husten, Schmerzen im Epigastrium, Stiche in beiden Seiten. Starke Abmagerung, grosse Blässe. Sehr schlechtes Allgemeinbefinden, kleiner, frequenter Puls, beständiges Erbrechen. Rechts grosse Dämpfung, über derselben leises Bronchialatmen. Pectoralfremitus wegen zu leisen Sprechens nicht zu prüfen. Dämpfung resistent. Leber palpabel druckempfindlich. Links hinten oben und ganz unten Schallverkürzung, unten Rasselgeräusche. Temperatur am Morgen 38,8°, am Abend 40,1°. Viel Auswurf, keine Tuberkelbacillen. Probepunction rechts seitlich ergibt Eiter, ebenso am nächsten Tage.

Am 3/V. Operation in Chloroformnarcose. Resection der VII. Rippe in der hinteren Axillarlinie. Beim Oeffnen der Verklebungen der Pleura costal. und pulm. wird eine Abscesshöhle in der Lunge eröffnet, die mit der Pleurahöhle in Verbindung steht. Aus der Pleurahöhle entleert sich viel Eiter und viele Gerinsel, die zum Teil am Boden der Pleurahöhle auf dem Zwerchfell liegen und digital entfernt werden. 2. Drains werden eingeführt. Am Nachmittag unter Beängstigungen starke Hämoptoe. Häufige Verbandwechsel wegen sehr starker Secretion. Beim Verbandwechsel hört man die Luft aus der Lunge pfeifen. Das Allgemeinbefinden bessert sich

unter starken Schwankungen nur ganz allmählich, die Stiche in den Seiten bestehen noch lange, ebenso unregelmässiges Fieber. Erst 5 Wochen nach der Operation sinkt die Temperatur entgültig zur Norm. Am 13. Tage nach der Operation wird das eine Drainrohr entfernt und am 27. das andere, trotzdem die Temperatur noch erhöht war. In der Umgebung der Operationswunde war noch immer Rasseln zu hören, ebenso auf der anderen Seite unten, sodass ich die erhöhte Temperatur auf die Lungen beziehen zu dürfen glaubte. 8 Tage lang wurde noch ein Gazestreifen eingeführt. 7 Wochen nach der Operation wurde Pat. bedeutend gekräftigt mit normaler Temperatur und normalem Lungenbefund entlassen.

Fall III. Mann, 45 a. n. Am 7/IX. 1909 ins Krankenhaus aufgenommen. Gibt an, seit 2 Wochen zu fiebern. Die Frau soll Typhusreconvalescentin sein. Seit 1 Tage Stiche in der rechten Seite. In den nächsten Tagen wird das Sputum rostfarben und es entwickelt sich rechts hinten unten eine Dämpfung mit feinblasigem Rasseln und abgeschwächtem Atmen — also Pneumonie—Exsudat. R seitlich hört man in den nächsten Tagen etwas Reiben—die Dämpfung und das Rasseln nehmen allmählich an Umfang zu, das Atmen ist leise, bronchial. Eine Probepunction am 14. Tage nach der Aufnahme ergibt bräunliches, seröses, leicht getrübtes Exsudat. Auch links hinten unten zeigt sich in einem kleinen Bezirk etwas Rasseln und Bronchialatmen. Eine zweite Probepunction am 22. Tage ergibt wieder seröses Exsudat, zugleich lassen sich das Rauchfussache und Gerlandsche Dreieck deutlich percutorisch nachweisen, dabei ist das Bronchialatmen im Gerlandschen Dreieck rechts von der Wirbelsäule so laut, wie das Atmen links von der Wirbelsäule, im Gegensatz zu dem stark abgeschwächten Atmen weiter nach rechts. Es besteht andauernd remittierendes Fieber — am Abend häufig über 39°, am Morgen oft unter 38°. Im Sputum keine Tuberkelbacillen. So geht es fort, bis ich am 34. Tage nach der Aufnahme wieder eine Probepunction mache, die dicken Eiter ergibt. 3 Tage vorher war 1 mal ein Schüttelfrost aufgetreten. Am Tage darauf, also 5 Wochen nach Aufnahme ins Krankenhaus Operation in Chloroformnarcose. Resection der V. Rippe in der mittleren Axillarlinie. Es entleert sich viel Eiter und massenhaft Gerinsel bis zu Faustgrösse, die zum Teil digital entfernt werden. In den ersten Wochen muss wegen sehr starker Secretion fast täglich verbunden werden. Die Temperatur sinkt bald nach der Operation zur Norm. 4 Wochen nach der Operation wird Pat. in ambulante Behandlung entlassen. — Das Drainrohr war zu früh entfernt worden, daher wurde die Wunde nach alle paar Tage beim Verbandwechsel mit 1 Kornzange geöffnet und gedehnt — es entleerte sich jedes Mal noch etwas Eiter. Nach weiteren 14 Tagen fuhr Pat. fort. Ob Pat. mit einem Typhus ins Krankenhaus kam, konnte ich nicht entscheiden — manches sprach dafür. Jedenfalls trat eine Pneumonie und zugleich eine exsudative Pleuritis auf, aus der sich ein Empyem entwickelte. Wie richtig die Probepunction ist, zeigt dieser Fall. Die Bülausche Heberdrainage hätte in diesem Falle wegen der massenhaften Gerinsel völlig versagt, ebenso auch im vorigen.

Fall IV. Mann, 40 a. n. Aufnahme ins Krankenhaus am 2/IX. 1909. 6. Krankheitstag — plötzlich erkrankt mit Stichen in der linken Brusthälfte, Atemnot und Fieber. Es bestehen Dyspnoe und Cyanose und die Erscheinungen einer Unterlappenpneumonie links — Dämpfung, Bronchialatmen und Knisterrasseln bei undeutlichem Pectoralfremitus. In den nächsten Tagen nimmt die Dyspnoe zu, Pat. wird sehr unruhig, die Dämpfung und das Bronchialatmen breiten sich fast über die ganze linke Brusthälfte aus, das Sputum ist nicht mehr rubiginös, wie bisher. Am 5. Tage nach der Aufnahme verschlimmert sich der Zustand plötzlich, die Dyspnoe nimmt noch zu, starke Schweisse und zeitweise unaufhörlicher Husten, wobei grosse Mengen dickflüssigen, süsslich faderiechenden Eiters (3 Glas in wenigen Stunden) expectoriert werden. Dabei sind Dämpfung und Bronchialatmen vorn und hinten plötzlich verschwunden—seitlich ist der Schall leicht tympanitisch — an einzelnen Stellen ist leises Vesiculäratmen und Rasseln zu hören. Nur hinten oben besteht Dämpfung. Am nächsten Tage hat sich der Zustand noch verschlimmert — der Puls ist sehr frequent und klein, durch heftige Hustenanfälle wird massenhaft flüssiger, stinkender Eiter expectoriert. Hinten unten ist wieder Dämpfung und leises Atmen aufgetreten — seitlich und vorn besteht leises Bronchialatmen bei helltympanitischem Schall. Pat. wird von der Frau plötzlich aus dem Krankenhause genommen und ist zu Hause nach wenigen Tagen gestorben. Ein College, der noch hingeholt wurde, soll geäussert haben, «wenn er früher gerufen wäre, hätte er ihn durch eine Operation gerettet». Infolge des äusserst schlechten Allgemeinbefindens und der Unruhe des Pat. konnte ich nun schwer untersuchen. Jedenfalls glaube ich, dass ich durch eine Probepunction eher zu einer richtigen Diagnose gekommen wäre und handelt es sich meiner Meinung nach in diesem Fall um ein metapneumonisches Empyem mit Durchbruch in einen Bronchus und consecutivem Pyopneumothorax mit rapidem Verlauf. Leider konnte ich die Probepunction nicht mehr ausführen, da Pat. so plötzlich das Krankenhaus verliess.

Fall V. Frau, 57 a. n. Ich sah Pat., nachdem sie 2 Monate krank gelegen hatte. Anfangs hatte ein College sie besucht und eine Pneumonie diagnosticiert. Pat. klagte über Husten mit Auswurf, Schweisse, Fieber, Abmagerung und Appetitlosigkeit. Temperatur 38. Links vorn unterhalb der Clavicula bis zur mittleren Axillarlinie Dämpfung, Bronchialatmen, abgeschwächter Pectoralfremitus, kein Rasseln. Eine Probepunction konnte ich nicht machen und liess die Diagnose in dubio — ob Tuberculose, Lungenabscess oder Empyem. Nach 6 Wochen wurde ich wieder zur Pat. geholt — sie hatte seit ca. 1 Woche links vorn oberhalb des Rippenbogens im letzten ICR eine fingerdicke Fistel und nebenbei noch eine dünnere, durch die die Luft ein und ausstrich. Es hatte sich plötzlich eine grosse Menge Eiter entleert. Die Lunge atmete gut, nur in der Umgebung der Fistel etwas Rasseln. Ich ordnete einen sterilen Schutzverband an. Pat. ist völlig genesen, die Fistel hat sich geschlossen. Es handelte sich hier um ein abgekapseltes metapneumonisches Empyem, das perforiert war und so Heilung herbeiführte.

Bücherbesprechungen.

Dr. Ernst **Ringier**: Leiden und Freuden eines Landarztes. Verlag von Huber & C•ie in Frauenfeld. 1909. Preis geb. M. 3.

Nachdem Verf. fast vierzig Jahre die Freuden und Leiden der ärztlichen Landpraxis in schöner schweizer Landgegend gekostet hatte, war es ihm ein Bedürfnis, die markantesten Erinnerungsbilder aus derselben zu fixiren und den Mitmenschen zur Belehrung zu hinterlassen. In diesem selbstbiographischen Werkchen führt Verf. uns so manche interessante Momente vor aus seinem Werdegang als Landarzt, und gerade die Periode der ersten ärztlichen Betätigung entbehrt nicht eines gewissen historischen Interesses, da in derselben so manche Streiflichter auf die ärztliche Beteiligung am deutsch-französischen Kriege geschildert werden.

Das Büchlein liest sich leicht und fesselnd und wird nicht nur Medicinern sondern auch dem Laienpublikum empfohlen werden können.

Hecker.

Dr. Wolfgang **Siegel**. Therapeutisches Taschenbuch der Lungenkrankheiten. Berlin 1910. Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld. 192 Seiten.

Nach dem Muster der bereits im gleichen Verlag erschienenen Taschenbücher ist auch das vorliegende herausgegeben. Die Zusammenstellung ist kurz und doch eingehend und höchst übersichtlich gemacht. Mit guter Kritik ist das für die Praxis verwendbare aufgenommen und die medikamentöse Therapie mit einer reichhaltigen Sammlung Recepten versehen worden. Dem praktischen Arzt ist das Buch aufs beste zu empfehlen.

Holzinger.

L. **Jankau**: Taschenbuch für Kinderärzte. Dritte umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage. Verlag von Max Gelsdorf. Eberswalde b. Berlin 1909. Preis gebunden 6 Mark.

Das kürzlich erschienene Taschenbuch für Kinderärzte, in knapper übersichtlicher Form abgefasst, eignet sich ganz vorzüglich dazu, den allgemeinen Praktiker über das meiste ihn im gegebenen pädiatrischen Fall interessierende zu orientieren. Ganz enorm inhaltsreich ist dieses Taschenbüchlein und zeugt von ganz colossalem Fleiss des Verfassers, der in allen möglichen Quellen, die vorn vor dem Text angegeben werden, gesucht und aus ihnen den Stoff zu seinem Werk zusammengetragen hat.

Hecker.

S. **Hammerschlag**: Lehrbuch der operativen Geburtshilfe. Leipzig. Verlag von S. Hirzel. 498 Seiten. Preis M. 16.

Das Lehrbuch vertritt in erster Linie den Standpunkt der Olshausen-Winterschen Schule. Zuerst wird die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft besprochen: die dazu führenden Indicationen, sowie die Technik der Ausführung. Dann folgen die dilatierenden, beckenerweiternden und entbindenden Operationen, wie Zange, Wendung, Perforation, dann der Kaiserschnitt, endlich die Operationen der Nachgeburtsperiode, die Behandlung der Blutungen bei Cervixriss,

Uterusruptur und vorzeitige Placentarlösung, die Eclampsie und das enge Becken. Durch die Zusammenfassung der Erfahrungen der letzten Jahre gewinnen besonders die Capitel über Hebosteotomie und den Kaiserschnitt an Interesse. Die Methoden der Hebosteotomie nach Bumm und Döderlein werden besprochen und an einigen Abbildungen illustriert. H. bevorzugt die subcutane Hebosteotomie, weil das offene Verfahren eine grössere Mortalität gibt und häufiger von späteren Störungen begleitet ist. H. zählt unter 77 offenen Hebosteotomien 10,4 pCt. Todesfälle. Zu den Gefahren sind Hämatome (19,8 pCt.) mit der Gefahr der Thrombenbildung oder Vereiterung, Blasen und Urethraverletzungen (circa 10 pCt.) zu rechnen, woraus zu ersehen ist, dass die Hebosteotomie keine so indifferente Operation ist, wie sie anfänglich hingestellt wurde. Das Capitel über den Kaiserschnitt bringt all die neuen Modificationen aus den letzten Jahren (Sellheim, Franck, Latzko etc). Endlich wäre noch der Schilderung der Handhabung des Momburgschen Schlauches mit einer vorzüglichen Abbildung zu erwähnen. Letztere sind überhaupt sehr illustrativ, elegant ausgeführt und dienen wesentlich zum Verständnis des Textes; im Ganzen gibt es 191 Abbildungen. Das Buch ist übersichtlich angeordnet und hübsch geschrieben, enthält eine Reihe von Krankengeschichten und kann jedem Fachmann, speciell wegen der übersichtlichen Zusammenfassung der Errungenschaften der letzten Jahre, aufs Wärmste empfohlen werden.

Lingen.

II. kurländische Aerztetag in Libau.

(Vom 28.—30. Mai 1910).

I. Sitzung

am 28. Mai 1910 von 10—1 Uhr.

A. Eröffnung und Begrüssung.

1. Der Vorsitzende, Dr. Zoepffel eröffnet den II. kurländischen Aerztetag mit folgender Begrüssungsrede:

Meine Herren!

Als vor nunmehr 2 Jahren Libau als Ort des II. kurl. Aerztetages festgesetzt wurde, hegte ich, aufrichtig gestanden, einige Befürchtungen in Bezug auf das Gelingen desselben, denn Libau liegt leider so weit von den Centren unserer engeren Heimat entfernt, dass es für das Gros der Collegen ein wahrer Entschluss ist, die weite Fahrt hierher zu unternehmen. Wenn doch so Viele gekommen sind und vielleicht noch kommen werden, so können wir das nur dem zuschreiben, dass unsere Aerztetage allmählich im Laufe der Jahre ein integrierendes Moment im Leben der baltischen Collegen geworden sind. Wir können sie eben einfach nicht mehr entbehren: bieten sie doch uns, namentlich den auf dem Lande practicierenden Aerzten, reiche Anregung und Belehrung, geben sie uns doch auch Gelegenheit, wenigstens von Zeit zu Zeit mit Freunden und Collegen unseren schweren dornenvollen Beruf zu vergessen und uns etwas «auszuspannen», gewähren sie uns auch die Möglichkeit, Anstoss zu sanitären Reformen zu geben und mitzuhelfen am Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens! Wenn wir Kurländer ja leider nicht so bald in der Lage sein dürften, dem Beispiele Estlands folgen zu können, wo die Sanitätsreform auf dem Lande bereits höchst erfreuliche Resultate gezeitigt hat, so liegt das m. E. nicht an uns, sondern an von uns unabhängigen Verhältnissen, die hier weiter auszuführen inopportun wäre.

Zum zweiten Mal versammeln wir, Aerzte Kurlands, uns, um in gemeinsamer Arbeit zum Heile unserer Patienten unsere Kenntnisse zu erweitern und zu vertiefen, um zum Wohle unserer teueren Heimat allgemeine sanitäre Fragen, die das ganze Land tangieren, zu besprechen und zu fördern und nicht zuletzt auch, um in regem persönlichen Verkehr neue Beziehungen anzuknüpfen und bereits bestehende zu pflegen.

Als vor 2 Jahren der damalige Vorsitzende die Hoffnung aussprach, dass die Leistungen unserer Aerztetage stets die Erwartungen übertreffen möchten, konnte er bereits mit Genugtuung auf den so überaus befriedigenden Verlauf des I. kurl. Aerztetages zurückblicken. So möchte ich mich denn auch heute seinem Wunsche von Herzen anschliessen: vivat sequens!

M. H. Seit unserer letzten Zusammenkunft in Mitau haben wir eine grosse Freude gehabt, aber auch Trauriges erlebt. Mit aufrichtiger Freude haben wir im vorigen Jahre endlich zu Stande kommen sehen, was bereits vor 22 Jahren der Zeiten Ungunst verhindert hat, den I. baltischen Aerzte-Congress! Nun, m. H., eine stattliche Anzahl von Ihnen hat ihn ja besucht und es freudig miterlebt, in welch glänzender Weise er verlief.

Aber auch an Trauriges habe ich Sie zu erinnern: nicht weniger denn drei liebe Freunde und Collegen, die mit uns vor 2 Jahren den I. kurl. Aerztetag besuchten, sind uns durch den Tod entrissen worden: Leo Baron v. d. Osten-Sacken, Carl Bock und Paul Lieven.

Was sie den Ihrigen, ihren Freunden und Bekannten, ihren Collegen und ihren Patienten gewesen sind, ist wohl schon von berufenerer Seite ausgesprochen worden; heute bitte ich Sie, einem alten guten Brauche zu folgen und sich zu ihrem Gedenken von Ihren Sitzen zu erheben. — Und nun, meine Herren, lassen Sie uns an die Arbeit gehen: wir haben ein stattliches Pensum zu erledigen!

Indem ich hiermit als Präses der Kurländischen Aerzte-Gesellschaft den II. Kurl. Aerztetag eröffne, heisse ich Sie Alle herzlichst willkommen!

2. Folgende Gesellschaften und Vereine überbringen der kurländischen Gesellschaft zu ihrem II. Aerztetag die besten Glückwünsche.
   a) Dr. von Bergmann-Riga im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte;
   b) Dr. Greiffenhagen-Reval im Namen der Gesellschaft estländischer Aerzte;
   c) Dr. Heumann-Libau im Namen der Aerzte des Kriegshafens Alexander III in Libau, zugleich mit einer Aufforderung, am 30. Mai den Kriegshafen zu besichtigen;
   d) Dr. Brehm-Libau im Namen des Vereins der praktischen Aerzte zu Libau;
   e) Dr. Raphael-Mitau, Gehilfe des Medicinalinspectors von Kurland, im Namen der kurl. Medicinalverwaltung.
   f) Dr. Tantzscher-Mitau im Namen des Vereins praktischer Aerzte zu Mitau;
   g) Dr. Sadikoff-Talsen im Namen des nordkurländischen Aerztevereins.
3. Der Vorsitzende dankt oben genannten Gesellschaften und Vereinen für ihr freundliches Interesse am Gedeihen der kurländischen Aerztegesellschaft.
4. Es sind folgende Glückwunschtelegramme und Briefe eingelaufen. Von
   a) Prof. Dehio-Dorpat (Brief);
   b) Dr. Kupffer-Kunda (Brief);
   c) Dr. Kondidow-Mitau, Med. Inspector;
   d) Dr. Bergmann und Hildebrand-Irkutsk;
   e) Dr. Treu und Behr-Stackeln;
   f) der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga Präs. Dr. Klemm und Secr. Dr. Brutzer;
   g) der Dorpater Med. Gesellschaft;
   h) Libauer Marine-Medicinalinspector Romischewsky;
   i) Dr. Hildebrand-Mitau;
   k) Dr. Brennscher-Riga.

B. Geschäftliche Sitzung.

1. Es wird der Rechenschaftsbericht des Kassenführers des I. kurl. Aerztetages, Dr. Spehlmann-Mitau verlesen.

Einnahmen.

1907.	R.	K.
13. Dec. Hochfeld, v. Sacken, Unverhau, Tantzscher u. Spehlmann à 5 Rbl.	30	—
20. Dec. Dieselben Aerzte zu 5 Rbl. zu Gründungszwecken eingezahlt.	30	—
1908.		
10.—12. Mai. 78 Mitgliedsbeiträge	390	—
1909.		
7. Jan. Zur Deckung des Deficits im Betrage von 64 Rbl. 34 Kop. von 12 Mitauer Collegen à 3 Rbl. (Unverhau, Steinfeld, v. Grot, Hochfeld, Hildebrand, Spehlmann, Bidder, Otto, Tantzscher, Stieda, Becker, Hateisel)	36	—
25. Juni. Erhalten aus Libau durch V. Zoepffel	28	34
	514	34

Ausgaben.

1907.	R.	K.
15. Nov. Notarius Proktor	3	75
23. Nov. 4 Stempelmarken	3	—
Publicationen in der Gouv.-Ztg.	5	—
Russ. Uebersetzung d. Satzungen	3	—
Abschriften	2	—

1908.	R.	K.
2. Jan. Kanzleigebühren	5	75
15. Jan. Druck von 200 Exempl.	17	75
7. Feb. Abschriften	5	80
29. April. Protokoll- und Personalbuch	4	70
Ausgaben für den Aerztetag.		
9. Mai. Schmückung des Sitzungssaales	22	50
20. Mai. Dem Vorsitzenden laut Rechnung für Telegr. etc.	20	92
Garderobe und Trinkgelder	3	60
20. Mai. Zurückerstattet die Auslagen den 5 Aerzten (cf. Einnahmen)	60	—
21. Mai. Drucksachen	28	—
21. Mai. Grussstempel, Schreibmat.	6	71
9. Dec. Dr. Sadikoff Reiseunkosten nach Reval	40	—
6. Juni. Postporto, Papier.	1	67
1909.		
10. Jan. Druckkosten der Protokolle des I. Aerztetages mit Porto	270	75
Postporto f. Versenden der Protokolle, Austragen ders. in Mitau für recom. Briefe	9	44
	514	34
Somit ergiebt sich ein Deficit von	64	34

2. Der Rechenschaftsbericht wird in Ordnung befunden und beschlossen das Deficit von 64 Rbl. 34 Kop. von den Einnahmen des II. Aerztetages zu decken, da ein grosser Teil der Ausgaben, im Druck der Satzungen, etc. nicht nur dem I. Aerztetag zu gute gekommen ist.
3. Als Ort des III. Aerztetages wird Mitau bestimmt, als Zeit der Mai 1911 in Aussicht genommen.
4. Der Vorstand proponiert die Satzungen dahin zu ändern, dass der kurl. Aerztetag fortan ein offener sein soll ohne Unterscheidung von Mitgliedern und Teilnehmern. Die diesbezüglichen näheren Vorschläge soll der Vorstand des III. Aerztetages ausarbeiten und zur Begutachtung im nächsten Jahr der Gesellschaft vorlegen.
5. Es wird der Vorstand des III. Aerztetages gewählt. Das Resultat ist:
   a) Vorsitzender Hildebrand-Mitau;
   b) Stellv. Vorsitzender Brehm-Libau;
   c) I. Schriftführer Tantzscher-Mitau;
   d) II. » Heinrichsen-Kandau;
   e) Kassenführer Spehlmann-Mitau.
6. Es fordert der Stadtverordnete Dr. Waeber die Collegen auf die städtische Badeanstalt zu besuchen um 5 Uhr abends am 18. Mai.
7. Dr. Goldberg-Libau fordert die Collegen zur Besichtigung des Stadtkrankenhauses zum 29. Mai um 7 Uhr abends auf.
8. Eingelaufene Schriften:
   a) Biographisches Album des Vereins St. Petersburger Aerzte (1859—1909).
   b) Bericht über die Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte 1884—1909).

Der Vorsitzende wird beauftragt dem Verein der St. Petersburger Aerzte den Dank der Gesellschaft auszusprechen.

9. Der Vorsitzende teilt mit, dass die Stadt Libau die versammelten Aerzte zu einem Rout im Stadthaus am Abend des 28. Mai auffordere.

C. Wissenschaftliche Sitzung.

I. Dr. Sadikoff-Talsen hält seinen Vortrag: Die Bekämpfung der Lepra in Kurland im Jahre 1909. (Erschienen in Nr. 29 der St. P. med. W.).

Discussion:

1. Zoepffel constatiert mit Bedauern die augenblickliche trostlose Lage der Lepravereine, meint, dass nur dann eine Aussicht auf Erfolg zu erwarten sei, wenn die Fürsorge für die Leprösen aus den Händen der Privat-Initiative auf die Regierungs-Institutionen übergehen würde. Er sieht darin auch eine der vornehmsten Aufgaben der Aerztetage, immer und immer wieder die Regierung darauf hinzuweisen, dass es doch Pflicht sei, gegen die Verbreitung der Lepra energische Massnahmen zu ergreifen und für die unglücklichen Leprösen zu sorgen.

2. Sadikoff: Wie Prof. Petersen-St. Petersburg in Bergen mitteilte, so wäre die Absicht vorhanden die Reichsduma zu veranlassen, zu bestimmen den Unterhalt der Leprosorien durch den Staat zu machen. Die Petersburger Leprosorien sind pecuniär ebenso schlimm daran, wie wir in Kurland.

3. v. Bergmann ist gegen den Ausspruch Hansens von der Heilbarkeit der Lepra, da derselbe irreführend sei und zu einem Nachlass in der Controlle führe. Gewiss gehen lepröse Erscheinungen zurück, es bleiben Erscheinungen der l. nerv. nach, auch diese flauen ab, aber plötzlich kann irgend ein Leprom auftreten, welches die Uebertragung vermittelt. Es gibt Fälle, bei denen die tuberösen Erscheinungen restlos schwinden, sodass der Pat. auch vor Aerzten und Specialisten für gesund erklärt wird und doch tritt nach 3—4 und sogar mehr Jahren die Lepra wieder in Erscheinung, und zwar mit schweren tuberösen Erscheinungen.

4. Raphael: Die Frage der Heilbarkeit und Unheilbarkeit der Lepra, wie sie Herr Dr. v. Bergmann eben berührt hat, hat auf dem Congress in Bergen auch in seinem Sinne eine Beantwortung gefunden. Ein Leprakranker, der gegen 20 Jahre hindurch keine leprösen Erscheinungen mehr bot und dann starb, wurde seciert. In seinen Leistendrüsen fanden sich zahlreiche Bacillen. Die Drüsen geben offenbar das Depôt für eine spätere Exacerbation ab. — Was die staatliche Unterstützung der Leprösen betrifft, so bin ich in der Lage mitzuteilen, dass dieselbe von 100 auf 150 R. pro Kranken erhöht werden soll. Die Beaufsichtigung der Leprösen soll durch einen anzustellenden Gouvernementssanitätsarzt bewerkstelligt werden. Beide Fragen harren der Entscheidung durch die Obermedicinalbehörde resp. den Finanzminister und werden wohl in positivem Sinn in nächster Zeit entschieden werden. Zu der von mir fertig gestellten Arbeit, die namentliche Registrierung der Leprösen betreffend, erbitte ich die Mitarbeit der Collegen durch Richtigstellung von Irrtümern, resp. Zusätzen.

II. Dr. Christiani-Libau verliest seinen Bericht über die getroffenen Massnahmen zur Bekämpfung des Carcinoms. Der Bericht weist hin auf Prof. Winters Bemühungen und Erfolge auf diesem Gebiet und erhofft auch für unsere Provinzen einen wesentlichen Fortschritt in dieser Sache. Zugleich liegt der Aufruf der gynäkologischen Section des baltischen Aerztecongresses zur Verteilung aus.

Es sei an dieser Stelle der Aufruf noch einmal abgedruckt um ihn der Gefahr des Verlorengehens zu entreissen.

An die

Aerzte Liv-, Est- und Kurlands.

Hochgeehrter Herr College!

Auf dem im August 1909 in Dorpat tagenden Baltischen Aerztecongress wurden in der Sitzung der gynäkologischen Section Erfahrungen über das Uteruscarcinom aus Estland und Livland mitgeteilt.

Es wurde dargelegt, dass in beiden Provinzen sich die Kranken fast ausnahmslos an fachmännische Hilfe in einem so vorgeschrittenen Stadium wenden, dass die Operation nicht mehr ausführbar ist, oder — selbst bei weitgehendster Ausräumung alles Erkrankten—nur geringe Aussichten für eine Dauerheilung erwarten lässt.

Da nach den bisherigen Ergebnissen der Wissenschaft nur eine möglichst frühzeitig ausgeführte Operation, im Stadium, wo das Carcinom noch ein rein örtliches Leiden darstellt, die Aussicht gibt, die Patienten dauernd zu heilen, so müssen diejenigen Momente weggeschafft werden, welche jene verhängnisvolle Erscheinung verschulden, dass die Frauen sich so spät dem Arzte vorstellen.

Als Ursachen des so späten Consultierens der Kranken fanden sich:

1) Absolute Unkenntnis der Frauen selbst über die Anfangserscheinungen eines Krebsleidens.
2) Der Umstand, dass von den zuerst consultierten Hebammen, Hausärzten resp. nicht Fachcollegen, die Beschwerden der Kranken als Erscheinungen des beginnenden Climacteriums gedeutet wurden und die Frauen ohne exacte Diagnosenstellung, oft sogar ohne vorgenommene innere Untersuchung mit Medicamenten verschiedenster Art lange Zeit behandelt wurden, wodurch der für eine operative Behandlung günstigste Zeitpunkt verloren ging.
3) Dass ein wenn auch sehr kleiner Teil von Carcinomen erst Erscheinungen macht, wenn er schon längst vom Uterus auf die benachbarten Organe resp. Gewebe übergegangen ist.

Es beschloss daher die gynäkologische Section des Baltischen Aerztecongresses, den von Prof. Winter-Königsberg mustergültig vorgezeichneten Weg zu betreten und sich:

1) aufklärend über die ersten Krebssymptome durch einen Aufruf in der Tagespresse aller Landessprachen direct an die Frauenwelt und an die Hebammen zu wenden;
2) eine kurze Zusammenstellung der Symptomatologie und Diagnose des Gebärmutterkrebses den Aerzten aller drei Provinzen zugehen zu lassen;
3) ein kurzgefasstes Flugblatt über die Symptome des Uteruscarcinoms auf dem Lande zu verteilen.

Die gynäkologische Section des Baltischen Aerztecongresses wendet sich daher im Interesse der guten Sache, welche eine Besserung der Heilresultate in unseren Landen erstrebt, an Sie, hochgeehrter Herr College, mit der Bitte, beifolgenden

kleinen Aufsatz, der unter Zugrundelegung der Arbeit Prof. Winters — oft unter wörtlicher Benutzung derselben, wie auch der Aufrufe der Fränkischen, Leipziger und Dresdener Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe — entstanden ist, «mit Musse» durchzulesen. Sie zweifelt nicht daran, dass durch die darin motivierten Vorschläge mancher Kranken, welche sonst unrettbar verloren wäre, das Leben wird erhalten werden können. Hochachtungsvoll die gynäkologische Section des Baltischen Aerztecongresses.

Symptomatologie und Diagnose des Gebärmutterkrebses.

Von den Gynäkologen aller Länder ist der «absolut sichere Beweis» erbracht, dass der Gebärmutterkrebs im Frühstadium dauernd geheilt werden kann und länger ein rein örtliches Leiden bleibt, als die an anderen Organen (Mamma, Darm etc.) auftretenden Carcinome. Hinzu kommt noch, dass das Carcinom des Uterus früher als andere sich durch verschiedene später anzuführende Erscheinungen bemerkbar macht, welche bei richtiger Berücksichtigung uns Aerzten eine Diagnose im Frühstadium ermöglichen.

Es ist daher dringend von allen practischen Aerzten, Hausärzten etc. zu fordern, dass sie ihre Aufmerksamkeit auf die Erkenntnis des Gebärmutterkrebses in den ersten Stadien vergrössern, um, falls sie selbst nicht operieren sollten, die Frauen in diesem Stadium der Erkrankung zur Operation einer Klinik oder einem operierenden Frauenarzt zuzusenden.

Die Gründe, warum so viele krebskranke Frauen zu spät für eine radicale Operation und Heilung kommen, sind schon in der Einleitung gestreift worden. Sie seien hier der Vollständigkeit wegen nochmals wiederholt.

Nach den mustergültigen Arbeiten Prof. Winters, denen sich die gleichen Erfahrungen aus ganz Deutschland, Oesterreich und die bei uns gesammelten anschliessen, sind die Ursachen in folgendem zu suchen:

1) Ein sehr kleiner Teil von Uteruskrebsen macht erst Symptome, wenn er schon weit auf die Nachbarschaft übergegriffen hat.
2) Eine beträchtlichere Zahl wird dadurch verschleppt, dass die erstconsultierten Aerzte die Frauen lange — oft ohne vorgenommene, innere Untersuchung, geschweige denn auf Grund einer mikroskopisch gestellten Diagnose — nur symptomatisch behandeln.
3) Die Hebammen, welche bei vielen Frauen, lange bevor sie sich an einen Arzt wenden, die erste Instanz zum Ratholen bilden, verschleppen fast ausnahmslos die Carcinomfälle.
4) Die grösste Zahl von Verschleppungen geschieht durch eigene Verschuldung der Frauen, die meist über die Erstsymptome eines Krebsleidens vollständig unwissend sind, sie für Erscheinungen der beginnenden Climax halten und sich meist Rat einholen, wenn das Carcinom schon den Charakter des localen Leidens verloren hat.

Uns interessiert hier vor allem die Gruppe 2 der Verschleppungen, weil nach den Untersuchungen Winters etwas mehr als die Hälfte der krebskranken Frauen sich zuerst an die Hausärzte oder practisch tätigen Aerzte wendet, somit von deren richtigem Verhalten das Wohl der Frauen abhängt. Kenntnis der Frühsymptome ist also für diese unbedingt erforderlich und sei hiermit auf folgende Erscheinungen hingewiesen:

I. Symptomatologie.

1) «Blutabgänge bei älteren Frauen, nachdem die Regel vielleicht einige Monate oder länger ausgeblieben, also nach eingetretener Menopause, sind als pathognostisch für Carcinom, zu bezeichnen.»

2) «Sehr verdächtig ist blutig-wässriger sog. fleischwasserähnlicher Ausfluss aus der Vagina, der meistens durch oberflächlich exulcerierte Carcinomata entsteht und durch Carcinome der Corpuschleimhaut.»

3) «Verdächtig sind:

a. übelriechender Ausfluss;
b. Blutabgänge — auch wenn nur in Spuren — nach dem Beischlaf;
c. unregelmässige, nicht an den Typus der Menstruation gebundene Blutabgänge. Hier muss natürlich hinzugefügt werden, dass keineswegs alle unregelmässigen Blutungen durch einen Gebärmutterkrebs bedingt werden, sondern auch viele andere Krankheiten unregelmässige Genitalblutungen verschulden können. Andererseits braucht ein relativ jüngeres Alter der Patientin ein Carcinom nicht auszuschliessen.»

4) «Schmerzen kommen im Anfangsstadium fast nie vor. Sollten sie vorhanden sein, so deutet das immer auf einen weit vorgeschrittenen Krebs».

II. Diagnose.

Sind die obenangeführten Symptome vorhanden, so muss unbedingt eine sofortige innere Untersuchung verlangt werden, wobei Prof. Winter es für berechtigt erklärt, bei Kranken, welche sich einer Untersuchung entziehen wollen, auf die Möglichkeit eines Krebses hinzuweisen, um hierdurch die Exploration zu erzwingen.

«Die innere Untersuchung ist selbstverständlich die Grundlage des richtigen Verhaltens der Aerzte. Ohne sie keine Diagnose und keine Operation!»

«Von den Frauen, welche in die Königsberger Klinik aus den Händen der Aerzte kamen, welche sofort innerlich untersucht hatten, waren 54% operabel und von den Kranken derjenigen Aerzte, die nicht untersucht hatten, waren nur 38% operabel.»

Dass die Unterlassung der Untersuchung, dieses ersten Schrittes zur Diagnose, vielen Frauen das Leben kostet, ist damit bewiesen.

«Die Diagnose des Krebses ist im allgemeinen leicht in dem Stadium, in welchem er bisher dem Aerzte zu Gesicht zu kommen pflegte, wenn aber mit zunehmender Bildung und abnehmender Indolenz des Publikums die Frau in Zukunft schon bei den ersten Symptomen der Arzt aufsuchen wird, dann wird seine Aufgabe viel schwieriger und verantwortungsvoller werden als bisher.»

«Es sei daher kurz auf das Aussehen beginnender Carcinome der Portio eingegangen, wobei auf die Beschreibung des Befundes bei Palpation und Inspection grosser knolliger, blutender Auswüchse der Portio oder der verhärteten tiefen Krater, als allgemein bekannt, verzichtet werden kann.»

A. Höchstverdächtig für ein Carcinom der Portio im Frühstadium ist folgender Befund:

1) «Ein Geschwür, welches bei Berührung mit dem Finger leicht blutet und von scharfen Rändern umsäumt ist.»
2) «Bröckel, die man mit dem Fingernagel oder einem scharfen Löffel abschaben kann, was bei Erosionen in der Regel nicht gelingt.»
3) «Ein hartes, aber noch nicht geschwürig zerfallenes Knötchen, das tief ins Gewebe der Portio hineinreicht, beim Anstechen aber mit dem Scarificateur keinen Schleim entleert, also kein Follikel ist.»

Alle diese angeführten Befunde können das allererste Stadium des Krebses darstellen und bei Untersuchung mit unbewaffnetem Auge leicht verwechselt werden. Es ist daher die Excision derartiger Knötchen oder eines Stückes aus dem verdächtigen Geschwür, wie das Ausschaben solcher Bröckel und deren mikroskopische Untersuchung nicht mehr zu entbehren. Erst die mikroskopische Untersuchung gewährt uns eine sichere Diagnose im ersten Stadium des Carcinoms.

B. Carcinome des Collum und des Corpus uteri. «Falls sich die früher geschilderten, verdächtigen Symptome von Blutabgängen in der Menopause etc. etc. vorliegen, an der Portio vaginalis uteri sich aber nichts Krankhaftes vorfindet, so deutet dieser Befund auf einen bestehenden Krebs der Cervix oder des Corpus uteri. Es ist eine bekannte Tatsache, dass die Carcinome des Gebärmutterkörpers leicht übersehen werden, weil meistens die von ihnen hervorgerufenen Erscheinungen weniger augenfällig sind und sie doch häufiger vorkommen — auf 7 Collumkrebse ein Corpuscarcinom — als man früher anzunehmen geneigt war.»

«Diese Carcinome lassen sich in den frühen, noch für die Operation geeigneten Stadien nur dadurch diagnostizieren, dass man durch die sog. Probeausschabung Gewebsteile hervorholt und diese mikroskopisch untersucht.»

(Fortsetzung folgt.)

Freie Vereinigung für Mikrobiologie.

4. Tagung vom 19.—21. Mai 1910 im Kgl. Institut für Infectionskrankheiten in Berlin.

2. Tag.

Vorsitzende: Pfeiffer, Kraus.

Vor der Tagesordnung Nachtrag zur Discussion über Anaphylaxie: Friedberger-Berlin, Kraus-Wien.

Hartmann-Berlin: Referat über Chlamydozoen.

Name und Begriff stammt von Prowazek und betrifft die filtrierbaren Erreger von Variola, Trachom, Molluscum contagiosum und Geflügelpocken. Die ursprünglich als Parasiten angesehenen Guarnierischen, Negrischen pp. Körper sind Reactionsproducte der Zellen und bestehen aus Nucleolar- und Chromatinsubstanzen. Durch die von Prowazek und Halberstädter ausgeführte Uebertragung des Trachoms auf Affen konnte eine gewisse Entwicklung der Chlamydozoen festgestellt werden. (Initialkörperchen, Elementarkörperchen). Bei Variola und Molluscum contagiosum scheint die Specificität sicher, bei Trachom ungewiss. Die Auffassung der Chlamydozoen als specifischer Krankheitserreger sieht Hartmann als Hypothese an, die fruchtbar sein kann.

Flemming-Berlin: Referat über Chlamydozoen.

Uebersicht über die Anschauungen der Autoren in der Chlamydozoenfrage. Aus klinischen Gründen hält Flemming die Trachomübertragung noch nicht für sichergestellt. Die ätiologische Bedeutung der Chlamydozoen scheint ihm zweifelhaft, jedenfalls sei ein abschliessendes Urteil nicht zu fällen.

Schuberg und Schubotz-Gross-Lichterfelde: Zur Frage der Geflügelpocken.

Molluscum contagiosum und Geflügeldiphtherie sind identisch. Die «Pockenkörperchen» halten Vortragende, weil sie im ungefärbten Präparat fehlen und wegen ihres Verhaltens Säuren, Alkalien und Aceton gegenüber für Producte der Präparation.

Discussion über Chlamidozoen: Heymann-Breslau, Czaplewski-Köln, Lipschütz-Wien, Jacobsthal-Hamburg, Uhlenhuth-Gross-Lichterfelde, Neufeld-Gross-Lichterfelde, Czaplewski-Köln, Sticker-Berlin, Heymann-Breslau, Schubotz-Gross-Lichterfelde.

Schlusswort: Hartmann-Berlin, Flemming-Berlin.

Kraus-Wien: Ueber Poliomyelitis.

An jungen Kaninchen konnten durch Impfen mit menschlichem Virus eigentümliche nervöse Störungen erzeugt werden, die wahrscheinlich Poliomyelitis sind. Sicherheit besteht allerdings nicht. Rückimpfung von solchen Kaninchen auf Affen gelang nicht. Kraus hält active Immunisierung mit carbolisiertem, filtriertem, fein suspendiertem und verdünntem Affenvirus für eine praktisch ausnützbare Schutzimpfung beim Menschen.

Lentz und Huntemüller-Berlin: Ueber Poliomyelitis.

Bei Kaninchen, die höchstens 600 g schwer sein dürfen, gelang die positive Uebertragung der Poliomyelitis mit Erzeugung von mässigen pathologisch-anatomischen Veränderungen im Rückenmark durch intravenöse Injection. Auch die Rückimpfung auf Affen gelang. Es hat den Anschein, als wenn durch Conservierung in Glycerin auf die Dauer die Infectiosität des Virus leidet.

Discussion: Römer-Marburg, Landsteiner-Wien, Neisser-Frankfurt, Meinicke-Hagen, Kraus-Wien, Selter-Bonn, Lentz-Berlin, Landsteiner-Wien, Römer-Marburg, Krause-Bonn, Huntemüller-Berlin, Neisser-Frankfurt, Meinicke-Hagen.

Wechselmann-Berlin: Chemotherapie bei Syphilis.

Mitteilung über Erfolge in der Syphilistherapie mit dem Ehrlichschen Arsenpräparat «606» (Dioxy-diamido-diarsenobenzol). Bei 300 Fällen keine schädliche Wirkung, keine Neuritis optica. Einmalige intramuskuläre Injection von 0,3—0,4 ccm. erzielt überraschendes, sehr rasches Schwinden luetischer Symptome. Die Wassermannsche Reaction schwindet bei der Behandlung bis jetzt nicht. W. glaubt, dass das Mittel «606», falls es sich um Dauererfolge handelt, von souveräner Bedeutung sein wird. (Krankenvorstellung).

Discussion: Uhlenhuth-Gross-Lichterfelde, Hoffmann-Bonn, Tomaczewski-Berlin, Ehrlich-Frankfurt, Wechselmann-Berlin, Wassermann-Berlin, Hoffmann-Bonn, Ehrlich-Frankfurt, Schereschewski-Göttingen.

Josef Koch-Berlin: Studien zur Aetiologie der Tollwut.

Im Ammonshorn, dem Nuclus caudatus und anderen Teilen des Gehirns fand K. bei zwei an Lyssa gestorbenen Kindern, 11 Kühen sowie bei experimentell mit Lyssa inficierten Hunden eigentümliche coccenähnliche Gebilde. Die in normalen und pathologischen Hirnen mit der Kroghschen Färbung nachweisbaren Gebilde sind zwar ähnlich, aber doch zu unterscheiden. K. hält die Gebilde nicht für Degenerationsproducte, lässt aber ihre Deutung offen. (Demonstration).

Trautmann und Dale-Hamburg: Beitrag zum Formenkreis des Diphtheriebacillus.

Bei 21 Fällen von Diphtherie fanden Tr. und D. eine eigentümliche gigantische Form des Diphtheriebacillus, die nach mehrfachen Umzüchtungen in die gewöhnliche Form überging. (Demonstration).

Discussion: Löffler-Greifswald.

Lipschütz-Wien: Ueber einen mikroskopischen Befund bei Pemphigus vulgaris.

L. fand im sterilen Blaseninhalt bei Pemphigus vulgaris extracellulär liegende, sich hantelförmig abschnürende, nach Giemsa und Heidenhain färbbare Gebilde, die er Cystoplasmen nennt. Die Bedeutung dieser Befunde ist noch unsicher.

Conradi-Neunkirchen: Chemotherapeutische Versuche bei Typhus.

Werden Kaninchen mit 1 Oese Typhusbacillen pro kg. inficiert, so tritt eine Ueberschwemmung des Körpers mit Typhusbacillen ein, die 14 Tage andauert. Nach dieser Zeit finden sich Typhusbacillen nur noch in der Gallenblase. Durch rectale Einführung eines Gemenges von 0,5 Chloroform, in Milch und Rahm verrührt, an 5 aufeinanderfolgenden Tagen, sind die Typhusbacillen auch aus der Gallenblase verschwunden. Versuche am Menschen durch 6×0,5 g. Chloroform pro die in Geloduratkapseln Typhusbacillenträger von ihren Typhusbacillen zu befreien, sind im Gange, aber noch nicht abgeschlossen.

Discussion: v. Drigalski-Halle, Jakobsthal-Hamburg, Kraus-Wien, Jos. Koch-Berlin, Finkler-Bonn, Pribram-Wien, Conradi-Neunkirchen, v. Drigalski-Halle.

Schuberg und Kuhn-Gross-Lichterfelde: Einheimische Stechfliegen als Krankheitsüberträger.

Durch Versuche konnte nachgewiesen werden, dass auch einheimische Stechfliegen, besonders die Stomoxys Hühnerspirochätose, Dourine, Geflügelpocken und Schlafkrankheit übertragen können.

Discussion: Uhlenhuth-Gross-Lichterfelde, Bongert-Berlin.

Kraus, Ranzi und Ehrlich-Wien: Experimentelles über Tumoren.

Demonstration von Rattensarcomen (Impfung am Rücken).

Uhlenhuth, Haendel und Steffenhagen-Gross-Lichterfelde: Ueber Rattensarcom.

Wurde bei Ratten der primäre Tumor operativ entfernt, so blieb eine Reinfection erfolglos, wenn die Entfernung so radical war, dass an der Stelle des primären Tumors kein Recidiv auftrat. Kam ein Recidiv, so ging die Reinfection an.

Discussion zu den 2 letzten Vorträgen: Sticker-Berlin, Haendel-Gross-Lichterfelde, Uhlenhuth-Gross-Lichterfelde, Küster-Freiburg.

Sobernheim-Berlin: Das agglutinatorische Verhalten der Enteritisbakterien.

Mit sicher echten Gärtnerstämmen hergestellte Sera agglutinieren nur den homologen und noch einen anderen Stamm, andere liessen sie unbeeinflusst. Neu gewonnene Stämme lieferten andererseits ein Serum, das die alten echten Gärtnerstämme unbeeinflusst liess. S. nimmt an, dass sich die Differenzen mit der Zeit ausgleichen werden. Auch bei Paratyphusstämmen kommen solche Unregelmässigkeiten vor, die aber ohne praktische Folgen sind.

Zwick und Weichel-Gross-Lichterfelde: Ueber den Bakteriengehalt des Fleisches gesunder Schlachttiere.

Mitteilungen über Massenuntersuchung von Schlachtfleisch nach verschiedenen bakteriologischen Methoden.

Discussion über die beiden letzten Vorträge: Seligmann-Berlin, Selter-Bonn, Fischer-Kiel, Kuhn und Rimpau-Gross-Lichterfelde, Lentz-Berlin, v. Drigalski-Halle, Conradi-Neunkirchen, Uhlenhuth-Gross-Lichterfelde, Tiede-Köln, Lentz-Berlin, Uhlenhuth-Gross-Lichterfelde, Conradi-Neunkirchen, Sobernheim-Berlin.

M. Wassermann.

3. Tag.

(Im Kaiserlichen Gesundheitsamt Gross-Lichterfelde).

Vorsitzende: Uhlenhuth, Fischer, Gärtner.

Kraus und Volk-Wien: Ueber Tuberculose.

Es gelang bei Affen eine tuberculöse Hautentzündung zu erzeugen. Nach deren Abheilung war keine Immunität gegen eine Reinfection vorhanden.

Tuberculöse Meerschweinchen geben bei Injection von Tuberculin eine specifische Reaction. Eine gleiche Reaction erhält man bei Behandlung mit kleinen Mengen von Tuberkelbacillen des Typus humanus und bovinus, gleichgültig ob die Tiere vorher mit Bacillen des Typus humanus oder bovinus inficiert waren. Die mit Bacillen vom Typus gallinarum inficierten Tiere gaben dagegen nur Reactionen mit Hühnertuberkelbacillen.

Aus den tuberculösen Organen liess sich ein Gift gewinnen.

Römer-Marburg: Die tuberculöse Reinfection.

Es gelang durch subcutane Impfung mit lebenden Tuberkelbacillen Tiere (Meerschweinchen und Schafe) gegen eine spätere intravenöse Reinfection mit lebenden Bacillen des Typus bovinus zu schützen, während gesunde Controlltiere der Impfung erlagen. Die von den Immuntieren geworfenen Lämmer zeigten keine Immunität, aber auch keine gesteigerte Empfänglichkeit. Eine Infection mit menschlichen oder Perlsuchtbacillen gibt Immunität gegen diese beiden Typen, nicht aber gegen den Typus gallinarum.

Ungermann-Gross-Lichterfelde: Ueber Tuberculoseopsonine.

Die normalen Opsonine des Menschen- und Rinderkörpers geben gegenüber von Tuberkelbacillen des Typus humanus und bovinus keine Differenz. Bei Immunisierungen von Tieren stieg der opsonische Titer. Mit dem gewonnenen Serum liess sich aber auf diese Weise keine Differenz der Bacillen des Typus humanus und bovinus feststellen.

Titze-Gross-Lichterfelde: Zur Epidemiologie der Rindertuberculose.

Tuberkelbacillen werden nur von Rindern mit offener Tuberculose im Kot ausgeschieden. Durch diesen Kot kommt dann eine Weiterinfection zustande. Diese Tiere müssen daher ausgemerzt werden. Der Nachweis der offenen Tuberculose ist sehr schwierig zu führen. Tiere, die auf Tuberculinimpfung reagieren, müssen abgesondert und mit Tuberculin weiter behandelt werden.

Zwick-Gross-Lichterfelde: Ueber die Beziehungen zwischen Säugetier- und Hühnertuberculose, insbesondere über das Vorkommen von Hühnertuberculosebacillen bei Pferden.

Die aus Pferden gezüchteten Tuberkelbacillen zeigten meist den Typus gallinarum. Doch kamen auch Bacillen vom Typus humanus und bovinus vor. Es gelang nicht sicher, Bacillen vom Typus bovinus in den Typus gallinarum umzuzüchten.

Zur Discussion sprachen: Reichenbach, Sobernheim, Bongert, Kraus, Römer, Sticker, Pfeiffer, Löffler, Petruschky, Uhlenhuth, Hahn.

Während der Pause.

Haendel und Böing-Gross-Lichterfelde: Demonstration von Blutpräparaten.

Schellak-Gross-Lichterfelde: Demonstration von Spirochäten.

Reichenow-Gross-Lichterfelde: Demonstration von Hämogregarinen der Schildkröte.

Selter-Bonn: Das Dysenterietoxin.

Das Dysenterietoxin enthält mehrere Componenten, eine ist für Kaninchen toxisch, nicht aber für Meerschweinchen. Aber auch für Meerschweinchen finden sich in den Bacillen tödliche Gifte. (Zeitschr. für Immunitätsforschung, Bd. V, H. 4).

Zur Discussion sprachen: Kraus, Kolle, Pfeiffer, Hahn, Selter.

Uhlenhuth und Mulzer-Gross-Lichterfelde: Zur experimentellen Kaninchensyphilis.

Es gelang Infection durch subcutane Impfung am Kaninchenhoden, sowie durch intravenöse Injection von infectiösem Material. Bei einem Affen liess sich durch intravenöse Impfung von syphilitischem Kaninchenhoden ein papulöses Syphilid erzeugen. Heilversuche mit Atoxyl und atoxylsaurem Quecksilber gaben gute Erfolge.

Zur Discussion sprachen: Schereschewski, Tomaczewski, Kolle, Uhlenhuth, Mulzer, Hoffmann.

Finkler und Selter-Bonn: Von Papageien auf den Menschen übertragbare Erkrankungen (Psittakosis).

Eine Reihe zum Teil tödlich verlaufender Erkrankungen an Pneumonie in der Nähe von Bonn liessen ihren Ausgang auf ein Zimmer zurückführen, in dem Papageien gehalten wurden und das die Erkrankten auf kurze Zeit betreten hatten. Es liessen sich aus 2 Sittichen und aus verschiedenen menschlichen Leichen Streptococcen züchten, die der Vortragende für identisch hielt. Eine Contagiosität der Krankheit war auszuschliessen.

Zur Discussion sprachen: Finkler, Czaplewski, Lentz, Selter.

Mayer und Waldmann-München: Untersuchungen über Genickstarre, speciell über Keimträger.

Es lässt sich ein merkwürdig gleichmässiges Steigen und Fallen der Genickstarreerkrankungen bei den verschiedenen Armeen, wie der bayerischen, preussischen, französischen etc., feststellen, der Gipfel und der tiefste Stand dieser Curven fallen ungefähr zusammen.

Die Zahl der Bacillenträger bei den Truppenteilen ist ziemlich gleich, mag der Truppenteil von der Erkrankung ergriffen sein oder nicht. Die höchste Procentzahl fand sich bei einem Truppenteil, bei dem gar keine Fälle vorkamen. Sonst fanden sich Coccenträger in etwa 1--2 Proc. der Fälle.

Zur Discussion sprachen: Trautmann, Jäger, Scheller, Mayer.

O. Hantemüller.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Von 12 Uhr mittags des 17. Juli bis 12 Uhr mittags des 18. Juli sind an der Cholera 48 Personen erkrankt und 22 gestorben und 14 genesen. In den Stadthospitälern verbleiben 510 Cholerakranke. Seit dem Beginn der Epidemie sind 809 Personen erkrankt, 233 gestorben und 67 genesen.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 4. bis zum 10. Juli	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	209 (46)	168 (64)	7. Juni
» Kronstadt	2 (—)	2 (—)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	13 (6)	15 (7)	24. Juni
Stadt Archangelsk	1 (—)	1 (—)	8. Juli
Gouv. Pskow, Stadt Welikije Luki	— (—)	1 (1)	8. »
» Nowgorod, Ljuban	1 (—)	1 (—)	8. »
» Minsk	— (—)	256 (145)	6. Mai
» Mogilew	— (—)	239 (114)	14. »
» Witebsk	5 (—)	42 (1)	18. April
» Podolien	92 (24)	108 (30)	20. Juni
» Wolynien	16 (10)	85 (38)	12. »
» Kiew	76 (26)	791 (316)	3. Mai
» Tschernigow	183 (59)	898 (340)	13. »
» Poltawa	2.0 (75)	1345 (502)	9. »
» Charkow	434 (174)	1477 (640)	8. »
» Orel	— (--)	135 (58)	13. »
» Kursk	233 (74)	526 (209)	28. »
» Woronesh	— (—)	70 (32)	27. »
» Tambow	101 (46)	283 (110)	12. »
» Pensa	30 (8)	33 (11)	5. Juli
» Kaluga	7 (—)	7 (—)	7. »
» Tula	6 (1)	8 (3)	17. Juni
» Rjasan	166 (60)	205 (96)	19. »
Stadt Moskau	3 (2)	7 (3)	10. »
Gouv. Jaroslaw	22 (11)	25 (13)	27. »
» Kostroma	75 (32)	87 (43)	26. »
» Nishnij-Nowgorod	125 (36)	191 (6)	24. »
» Kasan	29 (17)	81 (34)	18. »
» Ssimbirsk	100 (44)	159 (64)	10. »
» Ssamara	409 (240)	875 (456)	9. »
» Ssaratow	402 (184)	878 (386)	10. »
» Astrachan	272 (132)	399 (180)	15. »
» Stawropol	348 (164)	655 (301)	13. »
Stadt Perm	14 (4)	21 (4)	4. Juli
Gouv. Wjatka, Stadt Ssarapul	1 (—)	1 (—)	8. »
» Ufa	6 (3)	7 (4)	29. Juni
» Orenburg	121 (31)	121 (31)	6. Juli
» Jekaterinoslaw	1967 (909)	4173 (1877)	10. Jan.
Stadt Ssewastopol	— (—)	21 (11)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	106 (47)	313 (148)	14. Mai
Gouv. Taurien	417 (179)	1715 (798)	7. »
Stadt Rostow a. Don	151 (36)	3268 (1020)	7. Juni
Gebiet der Donkosaken	2826 (1292)	5904 (2746)	21. Mai
Gouv. Bessarabien	3 (2)	45 (19)	29. »
Stadt Odessa	73 (49)	221 (115)	27. »
» Nikolajew	— (—)	24 (13)	10. Juni
Gouv. Cherson	350 (168)	1919 (740)	10. Mai
Schwarzmeergouvernement	147 (46)	236 (87)	7. Juni
Kuban-Gebiet	2811 (1421)	8160 (4142)	28. Mai
Terek-Gebiet	386 (153)	652 (269)	28. »
Stadt Baku	47 (24)	87 (47)	4. Juni
Gouv. Baku	168 (76)	393 (195)	19. April
» Tiflis	180 (70)	294 (116)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	21 (11)	22 (11)	6. Juli
Transkaspi-Gebiet, Stadt Krasnowodsk	— (—)	5 (5)	19. Juni
Gouv. Gensa	— (—)	2 (2)	30. »
Im Ganzen	13374 (5979)	37652 (16651)	

— Die Pest in Russland. In Odessa sind bis zum 15. Juli 3 Personen an der Pest erkrankt und alle gestorben. Weitere Erkrankungen sind seitdem nicht erfolgt. Das Wirtshaus und die Bäckerei, wo sich die Pestkranken befanden, sind desinficiert und geschlossen. In der ganzen Stadt ist eine energische Rattenvertilgung in Angriff genommen. Mit der obersten Leitung aller Massnahmen gegen die Pest ist der Inspector der Quarantänen des Schwarzen Meeres Dr. N. Damaskin betraut.

— Cholera. Britisch-Indien. In Calcutta starben vom 5. bis 11. Juni 31 Personen. — Philippinen. Vom 1. Mai bis 4. Juni erkrankten und starben in Manila 3 Personen, in den Provinzen erkrankten 577, starben 408.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 5. bis 11. Juni erkrankten 4984 Personen und starben 3953. — China. In Swatau sind mehrere Pestfälle gemeldet; in Kanton sind vom 21. Mai bis 11. Juni keine weiteren Pestfälle vorgekommen. Aus dem Bezirk Hsinhui wurden 200 Todesfälle an der Pest und in dem Bezirk Sunning 205 Erkrankungen gemeldet; im Bezirk Chao-Yang soll die Pest im Abnehmen begriffen sein. — Persien. In Buschir erkrankten vom 8. Mai bis zum 4. Juni 32 Personen und starben 28. — Aegypten. Vom 2. bis 8. Juli erkrankten 28 Personen und starben 13. — Mauritius. Vom 5. Mai bis zum 2. Juni erkrankten 7 und starben 4 Personen. — Chile. In Pisagna erkrankten im Laufe der Monate April—Mai 14 Personen und starben 4.

— Genickstarre. Preussen. Vom 3. bis zum 9. Juli wurden 6 Erkrankungen und 3 Todesfälle gemeldet.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 3. bis zum 9. Juli wurden 7 Erkrankungen und 2 Todesfälle constatiert. — In Wien fand 1 Erkrankung statt.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 20. bis zum 26. Juni 1910 379 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 46, Typh. exanth. 0, Febris recurrens 2, Pocken 34, Windpocken 10, Masern 97, Scharlach 57, Diphtherie 50, Cholera 5, acut. Magen-Darmkatarrh 37, an anderen Infectionskrankheiten 41.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 844 + 49 Totgeborene + 62 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 15, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 4, Masern 46, Scharlach 23, Diphtherie 17, Keuchhusten 6, crupöse Pneumonie 25, katarrhalische Pneumonie 98, Erysipelas 13, Influenza 5, Postula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 13, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 20, Dysenterie 4, Gastroent. epidem. 0, Cholera 2, Magen-Darmkatarrh 89, andere Magen- und Darmerkrankungen 65, Alcoholismus 13, angeborene Schwäche 52, Marasmus senilis 25, andere Todesursachen 226.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 26. Juni 1910 12014. Darunter Typhus abdominalis 287, Typhus exanth. 11, Febris recurrens 8, Scharlach 289, Masern 65, Diphtherie 210, Pocken 163, Windpocken 7, Cholera 4, choleraverdächtige Erkrankungen 16, crupöse Pneumonie 107, Tuberculose 548, Influenza 163, Erysipel 137, Keuchhusten 8, Dysenteria 6, Hautkrankheiten 61, Lepra 1, Syphilis 539, venerische Krankheiten 431, acute Erkrankungen 1951, chronische Krankheiten 1718, chirurgische Krankheiten 1535, Geisteskrankheiten 3348, gynäkologische Krankheiten 243, Krankheiten des Wochenbetts 109, verschiedene andere Krankheiten 48.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 27. Juni bis 3. Juli 1910 395 Personen. Darunter an Typh. abdom. 48, Typh. exanth. 3, Febris recurrens 2, Pocken 47, Windpocken 6, Masern 85, Scharlach 45, Diphtherie 34, Cholera 23, acut. Magen-Darmkatarrh 64, an anderen Infectionskrankheiten 38.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 816 + 46 Totgeborene + 53 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 32, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 9, Masern 39, Scharlach 16, Diphtherie 12, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 24, katarrhalische Pneumonie 58, Erysipelas 9, Influenza 4, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 14, Dysenterie 8, Cholera 20, Magen-Darmkatarrh 89, andere Magen- und Darmerkrankungen 93, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 52, Marasmus senilis 16, andere Todesursachen 221.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 3. Juli 11915. Darunter Typhus abdominalis 314, Typhus exanth. 10, Febris recurrens 9, Scharlach 271, Masern 58, Diphtherie 199, Pocken 161, Windpocken 5, Cholera 28, choleraverdächtige Erkrankungen 33, crupöse Pneumonie 105, Tuberculose 521, Influenza 147, Erysipel 136, Keuchhusten 7, Dysenteria 7, Hautkrankheiten 52, Lepra 2, Syphilis 556, venerische Krankheiten 461, acute Erkrankungen 1934, chronische Krankheiten 1673, chirurgische Krankheiten 1505, Geisteskrankheiten 3350, gynäkologische Krankheiten 239, Krankheiten des Wochenbetts 96, verschiedene andere Krankheiten 33.

— Hochschulnachrichten.

St. Petersburg. Zum Director des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna ist der Professor der Ophthalmologie und Director der Augenklinik desselben Instituts, Dr. W. Dolganow ernannt.

Ssaratow. Der Privatdocent an der militär-medicinischen Akademie in St. Petersburg Dr. B. Slowzow ist zum Professor der Pharmakologie und Toxikologie an der Universität zu Ssaratow ernannt, der Privatdocent an der Moskauer Universität Dr. Tschelinzew — zum Professor der Chemie an der Universität zu Ssaratow.

Warschau. Der Privatdocent an der Universität zu Odessa Dr. I. Posharskij ist zum Professor der pathologischen Anatomie an der Universität zu Warschau ernannt.

Graz. Die Privatdocenten Dr. Theodor Pfeiffer (innere Medicin) und Dr. Hermann Pfeiffer (gerichtliche Medicin) wurden zu ausserordentlichen Professoren ernannt.

— Der 2. internationale Congress für Berufskrankheiten findet vom 10. bis zum 14. September in Brüssel statt. Auskunft erteilt der Generalsecretär Dr. Glibert. Bruxelles, Rue Lambermont, 2.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 24. Juni im Gouv. Tschernigow an der Cholera Dr. W. Schtschelkanowzew geb. 1876, approb. 1903; 2) am 28. Juni in Kislowodsk Dr. W. Archipow, geb. 1871, approbiert 1895; 3) Dr. Magail, Professor der Geburtshilfe an der Medicinischen Facultät in Marseille; 4) Dr. Henry Beach, Prof. der Chirurgie an der Harvard Universität in Boston; 5) in Jena starb der bekannte Verlagsbuchhändler Dr. med. hon. c. Gustav Fischer.

Ich bin verreist und werde von H. Dr. F. Holzinger vertreten. W. O. 2 Lin. 35 Tel. 491-43.

F. Dörbeck.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

XVI. Congrès international de Médecine à Budapest. 1909. Compte rendu. Volume général, publié par le Prof. Dr. E. de Grósz. Budapest. 1910.

F. Pels-Leusden. Chirurgische Operationslehre. Urban und Schwarzenberg. Berlin—Wien. 1910.

G. Müller. Die Orthopaedie des praktischen Arztes. Urban und Schwarzenberg. Berlin—Wien. 1910.

В. Линденбергъ. Матеріалы къ вопросу о дѣтоубійствѣ и плодоизгнаніи въ Витебской губ. Диссертація на степень д-ра медицины. Юрьевъ. 1910 г.

И. Янковскій. Къ вопросу о колото-рѣзанныхъ и огнестрѣльныхъ проникающихъ поврежденіяхъ брюшной полости. Диссертація на степень д-ра медицины. Юрьевъ. 1909.

А. Воскресенскій. Стованин. Юрьевъ. 1909.

Обозрѣніе лекцій въ Императорскомъ Юрьевскомъ университетѣ. I и II семестры. Юрьевъ. 1909.

Личный Составъ Императорскаго Юрьевскаго Университета. 1909. Юрьевъ.

J. Schuster. Das Sanitätswesen der bayerischen Armee in den Kriegen unter Napoleon 1805—1815. Sonderabdruck aus: «Das Bayerland», XXI Bd. 1910.

Umberto Silva. Note sperimentali sul diplosal. Estratto dal giornale «Il Cesalpino» Nr. 6. 1910.

E. Lezenius. Vergleichende pharmakognostische Untersuchung der chinesischen Wurzel Taug-Kui, des aus ihr zubereiteten Fluid-Extraktes und Eumenols Merck. Sonderabdruck aus: «Pharmazeutische Centralhalle». 1910.

K. Sudhoff und G. Sticker. Zur historischen Biologie der Krankheitserreger. Giessen. 1910.

F. Oberländer und A. Kollmann. Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Complicationen. G. Thieme. Leipzig. 1910.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 7. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Chirurgie.

Chirurgija. 1909. Band 26. Heft. 156.

J. Mininson: Beiträge zur Aetiologie der bösartigen Tumoren.

Verf. beobachtete zwei bösartige Tumoren von colossalen Dimensionen. In beiden Fällen glaubt er ein Trauma als Aetiologie annehmen zu dürfen. Im ersten Fall handelte es sich um einen 30 Pfund schweren Tumor des Oberarmes, im zweiten um einen malign degenerierten, 10 Jahre persistierenden Tumor des Oberschenkels. Im ersten Fall Heilung durch Exarticulation des Oberarmes, im zweiten Fall Exitus an Cachexie.

D. Blagoweschtschenski: Ein Fall von ausgedehntem Gastumor des Kopfes. (Vortrag zum 8. Congress russischer Chirurgen in Moskau).

Ein höchst sonderbarer Befund an einem 32-jährigen Patienten: am Kopf eine grosse mit geruchlosen Gasen gefüllte Geschwulst. Kein Tropfen Eiter oder einer anderen Flüssigkeit. Das Schädeldach ist mit einer Reihe bald grösserer, bald kleinerer Exostosen besetzt. Im Hinterhauptsbein in der Gegend der Lambdanaht eine etwa fingerbreite Spalte, in der Tiefe derselben sieht man die Dura. Im Cavum cranii keine Flüssigkeit. Abtragung der Exostosen. Heilung. Der Verfasser schreibt die Gasentwickelung einem unbekannten Mikroorganismus zu, welcher auch als Ursache der destructiven Vorgänge aufzufassen ist. Die Exostosenbildung wird als Regenerationsvorgang im Sinne eines Selbstschutzes des Organismus gedeutet.

A. Krymow: Zungenactinomycose.

Im Ganzen sind in der Literatur bloss 26 Fälle dieser seltenen Erkrankung publiciert, diesen kann Verfasser 2 weitere Fälle hinzufügen. Zur genauen Diagnosenstellung ist stets eine mikroskopische Untersuchung erforderlich.

G. Melenewski: Ein Fall von Tumor der Glandula coccygea.

Bericht über einen durch Operation geheilten Fall von Steissbeindrüsentumor. Verf. bestätigt die von Schumacher verfochtene Ansicht, dass die einzelnen Abschnitte der Glandula coccygea aus glatten Muskelfasern bestehn.

W. Tomaschewitsch. Zur Frage der Blinddarmresectionen bei Carcinom desselben.

Verf. berichtet über 2 von ihm operierte Fälle, wobei er sich für die einzeitige Operationsmethode ausspricht. Die mehrzeitigen Methoden geben keinerlei Vorteile und ziehen die Behandlung zwecklos in die Länge.

W. Storoshenko. Zur Technik der Exstirpation hochsitzender Mastdarmtumoren bei Frauen.

Entfernung eines an der Grenze des Rectums und der Flexur sitzenden Tumors auf vagino-perinealem Wege. Die Operation gelang technisch gut und das functionelle Resultat war befriedigend. Verf. empfiehlt diese combinierte Methode für alle hochsitzenden Tumoren, wobei die Entfernung der Neubildung unter Leitung des Auges möglich ist. Diese Methode ist einfacher und weniger eingreifend als der Kraske'sche Sacralschnitt. Die tiefen Nähte empfiehlt der Verf. mit Katgut anzulegen.

A. Brick: Ueber den sogenannten hohen Ursprung der Arteria interossalis.

Besprechung der genannten Arterienanomalie am Unterarm.

N. Rudnew: Zur Casuistik der bösartigen Neubildungen der Finger.

Beschreibung eines Myochondrosarcoms am 3. Finger der rechten Hand. Exarticulation des Fingers. Heilung. Die beschriebene Neubildung gehört in dieser Localisation zu den seltenen Befunden.

E. Hesse.

Wratsch. gaseta 1909 und 1910.

N. Petrow: Fracturen der Querfortsätze der Lumbalwirbel (Nr. 39).

Bei einem jungen Mädchen von 22 Jahren, das von einer Locomotive auf dem Bahndamm überrascht worden war, erwiesen sich bei der Röntgenaufnahme die Querfortsätze des 3. und 4. Lumbalwirbels fracturiert. Die klinischen Symptome waren sehr unklare, Therapie bestand in ruhiger Lagerung, Wannen, Massage. Gute Heilung, die sich auf einem 2. Röntgenbilde verfolgen lässt.

S. Girgolaw: Ueber Schussverletzungen der Milz. (Nr. 46 und 47).

Zusammenstellung aller bekannten und eines selbstbeobachteten Falles: Verletzung eines 21-jährigen jungen Mannes mit Browningkugel, Einschussöffnung an der IX. Rippe, keine Ausschussöffnung. Resection der IX. Rippe, nach Eröffnung der Peritoneums in der Milzgegend viel geronnenes und flüssiges Blut, die untere Hälfte der Milz ganz zerstört. Die Milz erwies sich als vergrössert und die innere und äussere Fläche mit dem Diaphragma verwachsen, so dass der obere Teil der Milz nach Anlegung vieler Ligaturen und Nähte zurückgelassen werden musste. Die Kugel fand sich im zertrümmerten Milzgewebe, sie war etwas deformiert (Ricochetteschuss). Vollkommene Heilung, nach Abstossung von Ligaturen.

S. Semenow: Zur Casuistik seltener Fälle von Hernien. (Nr. 51).

In einem linksseitigen irreponierbaren Leistenbruch bei einem 3-jährigen Kinde fand sich bei der Operation der Blinddarm nebst Wurmfortsatz. S. nimmt an, dass es sich um eine Anomalie der Lage des Blinddarms handelte, nicht um einen allgemeinen Situs viscerum inversus.

M. Kasinzow: Ein Beitrag zur Statistik der Persistenz des Leistencanals (Nr. 51).

Bei der Untersuchung von 328 Arbeitern fand K. die beiden Leistencanäle erweitert in 101 Fällen (=30,8%), den einen Leistencanal persistierend bei 46 Mann (=14%) und zwar bei 26 den rechten (=7,9%) und bei 20 (=6,1%) den linken allein.

W. Oppel: Zur Frage der arteriellen Anästhesie. (Nr. 2).

Im Gegensatz zur venösen Anästhesie Biers hat O. Versuche mit einer arteriellen Anästhesie angestellt mit Novocain, doch bisher nur in 2 Fällen, er will eine genaue Methodik ausarbeiten.

A. Reipolski: Apparat zur allgemeinen Narcose durch Eintreiben von Chloroform oder Aetherdämpfen. (Nr. 7).

Beschreibung eines Apparates, bei dem die Narcitica mit Luft vermischt eingeatmet werden. Der Apparat ist leicht transportabel.

W. Lewit: Ein Fall von Schnittwunde des Halses, Naht Heilung. (Nr. 8).

Grosse Querschnittwunde des Halses, wobei rechts die Vena jugularis ext. und facialis anterior durchschnitten waren und ebenso durchschnitten oder angeschnitten die Mm. omohyoideus, sternohyoideus, stylohyoideus und die Membrana hyotyreoidea; die hintere Wand war deutlich zu sehen. Sorgfältige Blutstillung, Naht, Heilung in einem Monat.

A. Dolgopolow: Zur Casuistik seltener Appendicitisformen. (Nr. 12).

Die von D. beschriebene Fall von Appendicitis eines Bauern von 36 Jahren ist interessant in ätiologischer Hinsicht, die Krankheitsursache war ein Eingeweidewurm und ferner erwies sich das blinde Ende des Appendix als verwachsen mit einer Dünndarmschlinge.

I. Violin: Zur Casuistik der künstlichen Verstümmelungen mittelst Paraffininjectionen. (Nr. 13).

Ein jüdischer Rekrut trat ins Hospital ein mit Klagen über einen Leistenbruch und Schmerzen in der Leistengegend. Der Mann erwies sich als «Monorchist», ein Leistenbruch bestand nicht; zugleich fand sich bei genauer Untersuchung eine Geschwulst im rechten Unterschenkel, über die Patient jedoch nicht zu klagen wagte, da sie künstlich durch Paraffininjection hervorgerufen war, wie ein nach einiger Zeit an dieser Stelle sich entwickelnder Abscess zur Evidenz bewies, da mit der Eiterung Paraffin ausgestossen wurde.

D. Popow und T. Peterson: Ein Beitrag zu der Lumbalanästhesie. (Nr. 15).

Bei 230 Lumbalanästhesien wurde gute Resultate in 142 Fällen (=61,75%) erzielt, eine relative Anästhesie in 35,2% der Fälle, negative Resultate in 3,05% der Fälle. In einem negativen Falle handelte es sich um Lymphadenitis, in einem weiteren Falle um tertiäre Lues, dann um Blutaustritt aus dem Rückenmarkscanal und in 2 Fällen um unbekannte Ursachen. Unangenehme Nebenerscheinungen waren in 27 Fällen vorhanden, Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen, Uebelkeit und Erbrechen etc. Schwere Compicationen von Seiten Puls und Atmung kamen keine vor.

W. Schiele.

Pathologie und Therapie.

Medizinskoje Obosrenje 1909 u. 1910.

S. Jarusow: Die Reinfection bei Febris recurrens und ihre Wirkung auf den Verlauf der Erkrankung. (Nr. 18).

Nach J. waren 1. fast 1/3 aller Recurrenserkrankungen Fälle von Reinfection. 2. Bei der Reinfection verläuft die Krankheit meist mit einem Anfall. 3. Bei der Reinfection werden offenbar die Anfälle abgekürzt, die Apyrexie dagegen wird verlängert. Die Durchschnittsdauer der Krankheit bei den Reinficierten ist halb so lang als bei den nicht Reinficierten, wobei das einmalige Auftreten des Anfalls natürlich in Betracht kommt. 4. Der Termin der Reinfection ist grossen Schwankungen unterworfen. Das Minimum waren 37 Tage. 5. Die Intensität und die Häufigkeit der Anfälle sind von individuellen Eigentümlichkeiten, nicht aber von den vorherigen Krankheitserscheinungen abhängig. 6. Zur Beurteilung einer Epidemie müssen die Fälle von Reinfection aus dem Material ausgeschaltet werden. 7. Zur Verhütung einer Reinfection sollten die Kranken in der Recurrensabteilung nicht länger als nötig gehalten werden. Die Termine wurden vom Verf. auf 14—15 Tage nach dem ersten Anfall und auf 17 Tage nach den folgenden Anfällen festgesetzt.

W. Poljakow: Ueber die Veränderungen im Blute bei Phenacetin-Vergiftung. (Nr. 19).

Da in der Literatur bei den Untersuchungen über die künstliche beim Menschen erzeugte Anämie keine Angaben darüber zu finden sind, ob auch Veränderungen im Knochenmark vor sich gehen und Megaloblasten und Megalocyten im Blute auftreten, wie bei der perniciösen Anämie, so hat P. eine Reihe von Phenacetinvergiftungen, die er beobachtete, verwertet, um diese Frage zu klären. Er führt die Krankengeschichte eines Falles an, bei dem während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes in der Klinik, fast täglich die Blutuntersuchungen gemacht wurden. Die Veränderungen im Blute entsprachen vollkommen dem Bilde der progressiven perniciösen Anämie. Angefangen von den hochgradigen degenerativen Processen im Blute mit der megaloblastischen Reaction von Seiten des Knochenmarks bis zum hämatogenen Icterus, welcher auch in einem Fall von Phenacetinvergiftung bei Sepsis beschrieben worden ist. Zahlreiche Protocolle der Blutuntersuchungen sind der Krankengeschichte beigegeben. Die Beobachtung von Icterus, von der desquamierenden Nephritis und der Blutkrise beseitigen auch den letzten Unterschied, welcher zwischen den Symptomen der experimentellen Anämie bei Tieren und der klinischen Form der perniciösen Anämie des Menschen noch bestand.

S. Steriopulo: Der Saitengalvanometer von Einthoven. Die klinische Bedeutung der Electrokardiographie. (Nr. 20).

Eignet sich nicht zum Referieren.

A. Alexin: Ueber den Einfluss des pleuritischen Exsudats und des Pneumothorax auf den Verlauf der Lungentuberculose. Der künstliche Pneumothorax. (Nr. 21).

Nach A. übten in einigen Fällen das bei der Lungentuberculose auftretende pleuritische Exsudat oder der Pneumothorax einen günstigen Einfluss auf den Verlauf des Lungenprocesses aus. Unter dem Einfluss dieser Factore kommt der fortschreitende Tuberculoseprocess zum Stillstand, die Temp. fällt, das Allgemeinbefinden bessert sich, es bessert sich auch der Localprocess oder er heilt sogar aus. Was die Anlegung eines künstlichen Pneumothorax anbetrifft, so ist A. der Ansicht, dass dieses in manchen Fällen wohl angezeigt ist.

A. Talijanzew: Ueber die Circulationsstörungen bei Herzfehlern und über die Entstehung der cardialen Oedeme und des Hydrops. (Nr. 21).

Zur Klärung der Frage, ob und wodurch bei der experimentellen Circulationsstörung, welche der Compensationsstörung beim Menschen analog ist, eine Steigerung des herabgesetzten arteriellen Druckes erfolgt, sowie der Frage, ob in den Geweben und serösen Höhlen bei der Circulationsstörung eine Ansammlung und Vermehrung von Lymphe zustande kommt und ob diese von der constatierten Schwankung des arteriellen Druckes abhängig ist, hat T. an Hunden experimentiert. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen fasst er in Folgendem zusammen.

Die Entstehung von cardialem Oedem und Hydrops lässt sich erklären durch eine progressive Ansammlung des in dem Organismus zurückgehaltenen Wassers, welches durch Osmose und im Anfang der Decompensation wahrscheinlich auch ohne Störung der Porösität der Gefässe in die Gewebsspalten eindringt; hier wird ein Teil des Wassers von den Zellen aufgenommen, ein Teil verbleibt in den Gewebsspalten und bildet das Oedem. Je schneller die Transsudation und Resorption in der Bauchhöhle vor sich geht, je mehr Wasser in der Zeiteinheit im Organismus zurückbehalten und angesammelt wird, je niedriger der Coefficient der Resorptionsfähigkeit der Gewebe, um so schneller das Auftreten des Oedems. Im weiteren Verlauf des Processes wird der Tonus der Gefässe schwächer, die Porösität nimmt zu, dadurch wird die Wasserfüllung der Gewebe beschleunigt.

W. Vierhuf: Die Röntgenisierung als diagnostische Methode bei der Untersuchung der inneren Krankheiten. (Nr. 1).

In dem einen Fall konnte beobachtet werden, wie das Wismut in normaler Weise sich bis zum Pylorus fortbewegte, das Carcinom somit wohl kaum am Pylorus seinen Sitz haben konnte. Nach 1½ Stunden wurde die Durchleuchtung wiederholt, die Wismutsäule war noch nicht durch den Pylorus in das Duodenum eingetreten. Bei der Operation fand sich ein Carcinom des Duodenum. Im zweiten Fall hatte sich die Wismutsäule links von der Medianlinie abwärts bewegt und drang nicht weiter vor, das typische Bild bei Pyloruscarcinom. Die Operation bestätigte die Diagnose.

A. Molodenkow: Ueber den Charakter der Diphtheritieepidemie 1909 nach dem Material des Morosow-Kinderhospitals in Verbindung mit der Frage über die verschiedenen Formen der Diphtheriebacillen. (Nr. 1).

M. hat seine Beobachtungen an einem Material von 145 Kranken angestellt. Die Bacillenform nach Schig classificierend, gehörten von 50 gelungenen Culturen zum Typus I — 42, zu II — 7 und zu IV — 1. Aus den nach der Schwere der Erkrankung zusammengestellten Tabellen ist ersichtlich, dass die Fälle mit den Bacillen II und IV durchaus nicht immer eine leichtere klinische Form aufweisen. Toxische sehr schwere Fälle kommen vielleicht wohl häufiger bei dem Bacillentypus I vor.

W. Kolli: Ein Fall von Myxoedem nach 13-jährigem Thyreoidingebrauch. (Nr. 1).

Die physikalische Enwicklung war befriedigend, nur in der Körperlänge war ein Zurückbleiben bemerkbar. Psychisch jedoch war die Entwicklung ungenügend. Ob die zarten Hirnelemente nicht mehr genesen können, ob die Thyreoidea von Schaf und Kalb nicht alles enthält, was für den mensch-

lichen Organismus nötig ist? vielleicht ist darin der Grund für das Ausbleiben des Erfolges zu suchen. Auch die Dosierung des Thyreoidins macht Schwierigkeiten. Bei grösseren Dosen gibt es Vergiftungserscheinungen, bei kleineren erfolgt die Autointoxication mit Stoffwechselproducten. Aufmerksamkeit scheinen die neuerdings gemachten Versuche der Implantation von Schilddrüsen anderer Individuen zu verdienen.

D. Pletnew: Ueber die Wirkung der Eiweisse und der Producte der Eiweissmetamorphose auf die Leberfunction. (Nr. 1).

Die Leber beteiligt sich an der Verarbeitung des Eiweisses und deren Umwandlungsproducte, wenn dieselben auf normale Weise in den Darmtractus gelangen. Diese Function der Leber wird durch die Tatsache bewiesen, dass die Assimilation von in den Magen eingeführtem Zucker wesentlich geringer ist und dass die Glycosurie noch eine Zeitlang fortdauert, wenn die Zuckereinfuhr aufgehört hat. Zur Erklärung dient die Voraussetzung, dass die übermässige oder nicht physiologische Einführung von Eiweiss und dessen Umwandlungsproducten an die Leber Anforderungen stellt, die ihre physiologische Functionsfähigkeit übersteigen. Es erfolgt eine Reizung der Leber, welche sich durch das Auftreten von Gallenpigment im Harn bemerkbar macht. Das Auftreten von Zucker im Harn sogar 2 Tage nach der Verabreichung beweist, dass die Zuckerausscheidung durch eine Reizung der Leber hervorgerufen ist, durch welche die Fähigkeit der Leber Glycogen auszuscheiden, beeinträchtigt wird. Mittelst der den Lebensbedingungen möglichst angepassten Versuche gelingt es nicht die Annahme der Bildung von Zucker aus Eiweiss zu beweisen. Der folgerichtige Gang der Verdauung und der Resorption ist eine notwendige Unterstützung der physiologischen Eigenschaften des Organismus, seiner einzelnen Teile und speciell der Leber.

K. Woskressenski: Die Symptomatologie der bösartigen Neubildungen der Lunge. (Nr. 4).

Zwei Fälle von Sarcom der Lunge.

J. Streshelbizki: Die Diagnose der Lungenentzündung bei kleinen Kindern. (Nr. 4).

Bei intermittierenden und remittierenden Temperaturen muss bei Kindern, besonders wenn eine Influenza vorhergegangen war, sorgfältig auf eine Pneumonie gefahndet werden, wenn auch sonst keinerlei Anzeichen für eine solche vorliegen. Entgegengesetzt der häufig in Lehrbüchern ausgesprochenen Ansicht, dass pneumonische Kinder nicht laut schreien können, hat Verf. bei pneumonischen Kindern ein besonders anhaltendes lautes Schreien beobachtet.

W. Shukowski: Ueber das nervöse Bronchialasthma bei Kindern. (Nr. 4).

Ein Fall von Asthma combiniert mit Keuchhusten, Genesung.

M. Dawydow: Klinisches über die Reinfection mit Recurrens. (Nr. 5).

Von 262 Personen, welche Recurrens durchgemacht hatten, erkrankten aufs neue 23 — also 8,778 pCt. Die Reinfection kann bei einem und demselben Individuum mehrmals erfolgen. Der kürzeste vom Verf. beobachtete Termin zwischen der ersten Erkrankung und der Reinfection war 3 Monate, der längste 6 Jahre und 1 Monat. Der Recurrens erzeugt also keine Immunität, doch ist bei der Reinfection ein Unterschied wohl zu constatieren. Die Dauer des ersten und zweiten Anfalls ist kürzer und die Apyrexie dauert länger. Ob es sich um eine neue Infection handelt oder um ein Wiederaufflackern der ursprünglichen, ist noch nicht klargestellt. D. hat Ursache anzunehmen, dass es sich um eine Neuinfection handeln könne, da seine Pat. nach der Genesung die alten Infectionsherde bewohnten.

P. Kösel: Ein Fall von Sepsis hervorgerufen durch den Bacillus pyocyaneus. (Nr. 6).

Eine Krankengeschichte, welche die pathogenen Eigenschaften des Pyocyaneus für den geschwächten menschlichen Organismus beweist und dartut, dass dieser Bacillus im Blute circulieren kann. Die Symptome der allgemeinen Sepsis durch Pyocyaneus sind: ein hohes hectisches Fieber ohne starke Schweisse und Fröste, grosse Milz und Leber, Durchfall und hämorrhagische Diathese.

G. Wladimirow: Scharlach-Polyneuritis. (Nr. 6).

Der hier mitgeteilte Fall kann nach den klinischen Symptomen so bezeichnet werden, weil die Nerven am Krankheitsprocess beteiligt waren und symmetrische Erscheinungen vorlagen. Die Bezeichnung Scharlachrheumatismus sollte nach W. ganz verworfen werden und die einzelnen Krankheitsformen müssten einzeln nach ihrem Wesen bezeichnet werden. Die reinen Formen als Synovitis serosa (Henoch) einerseits, andererseits der obige Fall und ein früher mitgeteilter als Polyneuritis scarlatinosa.

A. Kraft: Weitere Beobachtungen über die Tuberculinprobe nach Pirquet an Kindern. (Nr. 6).

Eignet sich nicht zum Referat.

L. Kepinow: Die Krebskachexie vom Gesichtspunkt biochemischer Processe betrachtet. (Nr. 6).

Eignet sich nicht zum Referat.

M. Peusner: Ein Fall von Syphilis des Magens. (Nr. 7).

Zu dem hier mitgeteilten Fall handelte es sich um einen im Epigastrium palpablen Tumor. Da genügend Salzsäure vorhanden war, auch die Schmerzen zu wenig constant waren, wurde eine Jodbehandlung eingeleitet. Der Tumor verschwand. Pat. hatte Lues standhaft geleugnet.

A. Abrikosow: Zwei Fälle von embryonaler Einsprengung von Fett- und Muskelgewebselementen in die Hirnsubstanz. (Nr. 8).

Zwei Krankengeschichten, die sich nicht referieren lassen.

Th. Andreew: Ueber Schädigungen durch den elektrischen Strom. (Nr. 8).

Eignet sich nicht zum Referat.

Mickwitz.

Russkij Wratsch 1909.

K. Pawlowskaja-Karischewa: Zur Frage über die Epidemiologie der Diphtherie. (Nr. 43).

Im October 1908 beteiligte sich P. am Kampfe gegen die Diphtherieepidemie in einer der Mädchenschulen in Kiew. Eine der Massnahmen bestand in allgemeinen Präservativinjectionen von Antidiphtherieserum allen Schülerinnen (gegen 500) und darauffolgenden Untersuchungen vom Rachenschleim, sowohl der Gesunden wie der Kranken. Die gewonnenen Resultate sprechen dafür, dass die allgemeine bakteriologische Untersuchung eine Methode ist, die bei jeder Epidemie unbedingt ausgeführt werden muss, sowohl in geschlossenen Anstalten wie überhaupt auch dort, wo die Bevölkerung sehr eng zusammen lebt.

A. Sivert: Der Heilwert des Alcohols. (Nr. 43).

Probevorlesung.

I. Dillon: Zur Frage über Thyosinamin resp. Fibrolysin. (Nr. 43).

Die Ergebnisse der Literatur und der eigenen Beobachtungen lassen D. den Schluss ziehen, dass die Frage über den Einfluss des Thyosinamin (resp. Fibrolysin) auf oberflächliche Narben im positiven Sinne entschieden werden kann und bestätigt wird durch die Ergebnisse der Versuche und der klinischen Beobachtungen. Was die Einwirkung auf entferntere Organe anbetrifft, so ist die Entscheidung noch nicht endgültig zu fällen, doch bei passender Gelegenheit müssen Injectionen von Fibrolysin versucht werden, bevor man zu ernsten Eingriffen schreitet.

G. Kuleschi: Zur pathologischen Anatomie der asiatischen Cholera. (Nr. 44).

Vorläufige Mitteilung.

S. Goldarbeiter: Vergleichende Begutachtung und klinische Bedeutung der Methoden zur Bestimmung von Blutspuren in Se- und Excreten bei Kranken. (Nr. 44).

Die allerempfindlichste und deshalb zweckmässigste Probe auf Blut ist die mit Bensidin welche ein positives Resultat sogar in einer Verdünnung von 1:500000 gibt.

Bei Untersuchung von Kot muss man sich in jedem Falle überzeugen, ob der Kranke nicht Fleischnahrung, Blut- oder Eisenpräparate im Verlauf der letzten 2 Tage zu sich genommen hat. Um absolut zuverlässige Resultate zu erzielen wenigstens auf 2 Tage auf Milchdiät gesetzt werden. Bei Kotuntersuchung muss die ganze Menge verarbeitet und bei negativem Resultat die Probe einige Mal wiederholt werden, positiver Ausfall ist stets bei Carcinom und Ulcus ventriculi und Carcinom des Oesophagus. Bei chronischem Magenkatarrh und atrophischer Lebercirrhose kann auch dazwischen das Resultat ein positives sein, was natürlich wichtig ist zu wissen. Blutreaction im Urin wird fast ausschliesslich bei Affection der Harnwege beobachtet, in 137 Fällen war sie nur in einem Falle positiv bei Malaria.

N. Petrow: Zur Frage über die Bedeutung der Cammidgeschen Reaction bei Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse und über ihre Eigenheit. (Nr. 44—45).

Die Reaction nach Cammidge ist nicht pathogomonisch für Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, aber gewisse Beziehungen zwischen beiden bestehen jedenfalls. Wahrscheinlich spielen Erkrankungen des Zwölffingerdarmes dabei auch eine gewisse Rolle (Vergiftungen mit Essigsäure, acute Enterokolitis etc.).

A. Pawlowski: Versuche über Tuberculose. (Nr. 45).

Experimentelle Studie.

A. Melnikow: Bedeutung der Epithelkörperchen im Organismus. (Nr. 45).

Die Entfernung aller Epithelkörperchen aus dem Organismus eines Tieres oder Menschen ruft tetanische Anfälle hervor, die tödlich endigen können; die Exstirpation der Schilddrüse bedingt trophische Störungen. Die Epithelkörperchen haben 2 Functionen, eine antitoxische und die stoffwechselre-

gulierende. Wenn sie zufällig bei einer Operation entfernt werden, so müssen sie sofort reimplantiert werden.

A. Michailowskaja: Zur Frage über die Anwendung von Tuberculin unter Controlle des Opsoninindex. (Nr. 45).

Zur Injection wird das Tuberculinum purum, Endotin, benutzt. Der vollständige Curs der Behandlung besteht aus 4 Serien, in jeder sind 5 Ampullen. Die Serien unterscheiden sich durch die Stärke der Lösungen. Serie A enthält 0,01 pCt. der Lösung, B 0,1 pCt., C 1 pCt. und D 10 pCt. Bei jeder Serie werden 4 Ampullen gebraucht, die 5 dient als Reserve. Injectionen wurden alle 4 Tage ausgeführt. Das Resultat der Behandlung war Besserung des Allgemeinzustandes und Zunahme des Gewichtes. Die katarrhalischen Erscheinungen in den Lungen nahmen bedeutend ab und das Sputum wurde geringer oder schwand vollständig. Auf die Temperatur hat das Endotin keinen Einfluss.

W. Blacher: Ueber die Rolle der Streptococcen bei der Aetiologie des Scharlachs und die Wirkung des Antiscarlatinserums nach den Ergebnissen des Hospitals des Prinzen P. G. von Oldenburg in St. Petersburg. (Nr. 45 und 48).

Vom klinischen und pathologischen Standpunkt aus, gibt es keine ernsten Einwände gegen die Streptococcenätiologie bei Scharlach. Die Injection von Serum muss daher als specifische angesehen werden, welche ohne Frage von Bedeutung ist. Störend sind die grossen Mengen (bis 300 Cbc.) und die schweren Nebenerscheinungen. Daher soll das Serum nur dann injiciert werden, wenn bei genauer Beobachtung des Kranken im Verlauf des Tages oder der Nacht solche Erscheinungen eintreten, welche daran zweifeln lassen, ob im gegebenen Falle der Verlauf ein leichter oder mittlerer sein wird. Das Serum wieder nur bei lebensgefährlichen Symptomen zu injicieren, ist auch falsch und diskreditiert dasselbe.

R. Hundegger: Bericht über die Behandlung Cholerakranker mit Serum von Kraus im Juni und Juli 1909. (Nr. 46).

Einen Schaden stiftet das Serum nicht, scheint aber nichts zu nützen.

W. Shukowski: Ueber seltene Formen von angeborenem Hydrocephalus bei Kindern. — Angeborenes Hydrocephalit nach Cholera. (Nr. 47).

Vorgetragen auf dem 16. internationalen Congress in Buda-Pest.

B. Sile: Zur Lehre über die Verstärkung (Accentuation) des diastolischen Geräusches. (Nr. 48).

Zum Referat nicht geeignet.

R. Lurje: Zur Lehre über die epithelialen Geschwülste der Mäuse. (Nr. 48).

Vorläufige Mitteilung.

M. Nemenow: Zur Technik der Teleröntgenographie. (Nr. 48).

Beschreibung der Technik.

M. Michailow: Zur Casuistik der primären Echinococcuscysten der Pleurahöhle. (Nr. 48).

Casuistischer Beitrag. Die Echinococcengeschwulst entwickelte sich nach einem Trauma.

I. Iversen: Unerwünschte Complicationen von schädlicher Nebenwirkung des Arsazetins. (Nr. 49).

Schädliche Nebenwirkungen dieser Mittel concentrieren sich hauptsächlich auf das Centralnervensystem und zwar auf die Zellen der Sehnerven. Wodurch diese Wirkung hervorgerufen wird, ist fürs Erste noch unklar und kann nur durch etwaige Idiosynkrasie erklärt werden. Die Aufmerksamkeit muss daher darauf gerichtet sein, solchen Erscheinungen vorzubeugen, worauf eine gewisse Ueberempfindlichkeit des Organismus hinweist. Kolikartige Schmerzen und Reizung der Nieren, Bluterguss in die Sclera, scharlachartige Erytheme sind Zeichen hochgradiger Empfindlichkeit, welche als Warnung aufzufassen sind und treten dieselben nach der ersten Injection von 0,5—0,6 Arsazetin auf, so muss die weitere Behandlung der Kranken aufgegeben werden um schwerere Erscheinungen zu verhüten. Prädisponierende Momente sind: Alcohol- und Tabakmissbrauch und vorhergegangene Behandlung mit anderen Arsenikpräparaten.

P. Medowikow: Zur Frage über die Rolle der Bacterien im Magendarmtractus. Infection und Sterilisation desselben. (Nr. 50).

Unbeendigt.

F. Melnikowa und M. Werssilowa: Ueber den Einfluss der Blutgifte auf die Agglutination der Typhusbacillen. (Nr. 50).

Zu einem Referat nicht geeignet.

A. Grube: Bestech für Blutpräparate. (Nr. 50).

Beschreibung und Abbildung.

A. Woloschin: Zur Frage über Syphilis des Herzens. (Nr. 51).

In diesem genau mikroskopisch untersuchten Falle fand sich eine ausgebreitete syphilitische Affection des Herzens in Form von gummösen und fibrösen Processen.

W. Kassogladow: Adrenalin bei Hypernephromen. (Nr. 51).

Die Untersuchungen stellten das Vorhandensein von Adrenalin fest und zwar in recht beträchtlicher Menge im Auszug der histiologisch genau untersuchten Hypernephrome, welche den unteren Abschnitt der Nieren einnahmen. Die Untersuchungen wurden mit aller Vorsicht ausgeführt und jegliche Fehler ausgeschlossen. Probeversuche mit unveränderten Organen gaben negative Resultate.

Russki Wratsch. 1910.

W. Boldirew: Fischsuppe als Nahrungsmittel, welche eine starke Absonderung des Magensaftes hervorruft. (Nr. 1).

Die chemische Phase der Secretion des Magensaftes bleibt auch bei wiederholter Anwendung derselben Reizerreger immer dieselbe, ist in dieser Beziehung gerade entgegengesetzt der psychischen (reflectorischen) Phase.

S. Klibanskaja: Versuche der Behandlung der asiatischen Cholera der Kinder mit dem Serum S. Schurupows in Verbindung mit intravenösen Eingiessungen. (Nr. 1).

Das Serum von Schurupow setzt pCt. der Sterblichkeit der Kinder merklich herab, besonders wenn dasselbe zusammen mit physiologischer Kochsalzlösung nicht später als 12 Stunden nach Beginn der Krankkeit injiciert wird. Subcutan scheint es keine Wirkung zu haben, ebenso beim Typhoid.

L. Dmitrienko; Ueber Recurrenslähmung bei Mitralstenose.

Einschlägige Literatur nebst einem selbst beobachteten Falle.

A. Schiperskaja: Ueber die Behandlung von Hautkrankheiten, hervorgerufen durch Streptococcen, nach Finsen. Nr. 1.

Ein 35-jähriger Mann, welcher mehr als 1/2 Jahr an hartnäckiger Streptococcenfolliculitis litt, und dem keine Medication half, wurde nach 9-tägiger Behandlung nach Finsen vollständig hergestellt.

N. Krawkow: Ueber den Einfluss des Choleratoxins auf den Gasaustausch bei Tieren. (Nr. 2).

Experimentelle Studie.

K. Wagner: Ueber die Behandlung der Fettsucht. (Nr. 2).

Bei Fettleibigkeit ist das Thyreodin zu empfehlen. Besonders von Nutzen ist es in den Fällen, wenn die diätetischen und physischen Behandlungsmethoden im Stich lassen, hier ist es jedenfalls anzuwenden, ebenso bei angeborener oder erblicher Fettsucht.

W. Sokolow: Das runde Magengeschwür bei Kindern. (Nr. 2).

Krankengeschichte und Sectionsprotocoll eines 12-jährigen, am Ulcus ventriculi gestorbenen Knaben.

A. Butenko: Reaction des Urins mit Liq. Bellostii bei progressiver Paralyse. (Nr. 3).

Ein positiver Ausfall dieser Reaction wird bei progressiver Paralyse auch bei sicherem Fehlen von Würmern beobachtet und zwar in 84—91 pCt. Ist die Reaction da, so hat sie wenig Tendenz zum Schwinden, tritt aber letzteres ein, so ist die Prognose günstiger zu stellen. Sie kann auch von differentialdiagnostischer Bedeutung sein, da sie bei Dementia präcox, bei alcoholischen Psychosen, bei Epilepsie, periodischem und circulärem Irresein gewöhnlich nicht beobachtet wird.

L. Tschiknawerow: Ueber das Vorhandensein und das Fortbestehen der Choleravibrionen in der Galle. (Nr. 3).

Der Choleravibrio kann unter günstigen Umständen in die Gallenwege Cholerakranker gelangen, und ohne Veränderungen im Gewebe hervorzurufen weiter existieren und sich vermehren. Es gelangt aus dem Darm durch die Gallenwege in die Galle.

M. Wassiljewa: Zur Frage über die intravenösen Eingiessungen von 7‰ Kochsalzlösung bei der Behandlung von Cholerakranken. (Nr. 3).

Ein Vorzug der intravenösen Eingiessungen vor den subcutanen existiert nicht, im Gegenteil, die Erfahrungen sprechen zu Gunsten letzterer.

S. Simnitzki: Zur Frage über die Bedeutung der Dikrotie bei Combination der Insufficienz der Aortenklappen mit Insufficienz der Bicuspidalis. (Nr. 3).

Zum Referat nicht geeignet.

Mühlen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
unter der Mitwirkung von

№ 31 St. Petersburg, den 31. Juli (12. Aug.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Geburtshilflicher Bericht aus der Mitauer Hebammenschule.

Vortrag, gehalten auf dem II. kurl. Aerztetag in Libau am 30. Mai 1910.

Von

Dr. F. Bidder-Mitau.

Meine Herren!

Wenn ich es unternommen habe, einen geburtshilflichen Bericht zu schreiben, so hat mich in erster Linie dabei der Gedanke geleitet, mir selbst über meine Tätigkeit Rechenschaft abzulegen und durch Vergleich mit anderen Berichten aus geburtshilflichen Anstalten an unseren Resultaten Kritik zu üben. Erst als mein Bericht fertig war und ich sah, dass unsere Resultate das Tageslicht nicht zu scheuen brauchen, entschloss ich mich, Ihnen denselben vorzulegen, in der Annahme, dass dieses Thema in einer Aerztegesellschaft, deren Mitglieder zum grössten Teil auch Geburtshilfe treiben, nicht ohne Interesse sein dürfte. Ich, für mein Teil, würde es wenigstens mit Freuden begrüssen, wenn von Zeit zu Zeit zusammenhängende Berichte aus kleineren Anstalten, wie etwa der aus der Dörptschen Klinik zur Zeit Küstners von Buchholz bearbeitete ist, erscheinen würden, besonders aus solchen Anstalten, die wie unsere unter der Ungunst der Verhältnisse leiden, und in denen nicht wie in grossstädtischen modernen Neubauten alles aufs beste eingerichtet ist. Da ich nicht von vornherein bei Uebernahme der geburtshilflichen Abteilung den Plan hatte, einen Bericht zu schreiben, so sind meine Aufzeichnungen aus der ersten Zeit leider etwas lückenhaft, und daher bitte ich, Mängel und Ungenauigkeiten nachsichtig beurteilen zu wollen.

Bevor ich an meinen eigentlichen Bericht gehe, glaube ich denjenigen Collegen, die unsere Anstalt nicht kennen, einiges über deren Einrichtungen mitteilen zu sollen. Unsere Anstalt besteht aus einem Kreisszimmer, 2 Wochenzimmern mit je 6 Betten, einem Isolierzimmer für inficierte Fälle mit besonderem Eingang, einem Badezimmer und dem Schulzimmer, wo der Unterricht der Hebammenschülerinnen stattfindet. Was uns fehlt ist ein Empfangs- oder Untersuchungszimmer für neu aufzunehmende Patientinnen. Diese können natürlich nicht sofort von der Strasse in das Kreiss- oder Wochenzimmer geführt werden, und so müssen wir uns damit behelfen, sie im Schulzimmer zu besichtigen, wo auch häufig die erste innere Untersuchung stattfindet.

Das Kreiss- und die beiden Wochenzimmer liegen an einem Corridor und hängen miteinander zusammen. Der Eingang zum Kreisszimmer vom Corridor aus steht für gewöhnlich verschlossen, nur während einer Geburt wird er geöffnet, damit keine Passage durch die Wochenzimmer stattfindet. Das Kreisszimmer wird also nur bei Geburten benutzt, nicht als Durchgang zu den Wochenzimmern, wie früher. Der Eintritt zu dem Wochenzimmer vom Corridor aus ist Unbefugten durch Anschlag an der Tür strengstens untersagt. Die Wände der Zimmer und die Fussböden sind mit Oelfarbe gestrichen. Die Bettstellen sind aus Eisen. Die Patientinnen liegen auf Strohsäcken und wird natürlich für jede neue Patientin ein frischer Sack geliefert. Eigene Betten, Decken und Kissen mitzunehmen, ist untersagt.

Besuche dürfen die Wöchnerinnen nur von ihren Ehemännern und Müttern in Gegenwart der Dejourschülerin empfangen, und auch dieses nur mit meiner ausdrücklichen Erlaubnis, die von Fall zu Fall und nur für den betreffenden Tag erteilt wird. Die Besucher müssen, bevor sie das Wochenzimmer betreten, einen weissen Kittel anziehen. Speisen oder Getränke mitzubringen, ist ihnen untersagt.

Jede Kreissende oder neu eintretende Schwangere erhält, wenn es noch angeht, ein Bad, bekommt Anstaltswäsche an und wird dann erst ins Kreiss- resp. Wochenzimmer gebracht. Die meisten Frauen kommen kreissend herein, nur ausnahmsweise kommen sie einige Tage oder Wochen vor der Geburt.

Da unsere Anstalt eine Schule ist, so muss natürlich das Material zu Unterrichtszwecken ausgenutzt werden. Jede Patientin wird daher einer Hebammenschülerin zur Untersuchung und Pflege zuerteilt und bleibt in derselben Pflege bis zu ihrer Entlassung. Jede Patientin hat ihren besonderen Bettschieber. Bei der Geburt wird jede Kreissende von der Hebamme und einer Schülerin, in pathologischen Fällen auch von mir innerlich untersucht; dieses wiederholt sich je nach der Dauer und dem Gange der Geburt 2—3 mal, so dass mitunter eine Kreissende 6--8 mal innerlich untersucht wird. Ich unterlasse es natürlich nicht, immer und immer wieder zu betonen, dass dieses häufige innere Untersuchen nur hinsichtlich des Unterrichts erlaubt ist, und später in der Praxis ganz unstatthaft ist und womöglich ganz zu unterbleiben hat.

Was die Desinfectionsmethoden anbelangt, so lehre ich meine Schülerinnen die Fürbringersche Methode, und handhabe sie daher auch natürlich selbst. Also erst Nagelscheere und Nagelreiniger, dann Waschen mit grüner Seife und in Sublimat aufbewahrter Bürste, mindestens 8 Minuten in fliessendem, möglichst heissem, gekochtem Wasser, dann Abreiben mit in Alcohol getauchten Wattebäuschen, und endlich Abspülen in einem Desinficiens. Die in neuerer Zeit auftauchenden Bestrebungen, die Heisswasserwaschung zu beschränken und den Hauptwert auf die Alcoholwaschung zu legen, glaube ich in Hinsicht auf den Unterricht nicht acceptieren zu dürfen, sondern meine, den Hauptnachdruck für die Hebammen auf die mechanische Reinigung der Hände legen zu sollen. Was die objective Antisepsis, die Desinfection der Kreissenden, anlangt, so habe ich nach dem Bade und einer gründlichen Abseifung der äusseren Genitalien und Umgebung mit Bürste, von jeglichen Desinfectionsversuchen der Scheide bei normalen Geburten und gesunden Kreissenden abgesehen. Nur wo es sich um Fluor handelt, lasse ich eine Ausspülung der vagina vornehmen, und vor operativen Eingriffen nur dann, wenn die Kreissende schon oft und namentlich ausser der Anstalt von unbekannter Hand untersucht wurde.

Als Desinficiens benutzen wir ausschliesslich Lysol in 1% Lösung. Als Tupfmaterial wird sterilisierte Watte gebraucht, dieselbe bekommen auch die Wöchnerinnen als Vorlage. Bei operativen Eingriffen bekommen die Kreissenden nach der üblichen äusseren Desinfection eine sterile Unterlage. Der Operateur zieht einen sterilen Kittel an. Als Tamponadematerial werden sterilisierte Gazerollen benutzt. Als Nahtmaterial wird ausschliesslich Seide benutzt. Dieselbe wird nach der üblichen Präparation (Aether, Alcohol, Kochen) auf Glasspulen in Sublimat aufbewahrt, und vor dem Gebrauch noch einmal zusammen mit den Instrumenten ausgekocht. Nahteiterung habe ich nie erlebt.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen gehe ich zum eigentlichen Bericht über. Was die Frequenz unserer Anstalt anbetrifft, so lässt sich die erfreuliche Tatsache constatieren, dass dieselbe eine stetige Steigung aufweist. Vom Jahre 1900 ist die Zahl der geburtshilflichen Fälle von 59 auf 164 im letzten Jahre gestiegen. In dem Zeitraum, in dem ich in der Anstalt tätig bin, vom Mai 1906 bis März 1910 sind im Ganzen 500 Geburten, Frühgeburten und Aborte behandelt worden. Von dieser Zahl sind schon die Fälle abgezogen, die entweder schon vor der Entbindung die Anstalt aus irgendwelchen Gründen verliessen, die aber doch als Schwangere Unterrichtszwecken dienten, sowie diejenigen, die nach der Geburt zur Wochenpflege eintraten. Mein Bericht umfasst also 500 geburtshilfliche Fälle. Von diesen 500 Patientinnen waren verheiratet 299, unverheiratet 191, bei 10 fand sich in den Journälen keine Angabe über ihren Stand. Das ergibt 61,02% verheiratete und 38,97% unverheiratete. In der Dörptschen Klinik zur Zeit Küstners waren es nur 57,8% verheiratete und 42,2% unverheiratete. Wir sehen also ein bedeutendes Ueberwiegen der verheirateten Frauen, was ich als erfreuliches Zeichen dafür ansehe, dass das Vorurteil gegen Krankenhausbehandlung in den unteren Ständen im Schwinden begriffen ist und das Vertrauen zu unserer Anstalt wächst. Habe ich doch während der kurzen Zeit meiner Tätigkeit die Erfahrung machen können, dass verheiratete Frauen zum zweiten Male zur Entbindung zu uns kommen.

Von den 500 Schwangeren waren Erstgebärende 214, Mehrgebärende 217 und Vielgebärende 39. Bei 30 Personen fand sich in den Journälen keine Angabe über die Zahl der vorhergegangenen Geburten. Also 45,5% aller Gebärenden waren Erstgebärende. Diese Zahl deckt sich ungefähr mit der in Dorpat aus den Jahren 1888 bis 1893 berechneten, wo die Erstgebärenden 47,8% aller Gebärenden betrugen. Von den 214 Erstgebärenden waren unter 20 Jahre alt — 29. Zwischen 20 und 30 Jahren 147 und über 30 Jahre alt waren 33. Bei 5 Personen fehlten Altersangaben in den Journälen. Wir haben also 5,8% junger Erstgebärender auf alle Geburten und 13,9% auf alle Erstgebärenden berechnet. Auch diese Zahlen decken sich mit den in Dorpat gefundenen, wo 6,4% resp. 12% constatiert wurden. Spitta [1]) fand unter 10360 Fällen der Marburger Anstalt nur 2,5% junge Mütter, doch rechnet er nur solche bis zum 18. Lebensjahre dazu. Die Geburten resp. Aborten unserer jungen Erstgebärenden verliefen alle normal resp. spontan, bis auf zwei. Bei der einen handelte es sich um eine verschleppte Querlage, bei der das Kind nur durch Embryotomie entwickelt werden konnte. Bei der anderen musste nach 24-stündigem Kreissen das Kind wegen Asphyxie durch Zange entwickelt werden. Wir sehen also bei unseren jungen Erstgebärenden keine Steigerung der Operationsfrequenz, nur 6,8%. — Von den 500 geburtshilflichen Fällen waren 376 rechtzeitige Geburten, 44 Frühgeburten und 80 Aborte. Ich beginne mit der Besprechung der

Aborte.

Ich habe zu den Aborten nur die Fälle gerechnet, wo es sich um eine Unterbrechung der Schwangerschaft in den ersten 3 Monaten handelt. Die Fälle vom 4. Monate an, wo der Abort wie eine Frühgeburt resp. rechtzeitige Geburt verläuft, habe ich zu den Frühgeburten gerechnet. In Dorpat kamen in der Klinik auf 889 Geburten nur 26 Aborte, das sind 2,9%. In der Poliklinik [2]) auf 1400 Geburten 149 Aborte, also 10,6%, zusammen addiert ergibt das nur 7,6% Aborte. In Strassburg [3]) kamen in den Jahren 1905—1907 auf 3211 Geburten 406 Aborte, oder 12,6%. Wir haben 16% Aborte oder mit anderen Worten jeder 6. bis 7. geburtshilfliche Fall war ein Abort. Wenn diese erschreckend sehr hohe Zahl von Aborten auch nicht denjenigen in Grossstädten constatierten gleichkommt (aus sämtlichen preussischen Polikliniken sind 29,8% Aborte berechnet worden [4]), so ist sie doch für unsere Stadt eine sehr bedeutende und lässt tief blicken. Von den 80 Aborten betrafen 55 verheiratete Frauen, bei 10 Personen fehlten Angaben über ihren Stand und nur 15 waren als unverheiratete eingetragen. Von den 55 Verheirateten waren Erstgebärende nur 2, Mehr- und Vielgebärende 38, bei 15 Personen fehlten leider die Angaben. Doch ist auch so die Tatsache evident, dass die überwiegende Mehrzahl der Aborte verheiratete Mehrgebärende betraf, eine Tatsache, die wohl die Ver-

[1]) Inaug.-Diss. Marburg 1895.
[2]) Redlich. Küstner Ber. u. Arb.
[3]) Centralbl. 1910, Nr. 6.
[4]) Klin. Jahrbuch. Bd. IV, 1892.

mutung nahelegt, dass die Mehrzahl der Aborte artificielle waren. Ziemlich sicher annehmen konnte ich dieses in 20 Fällen, da diese schon mit mehr oder weniger erhöhter Temperatur hereinkamen, also schon inficiert waren. Was nun den Verlauf resp. die Therapie der Aborte anlangt so verliefen nur 2 von den 80 spontan. Der eine war eine Blutmole, die in toto spontan ausgestossen würde, bei dem anderen Falle fand sich in der Vagina ein Stück Placenta und der Uterus erwies sich bei der digitalen Austastung als leer. Die 78 übrigen Fälle mussten teils manuell, teils instrumentell beendet werden, und zwar habe ich 62 Aborte manuell ausgeräumt, bei 6 von diesen habe ich im Anschluss an die manuelle Ausräumung noch die Curette angewandt, um einige festhaftende Diciduafetzen, die dem Finger nicht folgen wollten, zu entfernen, und nur 16 Fälle habe ich ausschliesslich instrumentell behandelt. In diesen Fällen lag der Abort entweder schon mehrere Wochen zurück, der Uterus war schon fast contrahiert, es liess sich also annehmen, dass nur kleine Diciduareste zurückgeblieben waren, oder es handelte sich um einen so torpiden Uterus, dass er sich auf Tamponade durchaus nicht auf Fingerweite erweitern wollte. Ich muss gestehen, dass ich im Hinblick auf meine Erfahrungen den nicht zur Ruhe kommenden Streit: hier Curette, hier Finger, inbetreff der Therapie des Abortes, nicht recht verstehen kann. Die Indicationen für die Curette sind doch so eng begrenzt, dass wir garnicht im Zweifel sein können, wann sie den Finger zu ersetzen hat. Das souveräne Instrument für die Ausräumung des Aborts ist der Finger. Ist der innere Muttermund für einen Finger durchgängig, und das ist er, wenn grössere Abortreste zurückgeblieben sind, fast immer, so räumt man eben mit dem Finger aus, event. in Narkose. Anderenfalls tritt die Tamponade resp. Dilatation mit starren Dilatatoren in ihre Rechte, und kommt man damit nicht zum Ziel oder lässt sich annehmen, dass der Uterus nur noch geringe Abortreste enthält, dann ist die Curette erlaubt. Das sind aber nach meinen Erfahrungen die durchaus seltenen Fälle, in unserem Materiale nur 20%. Der Einwand der Curettenanhänger, dass der Finger nicht wie ein Instrument keimfrei gemacht werden könne, ist, glaube ich, eine rein theoretische Erwägung, die vor den Erfahrungen der Praxis nicht standhalten kann. Von unseren 80 Aborten verlief das Wochenbett bei 73 vollständig fieberfrei, auch bei denen, die vor der Ausräumung fieberten, und nur in 7 Fällen war im Wochenbett Fieber zu verzeichnen. Dabei handelte es sich in 3 Fällen nur um den bekannten Schüttelfrost mit einmaliger hoher Temperatur in unmittelbarem Anschluss an die Ausräumung. In 4 Fällen war mehr oder weniger lange anhaltendes Fieber vorhanden. Von diesen handelte es sich zweimal um schwere Sepsis. Die Patientinnen kamen aber schon in desolentem Zustande herein, und die Ausräumung konnte den letalen Ausgang nicht aufhalten. In den zwei anderen Fällen war leichtes Fieber am 2. und 3. Tage vorhanden. Von diesen war der eine Fall manuell, der andere mit Curette ausgeräumt worden. Unsere Abortmorbidität beträgt also 2,5%. Die Mortalität ist 0, die beiden lethalen Fälle (die eine Patientin starb ausserhalb der Anstalt) kamen schon moribund herein.

Ich komme zur Besprechung der

Frühgeburten.

Frühgeburten habe ich 44, also 8,8% aller Gebärenden beobachtet. Verheiratet waren 23 Mütter, unverheiratet 21. Spontan verlief die Frühgeburt 34 mal und wurden dabei 19 mal lebende Kinder, und 15 tote Kinder geboren. Im Hinblick darauf, dass ich zu den Frühgeburten auch die Aborte vom 4. Monat an gerechnet habe, ist die Zahl der Totgeborenen nicht gross. Künstlich beendet wurden drei Frühgeburten. Einmal handelte es sich um Placenta praevia, einmal um Querlage und einmal um Steisslage. Künstlich eingeleitet wurde die Frühgeburt in 7 Fällen. Die Indicationen zur Einleitung waren 3 mal schwere Nephritis mit starken Oedemen und hohem Eiweissgehalt, zwei mal 12‰. Einmal Morbus Basedowii mit Herzinsufficienz. Einmal Ecclampsie im 9. Monat, einmal enges Becken und einmal gab ein Tumor im kleinen Becken die Indication ab. In diesen 7 Fällen habe ich zur Anregung von Wehen 3 mal ein Bougie in den Uterus eingeführt und 2 mal die Cervixtamponade vorgenommen. In allen Fällen führten diese beiden Methoden zum Ziel. Im 6. Falle kam ich weder mit Bougie noch mit Tamponade zum Ziel. Es handelte sich um einen kindskopfgrossen Tumor im kleinen Becken und ich schritt schliesslich zur Metrorhyse, was auch schnell zum Ziel führte. Im 7. Falle handelte es sich um schwere Ecclampsie bei uneröffnetem Muttermunde im 9. Monat der Gravidität, wo ich um schnell zu entbinden, den Muttermund manuell dehnte, bis ich die Wendung machen konnte. Ich komme auf diesen Fall noch zurück bei der Besprechung der Ecclampsie. In meinen 7 Fällen konnte ich 6 mal lebende Kinder erzielen, von denen allerdings 2 sehr bald starben. Das Eine war eine sechsmonatliche Frucht, das andere war $3^1/_2$ Pfund schwer. 4 Kinder blieben am Leben. Ein Kind wurde tot geboren. Was die Wochenbettmorbidität der Frühgeburten anlangt, so verlief das Wochenbett bei 32 von den 44 normal. 12 von ihnen hatten Fieber. Von diesen war jedoch das Fieber 6 mal nicht puerperalen Ursprungs. Zwei erkrankten an Durchfällen mit leichten Temperaturen bis 38,5. Eine dritte erkrankte am 8. Tage an einer Pneumonie, sie genas. Die vierte hatte während eines Collapsanfalls nach beendeter Geburt in Abwesenheit der Hebamme vom Feldscher eine Camphereinspritzung erhalten und erkrankte an Erysipel an der Injectionsstelle. Sie wurde gesund. Die fünfte erkrankte im Wochenbett an Influenza, sie wurde am 8. Tage gesund entlassen. Die sechste erkrankte an Recurrens. Somit bleiben nur 6 nach, deren Fieber im Wochenbett puerperalen Ursprungs war, das macht 13,6%. Bei sämtlichen handelte es sich jedoch nur um kleine Temperaturen ohne locale Erkrankungen, die in einigen Tagen auf die Norm zurückgingen. Was im Speciellen die Wochenbetten der 7 künstlich eingeleiteten Frühgeburten anlangt, so verliefen 3 Wochenbetten normal, in 4 Fällen war das Wochenbett fieberhaft. In diesen Fällen handelte es sich jedoch 2 mal nur um eintägige Temperaturen über 38, das eine Mal infolge Darmstörung. Der dritte Fall betraf die Erkrankung an Erysipel, den ich schon erwähnte, und im 4. Falle ging alles bis zum 10. Tage normal, dann stieg die Temperatur auf 39,5 und es traten übelriechende Loctien auf. In einigen Tagen war wieder alles normal. Genau genommen lässt sich also nur dieser eine Fall zu den puerperalen Erkrankungen rechnen, was 14,2% ergibt, also fast ebensoviel wie bei allen Frühgeburten. — Ich komme zur Besprechung der

rechtzeitigen Geburten.

Rechtzeitige Geburten sind 376 behandelt worden. Von diesen waren Schädellagen 351 also 93,3%. Von diesen I. Schädellagen 228 oder 60,6%, II. Schädellagen 123 oder 32,7%. Vorderhauptslagen waren nur 2, Beckenendlagen waren 26 d. h. 6,9%. Von diesen Steisslagen 12 und Fusslagen 14. Querlagen habe ich 2 beobachtet, das sind 0,53% und endlich Gesichtslagen ebensoviel. Das sind Zahlen, die sich ungefähr mit denen aus grossem Material berechneten decken. Nur Vorderhauptslagen haben wir viel seltener als andere

beobachtet, nur 2 mal, also 0,53%. Von diesen betraf die eine noch eine Zwillingsfrucht. Beide Mütter waren Mehrgebärende. In der Küstnerschen Klinik kam schon auf 47 Geburten eine Vorderhauptslage. Schröder findet unter 75, v. Hecker unter 72 Schädellagen eine Vorderhauptslage. v. Schrenck [5]) findet bei der Estin erst unter 153 Schädellagen, eine Vorderhauptslage und zieht den Schluss, dass die Vorderhauptslage bei der Estin $2^1/_2$ mal seltener ist als bei der Deutschen, und Redlich konnte das für das poliklinische Material vollständig bestätigen. Somit scheint sich nach meinen Beobachtungen dasselbe für die Lettin zu bestätigen. Der Schlüssel für diese auffallende Tatsache dürfte wohl in dem seltenen Vorkommen des engen Beckens bei uns zu suchen sein. Doch sind meine Zahlen natürlich viel zu klein, um bindende Schlüsse zu ziehen.

Die beiden Gesichtslagen betrafen Erstgebärende. Die eine war eine junge Erstgebärende und die Geburt verlief normal. Das Wochenbett war fieberfrei. Die andere war eine 43-jährige Erstgebärende. Sie kam mit totem Kinde, das Kinn stand hinten. Die Geburt wurde mit Perforation und Extraction beendet. Das Wochenbett verlief mit leichten Temperaturen, bis 38,2.

Von den beiden Querlagen betraf eine eine Erstgebärende, die andere eine Zweitgebärende. Beides waren II. Querlagen. Beide kamen mit schon längst gesprungener Blase und toten Kindern herein. Bei beiden war ein Arm vorgefallen. Bei der einen gelang noch die Wendung und es wurde ein toter Knabe extrahiert. Ein kleiner Dammriss wurde mit 4 Nähten geschlossen und heilte gut. Das Wochenbett verlief normal bis auf eine einmalige Temperatur von 38,1, Patientin wurde am 11. Tage entlassen. Bei der anderen Querlage war die Schulter schon derart tief getreten, dass an Wendung nicht mehr zu denken war. Auch nach Evisceration der Brust- und Baucheingeweide konnte die grosse Frucht nicht extrahiert werden, und so musste schliesslich die Decapitation vorgenommen und Rumpf und Kopf einzeln entwickelt werden. Die Placenta folgte auf Credé. Das Wochenbett war fieberfrei, Patientin wurde am 9. Tage entlassen.

Von den 26 Beckenendlagen betrafen 13 Zwillingsfrüchte. Wenn ich von diesen abstrahiere, so erhalte ich 3,4% Beckenendlagen, was den üblichen Zahlen mehr entspricht. Von diesen 26 verliefen spontan 14 und 12 wurden künstlich beendet, das sind 46,1%. v. Winkel machte die Extraction im Jahre 1890 in 33,4% der Fälle. Bei Küstner wurde sie nur in 17,4% der Fälle gemacht. Ich habe sie jedoch auch nur aus strenger Indication vorgenommen. Was die Lebensverhältnisse der in Beckenendlage geborenen Kinder anlangt, so wurden von den 26 Kindern 23 lebend geboren und 3 tot, das eine von ihnen war ein Hydrocephalus. Ich hatte ihn leider intra partum nicht diagnosticiert, und die sehr schwierige Entwickelung des Kopfes gelang nur, weil er mir unter den Händen barst. Ein kleiner Scheidenriss, es war eine IX Gebärende, wurde mit 2 Nähten geschlossen und heilte gut. Das Wochenbett verlief normal. In der Küstnerschen Klinik wurden von 35 — 5 totgeboren, 8 starben später in der Klinik, das sind 37,1% Verlust an Kindern. Von meinen lebend geborenen starben in der Anstalt später 3, das sind zusammengerechnet nur 23% Verlust.

Ich wende mich nunmehr zur Besprechung der

geburtshilflichen Operationen.

Die Berichte über die Operationsfrequenz aus den verschiedenen Kliniken lauten sehr verschieden, was wohl einerseits daraus erklärt wird, dass die Indicationen für die operativen Eingriffe doch mehr oder weniger dem subjectiven Ermessen des Geburtshelfers entspringen, andererseits daraus, dass die Einen nur die grösseren Eingriffe, die Anderen auch die kleineren, wie z. B. Damm- oder Cervixincisionen, oder die verschiedenen sogenannten Handgriffe wie Kristeller, Ritgen etc. zu den Operationen rechnen. So wird die Operationsfrequenz aus allen stationären Kliniken Preussens aus den Jahren 1887—1889 mit 9,6% angegeben, aus München für die Jahre 1884—90 mit nur 6,7%. Slaviansky gibt für die Gesamtsumme der Operationen in den russischen geburtshilflichen Kliniken im Jahre 1889 — 26% an. v. Schrenck gibt für die Estin 12,7% und Buchholz aus der Küstnerschen Klinik 19,4% an. Zur Erklärung für diese etwas hohe Zahl gibt Buchholz das relativ häufigere Auftreten von Beckenendlagen, Querlagen, Zwillingsgeburten und Ecclampsie an, sowie den hohen Procentgehalt der alten Erstgebärenden und den Knabenüberschuss. Ich habe nur Zange, Wendung, Perforation, Extraction, Embryotomie und Placentarlösung zu den Operationen gerechnet und diese Operationen unter 376 rechtzeitigen Geburten 63 mal ausgeführt, was einen Procentsatz von 16,7 angibt, also ungefähr mit der Operationsfrequenz der Küstnerschen Klinik übereinstimmt und wohl auch ebenso zu erklären ist. Von diesen 63 operativen Fällen betreffen 11 alte Erstgebärende, deren ich im ganzen 33 in Behandlung hatte. Die Operationsfrequenz bei den alten Erstgebärenden betrug demnach 33,3%. Für die alten Erstgebärenden der Dorpater Klinik und Poliklinik hatte ich damals in meiner Dissertation 35,7% berechnet. Was nun die Frequenz der einzelnen Operationen anlangt, so haben wir die

Zange

24 mal angelegt, das sind 6,3%. In Dorpat in 12%, in verschiedenen Kliniken Deutschlands in 2,2 bis 3,6%, in Innsbruck 9,16%. In Petersburg 3%. v. Schrenck findet 7,3%. Wie man sieht halten sich unsere Zahlen in der Mitte. 17 mal haben wir die Zange bei Erstgebärenden, 6 mal bei Mehrgebärenden angelegt, bei der einen Erstgebärenden handelte es sich um Zwillinge, die ich alle beide mit der Zange entwickeln musste. Berechne ich die 17 Zangenapplicationen auf meine Erstgebärenden, so bekomme ich 9,3%, oder mit anderen Worten jede 11. bis 12. Erstgebärende musste mit der Zange entbunden werden. Was die Indicationen zur Zange anlangt, so finde ich verzeichnet: Schlechtwerden der Herztöne 11 mal, Wehenschwäche, resp. völliges Aufhören derselben 6 mal. Wehenschwäche plus Meconiumabgang 1 mal, Meconiumabgang 2 mal, Ecclampsie 2 mal und 2 mal Asphyxie des Kindes plus Temperatursteigerung der Mutter. Also 13 mal gab das Kind, 8 mal der Zustand der Mutter und 3 mal beider Zustand die Indication ab. v. Hecker wies bei den mit Hilfe der Zange geborenen Kindern ein starkes Ueberwiegen der Knaben nach; er fand ein Verhältnis von 150,6:100. „Die härteren und umfangreicheren Knabenschädel setzen öfter der Geburt einen die Notwendigkeit der Zangenanlegung bedingenden Widerstand entgegen". Nach meinen Zahlen konnte ich das durchaus bestätigen. Unter den 24 Zangengeburten waren 15 mal Knaben, 9 mal Mädchen notiert, was einem Verhältnis von 165:100 entspricht. Lebend geboren wurden von den 24 Kindern 22. 2 waren tot, beides Mädchen. Das eine, eine totfaule Zwillingsfrucht, (der andere Zwilling wurde lebend mit der Zange entwickelt) das andere wurde wegen Eclampsie der Mutter mit der Zange entwickelt. Ein Kind wurde tief asphyctisch geboren und starb bald trotz aller Bemühungen. Dammrisse habe ich unter den 23 Müttern 12 mal erlebt, 10 mal gelang es mir den Kopf ohne Dammriss zu entwickeln, davon 5 mal bei Erstgebärenden. Einmal machte ich Inci-

[5]) Schrenck, A. v. Studien etc. Diss. Dorpat 1880.

sionen in den Damm, 2 mal Cervixincisionen, das eine Mal bei einer Eclamptischen. Von den 12 Dammrissen betrafen 5 alte Erstgebärende von 33—38 Jahren. Zwei ereigneten sich bei Zweitgebärenden, wo ich in einem Falle die hohe Zange anlegte wegen bedrohlicher Asphyxie des Kindes, wo also der Damm noch garnicht gedehnt war. Er heilte gut zusammen. 2 mal fehlten die Angaben über das Alter der Mutter. In der Küstnerschen Klinik waren unter 110 Zangengeburten 51 Dammrisse. Wir hatten 52%. Was die Wochenbettmorbidität der 23 mit Zange entbundenen Mütter betrifft, so machten 20 von ihnen ein fieberfreies Wochenbett durch. 3 hatten Fieber. Eine, die mit dem totfaulen Zwilling, hatte eine einmalige Temperatursteigerung bis 38,5, eine zweite hatte schon vor der Geburt erhöhte Temperatur und eine dritte erkrankte im Wochenbett an Influenza. Wenn ich diese 3 Fälle, die doch gewiss keine Infection durch Zangenapplication bedeuten, ausschalte, so haben wir eine Zangenmorbidität von 0%.

Die Wendung

habe ich im Ganzen 13 mal gemacht, d. i. 3,4%, also häufiger als die mir zu Gebote stehenden Vergleichszahlen aufweisen, wo ich 1—2,5% finde. Die Indication für die Wendung war 6 mal enges Becken, 1 mal Querlage, 3 mal Placenta praevia, 2 mal Nabelschnurvorfall und 1 mal Blutung. Es handelte sich um eine Viertgebärende, die schon mehrere Stunden kreissend hereinkam und angab, nach der letzten Geburt in St. Petersburg eine Operation durchgemacht zu haben. Die Aerzte sollten ihr gesagt haben, dass sie ohne ärztliche Hilfe nicht niederkommen könne. Bei der inneren Untersuchung war ein Muttermund überhaupt nicht zu finden, überall nur ein die Scheide wie ein Dach überdeckendes Narbengewebe und dahinter der kindliche Schädel. Ich machte mit Messer und Scheere einen künstlichen Muttermund, und da der Kopf noch beweglich war, und es ziemlich stark blutete, beendete ich schnell die Geburt mit Wendung und Extraction. Die Blutung stand darauf spontan, die Nachgeburt wurde durch Credé exprimiert. Das Wochenbett war normal. Das Kind war leider tot. Von den 13 Kindern wurden geboren: lebend 7, tot 6. Dammrisse habe ich bei der Wendung 5 mal erlebt. 3 von ihnen waren kleine und wurden mit 3—5 Nähten geschlossen. 2 mal waren grosse Dammrisse entstanden. Es handelte sich beidemal um enges Becken und sehr grosse Kinder. Die Köpfe liessen sich absolut nicht entwickeln. Ich musste beide Male die Perforation des nachfolgenden Kopfes machen, und auch dann erst konnte ich mit vieler Mühe, das eine Mal nur in Walcherscher Hängelage den Kopf entwickeln. Das Kind wog ohne Gehirn 9½ Pfund. Die Dämme heilten gut zusammen. Das Wochenbett verlief bei den 13 Frauen 9 mal vollständig normal. Vier Wöchnerinnen hatten Fieber. Alle jedoch nur eine einmalige Temperatur von 38,1 bis 38,6. Eine erkrankte am 8. Wochenbettstage an Pneumonie. Ich hatte bei ihr wegen Placenta praevia die Wendung nach Braxton Hicks gemacht und ausserdem die manuelle Lösung der Placenta vornehmen müssen. Die Mortalität bei der Wendung war 0.

Die Perforation

des vorliegenden Kopfes habe ich 4 mal ausführen müssen, also in c. 1% der Fälle. Das eine Mal leider beim lebenden Kinde. Es handelte sich um enges Becken, die Geburt ging absolut nicht vorwärts, es stellte sich Fieber ein und mehrfache Zangenversuche waren absolut erfolglos. Dies wäre ein Fall für Symphysiotomie oder Pubotomie gewesen, wozu ich mich nicht entschliessen konnte, da ich die Operation nie gesehen habe.

Nehme ich diesen Fall, wo die Perforation zu umgehen gewesen wäre, ab, so erhalte ich 0,7% (das ist ungefähr ebensoviel wie meine Vergleichszahlen angeben, wo ich 0,2—1% finde, Buchholz gibt 0,4% an), in denen die Perforation nicht zu umgehen war. Von den 3 übrigen Fällen handelte es sich einmal um enges Becken, beidemal mit einer Conj. vera von c. 8,5 cm. Auch hier waren Zangenversuche ohne Erfolg, und da das Kind tot war, war die Perforation indiciert. In diesem Falle waren die Schultern der Frucht so breit und boten einen derartigen Widerstand, dass ich die Cleidotomie zu machen gezwungen war, erst dann gelang es mir die Frucht zu entwickeln. Das Kind wog ohne Gehirn 9¾ Pfund. In einem zweiten Falle handelte es sich um eine 40-jährige Erstgebärende, bei der die Geburt absolut stillstand, das Kind abgestorben war und die Temperatur auf 39 gestiegen war. Das Kind wog ohne Gehirn 10 Pfund. Es handelte sich also auch hier um ein Missverhältnis zwischen Kopf und Becken. Das 3. Mal handelte es sich um eine Gesichtslage. Das Kind drehte sich nicht nach vorne, auch mit der Zange gelang die Drehung nicht, und so entschloss ich mich zur Perforation des inzwischen abgestorbenen Kindes. Drei mal handelte es sich um Erstgebärende, darunter 2 mal um alte Erstgebärende, das 4. mal um eine Achtgebärende. Das Wochenbett dieser 4 Frauen verlief leider nur ein mal ganz normal. In zwei Fällen war im Wochenbett leichtes Fieber aufzuweisen, beide genasen in kurzer Zeit. Der 4. Fall verlief leider letal. Es war das die Achtgebärende mit engem Becken, wo die Temperatur schon vor der Geburt angestiegen war, und wo ich das lebende Kind perforierte. Abends nach der Operation war die Temperatur 39, Patientin klagte über Schmerzen in der linken Bauchseite. Es bestand Meteorismus. Am anderen Morgen war der Meteorismus noch stärker, der Puls schwach. Trotz reichlicher Camphergaben erfolgte in der Nacht der Exitus. Dies war der einzige letale Fall in dem von mir besprochenen Zeitraume, der eventuell der Anstalt zur Last gelegt werden muss.

Die Embryotomie

habe ich nur 1 mal auszuführen gebraucht, d. i. in 0,4%. v. Schrenck und Buchholz gaben 0,2% an. Im Auslande ist die Embryotomie eine viel seltenere Erscheinung. v. Winkel gibt in seinen Berichten von 1874—1890 nur 2 Fälle an. Gottstadt führt im klinischen Jahrbuch 1888—1889 keinen Fall an, ebenso Torgler. Letzterer weist darauf hin, dass nach Bidder auf c. 3000, nach Pawlick auf 2361 Geburten erst einmal eine vernachlässigte Querlage vorkommt. Hier bei uns liegen leider die Verhältnisse noch im Argen. Unser Fall betraf eine junge Erstgebärende, die mit vernachlässigter zweiter Querlage und totem Kinde hereinkam. Wie ich schon an anderer Stelle erwähnt habe, war hier die Evisceration erfolglos, ich musste decapitieren und Rumpf und Kopf einzeln extrahieren. Das Wochenbett war fieberfrei und Patientin verliess am 9. Tage die Anstalt.

Die manuelle Placentarlösung

habe ich unter 376 rechtzeitigen Geburten 11 mal vornehmen müssen, d. i. in 2,9% der Fälle. In Dorpat wurde sie in 2%, in Innsbruck in 4,2% ausgeführt, in den übrigen Berichten finde nur 0,2—0,5%. Ich bin mir jedoch nicht bewusst, mit der Indication zu dieser gefährlichen Operation leichtsinnig gewesen zu sein, sondern habe sie nur bei Blutung oder mehrstündiger Zögerung des Austretens gemacht, und die Placenta dann immer mehr oder weniger adhärent gefunden. Das Wochenbett bei diesen 11 Frauen verlief vollständig normal 5 mal. Zwei mal handelte es sich nur um einmalige Temperatursteigerung bis 38,2. Es bleiben also nur 4 Fälle, die im Wochenbett mehrere Tage über 38 hatten. Betrachten wir aber diese Fälle näher, so hatten schon 3 von ihnen während der Geburt Fieber, und zwei

von diesen hatten schon vorher andere, entbindende Operationen durchgemacht. Bei der einen wurden beide Zwillinge wegen Asphyxie in Steiss resp. Fusslage extrahiert, zwischen beiden Geburten waren 3 Stunden verstrichen, und bei der zweiten musste ich die Perforation und Extraction ausführen. Die vierte kam mit schon längst abgeflossenem Fruchtwasser herein. Es ergibt sich also, dass in sämtlichen Fällen, wo die Placentarlösung nach spontan erfolgter Geburt des Kindes vorgenommen werden musste, resp. in den Fällen, die sicher noch nicht inficiert hereinkamen, das Wochenbett normal verlief. Die Mortalität war = O. Nach Kleinschmidt wurde in München von 1884—1891 die Placentarlösung nur in 0,34% der Fälle vorgenommen. 23,8% hatten ein fieberhaftes Wochenbett.

Die Extraction

habe ich bei 8 Frauen und 11 Früchten gemacht. Drei mal handelte es sich um Zwillinge. Lebend geboren wurden 10 Kinder, tot eins. Das Wochenbett war normal in 6 Fällen. In zwei Fällen, beide Zwillinge betreffend, fieberten die Mütter im Wochenbett. Beide kamen aber schon fiebernd in die Anstalt, die eine mit einem Panaritium.

Von Interesse dürfte es sein, festzustellen, wie es mit

Dammrissen

in unserer Anstalt bestellt ist. Auch hierin weichen die Angaben in der Literatur recht von einander ab, da die Einen nur grössere Dammrisse, die Anderen jeden kleinsten Riss mitzählen. Ich nähe principiell jeden kleinsten Riss zusammen, und habe daher auch jeden kleinsten mitgerechnet, und da finde ich unter den 376 rechtzeitigen Geburten 92 Dammrisse verzeichnet. Das sind 24,4%. Man muss bei Beurteilung dieser Zahl in Betracht ziehen, dass die Mehrzahl der Gebärenden Erstgebärende waren, und dass der Dammschutz meist von den Schülerinnen, also von ungeübter Hand ausgeführt wurde. Von diesen 92 Dammrissen kamen auf spontane Geburten 69 und auf künstlich beendete 23. Auf Erstgebärende kamen 82 Dammrisse, auf Mehrgebärende 10. Also 44,1% der Erstgebärenden erlitten Dammrisse. Ahlfeld gibt in seinem Lehrbuche 25% für Erstgebärende an. v. Schrenck gibt bei Erstgebärenden 36,6% an. In Schrenks Arbeit befindet sich eine Tabelle, aus welcher ich ersehe, dass die Frequenz der Dammrisse bei Erstgebärenden angegeben wird zwischen 18,7% bei Nippold und 47% bei Olshausen. Was unsere alten Erstgebärenden betrifft, so erlitten 17 von den 33 Dammrisse, was 51,5% ergibt, also etwas mehr als die Erstgebärenden überhaupt. Von den 10 Dammrissen bei Mehrgebärenden ereigneten sich 6 bei spontanen Geburten, vier bei operativ beendeten. Ueber die etwas hohe Zahl der Dammrisse können uns indess die Resultate der Dammheilung einigermassen trösten. Denn bei Durchsicht meiner Journäle finde ich, dass von den 92 Dammrissen 78 tadellos p. primam verheilt sind, das sind 84,7%. Von den 14 nicht verheilten sind noch zwei abzuziehen, deren Trägerinnen nicht dazu zu bewegen waren, sich ihren Riss nähen zu lassen. Es bleiben also 12 Risse nach, die nicht per primam vollständig verheilten. Unter diesen finden sich noch etliche, die noch immerhin recht gut verheilt waren und jedenfalls der Trägerin keinen Nachteil bringen dürften.

Ich komme zur Besprechung der

Zwillingsgeburten.

Unter 420 Geburten resp. Frühgeburten, die Aborta habe ich natürlich nicht mitgerechnet, sind 14 mal Zwillinge vorgekommen, also in 3,3%, oder auf ca. 33 Geburten 1 mal Zwillinge. In der Küstnerschen Klinik kam erst auf 44,4 Einzelgeburten eine Zwillingsgeburt; v. Schrenck gibt für die Estin im Verhältnis von 1:51,7 an; Veit gibt für Preussen nur 1:89 an. Kleinwächter berechnet für Gebäranstalten ein Verhältnis von 1:64. Hugenbeuger beobachtete Zwillingsgeburten in 2,2% der Fälle. Ich sehe also, dass bei uns Zwillingsgeburten häufiger vorgekommen sind. Der Zahl der Niederkünfte nach waren die Mütter Erstgebärende 4 mal, Mehrgebärende 10 mal, also ein starkes Ueberwiegen der Mehrgebärenden, wie es von den meisten angegeben wird. Was die Lagen der Zwillingsfrüchte anlangt, so fand ich 8 mal, dass eine Frucht in Schädellage, die andere in Beckenendlage lag, 3 mal lagen beide Kinder in Schädellage und 3 mal beide in Beckenendlage. Ich finde also ein Ueberwiegen der gemischten Lagen, während ich sonst in der Literatur ein Ueberwiegen der Schädellagen finde.

Spontan verliefen von den 14 Zwillingsgeburten 8. Bei sechs musste die Geburt operativ beendet werden.

Die Operationsfrequenz beträgt also 42,8%. Bei Buchholz finde ich 25%, bei von Schrenck 40,3%. Dem Geschlecht nach waren die Neugeborenen: Knaben 15, Mädchen 13, also 115 : 100. Ich finde also ein Ueberwiegen der Knaben, wenn auch nicht so gross wie Kleinwächter, v. Schrenck und andere, welche etwa 130:100 angeben, während Buchholz nur 105:100 angibt, also kein grösseres Ueberwiegen der Knaben als überhaupt.

Was das Geschlecht der Zwillingspaare anlangt, so finde ich: 1 Knabe, 1 Mädchen — 9 mal, 2 Knaben 3 mal, und 2 Mädchen nur 2 mal. Ich kann also aus unseren kleinen Zahlen das bestätigen, was Kleinwächter, der mit grossen Zahlen operiert, constatiert hat. Lebend geboren wurden von den 28 Zwillingskindern 26. 5 von ihnen starben noch in der Anstalt, 21 wurden gesund entlassen. Eclampsie ist bei den 14 Zwiilingsgeburten nur 1 mal beobachtet. Das Wochenbett war normal in 10 Fällen. 2 mal war eine einmalige Temperatursteigerung auf etwas über 38, zwei Wöchnerinnen fieberten mehrere Tage stärker, sie kamen aber schon mit Fieber in die Anstalt, die eine mit einem panaritium. Die Mortalität war = 0. Ich komme zur Besprechung der

Eclampsiefälle.

Die Eclampsie kommt nach Schröder unter 500 Fällen 1 mal vor, nach v. Hecker auf 522 Geburten 1 mal. v. Schrenck fand bei der Estin in 2,3% der Fälle Eclampsie, also auf 43,4 Geburten 1 mal. Hugenbeuger fand nur 0,4%. Löhlein berechnet aus einer grossen Zusammenstellung 0,3% oder auf 330 Geburten 1 Fall. Wir haben unter 420 Geburten und Frühgeburten 7 Fälle beobachtet, also 1,6%. Ziehe ich nur die rechtzeitigen Geburten zur Berechnung heran, so erhalte ich 1,8%. Also auf 55—62 Geburten kam ein Fall von Eclampsie. Buchholz: berechnete aus der Küstnerschen Klinik 1,68% oder auf 59,2 Geburten einen Fall. Ich kann also auch bestätigen, dass Eclampsie bei uns viel häufiger ist als im Auslande. Ob aber dieses häufigere Vorkommen nicht nur ein scheinbares ist, da solche Fälle eher als andere der nächsten Anstalt überwiesen worden, lasse ich dahingestellt. Von den 7 Eclamptischen waren 6 Erstgebärende, eine eine Drittgebärende. Also 85,7% betrafen Erstgebärende. Bidder gab für Erstgebärende 74,3% an, v. Hecker ebenfalls 85%. Von den 6 Erstgebärenden waren 3 alte Erstgebärende. Eine Beziehung der Eclampsie zu den Jahreszeiten konnte ich bei meinen kleinen Zahlen nicht feststellen. Ich erwähne nur, dass zwei Fälle im December, und je ein Fall im Januar, Februar, Mai, September und October vorkamen. Bidder negiert auf Grund von 455 Fällen eine solche Abhängigkeit. Von den 7 Eclamptischen kamen 4 in die

Anstalt bevor die Geburt noch begonnen hatte, bei zweien waren schon Wehen gewesen, doch war auch bei ihnen der Muttermund nur wenig eröffnet. Bei einer stellten sich erst post partum Eclampsieanfälle ein.

Der Verlauf der einzelnen Fälle war folgender: 3 Fälle verliefen spontan, d. h. die Krämpfe sistierten bei Anwendung von Chloral und heissen Einpackungen, resp. sie hielten sich in den Grenzen, so dass die Geburt, die inzwischen in Gang gekommen war, sich selbst überlassen werden konnte. In 3 Fällen musste, da die Anfälle nicht sistierten und der Zustand der Mutter bedrohlich schien, resp. das Kind in Gefahr war, die Geburt künstlich beendet werden. Das geschah 2 mal durch die Zange. Das eine Mal musste ich, da der Muttermund nur wenig geöffnet und ziemlich rigide war, Incisionen in denselben machen, worauf dann die Zangenapplication leicht gelang. Das zweite Mal war der Muttermund auch nur wenig eröffnet, er schien aber dehnbar, so dass ich den Colpryntber einlegte. Dabei sprang die Blase und es floss maconiumhaltiges Fruchtwasser ab. Die Wehen setzten darauf prompt ein, der Colpryntber wurde bald ausgestossen, die Wehen dauerten fort, und als der Muttermund sich genügend erweitert hatte, applicierte ich die Zange und extrahierte ein lebendes Kind. Das dritte Mal, Patientin hatte schon 9 Anfälle gehabt, und es war keine Spur von Wehentätigkeit bemerkbar, die Temperatur war auf 38,9 gestiegen, entschloss ich mich zum Accouch. forcé. Ich erweiterte den Muttermund mit dem Finger, dann führte ich zwei Finger ein, und so weiter, bis ich die ganze Hand einführen konnte, dann machte ich die Wendung und extrahierte ein lebendes Kind, ohne Cervixriss und ohne sonstige Verletzung der Mutter. Die Anfälle sistierten. Am folgenden Tage hatte die Wöchnerin jedoch noch zwei Anfälle, am 3. Tage erst erwachte sie. Das Wochenbett war bis zum 10. Tage normal, dann bekam die Wöchnerin eine einmalige Temperatur von 39,5 und übelriechende Lochien, dann erfolgte wieder schneller Abfall. Es hatte sich wohl nur um Retention des Lochialsecrets gehandelt. Dies wäre ein Fall für die Behandlung mit dem Bossischen Dilatator gewesen. Da mir aber dieses Instrument nicht zur Verfügung stand, und schnelles Handeln geboten war, entschloss ich mich zur manuellen Dilatation. Ich bezweifle, ob das Resultat mit dem Bossi hinsichtlich der Cervixschonung ein so günstiges gewesen wäre, als bei der manuellen Dilatation, wo die Hand den Muttermund beständig controllieren konnte. Günstig war ja allerdings in meinem Falle der Umstand, dass das Kind nicht ganz ausgetragen war, es wog 7½ Pfund. Immerhin aber war es kräftig und lebensfähig. Die Patientin, die erst nach einer leichten Spontangeburt an Eclampsie erkrankte, hatte 5 Anfälle. Nach Chloralhydrat sistierten die Anfälle und die Frau genas. Interessant ist es, dass diese Patientin, obgleich erst 3 Stunden post partum der erste eclamptische Anfall eintrat, keine Erinnerung an die überstandene Geburt hatte. — Von den 8 Kindern der 7 Eclamptischen, einmal handelte es sich um Zwillinge, wurden 7 lebend geboren. Also ein recht gutes Resultat, 87,5%. Der Procentsatz lebender Kinder in Dorpat war 75%. Bidder gibt ihn bei 455 Fällen auf 76,9% an. Was die Wochenbettmorbidität meiner 7 Eclamptischen anlangt, so verlief dasselbe in 4 Fällen ganz normal. In drei Fällen war Fieber vorhanden. Das eine Mal handelte es sich jedoch um keine puerperale Erkrankung, sondern um Pleuritis, bei dieser war die Geburt spontan erfolgt. Das andere fieberhafte Wochenbett betraf die Kreissende, die schon vor Beendigung der Geburt 38,9 hatte, und bei der ich das Accouch. forcé vornahm. Eine dritte hatte nur eine eintägige Temperatur von 38,7. Verloren habe ich von meinen Eclamptischen keinen Fall. Die Mortalität an grossen Anstalten, Petersburg und Moskau beträgt 10,5—11,5%. In Giessen 19,38%.

Placenta prävia

habe ich vier Fälle gehabt. v. Schrenck findet einen Fall unter 218 Geburten, Buchholz einen auf 296. Nach Schwarz citiert bei Schröder ist das Verhältnis 1:1564. Nach v. Hecker 1:410, nach Torgler 1:727. Also auch diese Anomalie scheint hier häufiger als in anderen Ländern vorzukommen. Einmal handelte es sich um eine Erstgebärende, 3 mal um Mehr- resp. Vielgebärende. Ein Fall kam stark ausgeblutet herein, in der Anstalt blutete es jedoch nicht, die Geburt erfolgte spontan. In zwei weiteren Fällen war der Muttermund so weit erweitert, dass ich die Wendung machen und die Extraction anschliessen konnte. Im 4. Falle machte ich bei auf 2 Finger erweitertem Muttermunde die combinierte Wendung nach Braxton Hiks und schloss, als der Muttermund sich genügend erweitert hatte, die Extraction an. In den 3 Fällen, die ich mit Wendung und Extraction behandelt hatte, erzielte ich lebende Kinder, im 4. spontan verlaufenden Falle wurde ein totes Kind geboren. Das Wochenbett verlief in den 3 künstlich beendeten Fällen normal, das vierte Wochenbett nach der spontanen Geburt war leicht fieberhaft. Patientin kam jedoch schon mit erhöhter Temperatur herein. Die Mortalität bei Placenta praevia war = 0. Die Mortalität der Mütter, die früher 30% betrug, ist dank der verbesserten Therapie auf 6—8% gesunken. Die Mortalität der Kinder beträgt noch 60%.

Ich komme zur Besprechung der

engen Becken.

Bei der Berechnung der Häufigkeit derselben konnte ich natürlich nur die Fälle mitzählen, wo es sich um ausgetragene Kinder handelte, da ja bei nicht reifen Früchten geringere Grade von Beckenanomalien sich leicht der Beobachtung entziehen. Ich habe also unter 376 Fällen 14 mal enges Becken gefunden; d. i. 3,7%. Schröder schätzt das Vorkommen des engen Beckens in Deutschland auf 14—20%. v. Winkel findet für München nur 0,6—2%. Torgler gibt für Innsbruck 3,7—14,2%, im Durchschnitt 7,1% an. Hugenberger für Petersburg 1,2%. Redlichs Untersuchungen ergaben für die Dorpater Poliklinik 2,5%, v. Schrenck fand 3,23%. In der Dorpater Klinik sind enge Becken in 5,1% beobachtet worden. Was die Arten der engen Becken anlangt, so handelte es sich in allen Fällen um allgemeinverengte, resp. allgemeinverengte glatte Becken mittleren Grades mit einer Conj. diag. von 11,5 bis 8,5 cm. In allen Fällen handelte es sich um Schädellagen. Was den Geburtsverlauf anlangt, so erfolgte die Geburt spontan in 6 Fällen, mit Kunsthilfe in 8 Fällen, also in 57% der Fälle, v. Schrenck gibt 62% an. Von operativen Eingriffen wurden angewandt: Wendung und Extraction 6 mal, darunter 4 Fälle, wo der nachfolgende Kopf sich erst nach erfolgter Perforation entwickeln liess. Perforation des vorliegenden Kopfes 2 mal, darunter ein Fall, wo leider das lebende Kind perforiert werden musste, und ein Fall, wo erst nach erfolgter Cleidotomie der Rumpf extrahiert werden konnte. In beiden Fällen waren vergebliche Zangenversuche vorhergegangen. Von den 14 Kindern wurden 7 lebend geboren, 7 kamen tot zur Welt.

Das Wochenbett bei den 14 Frauen verlief normal in 9 Fällen. 2 mal war nur eine einmalige Temperatursteigerung zu verzeichnen. Eine schon inficiert hereingebrachte fieberte auch im Wochenbett. Eine, die spontan niedergekommen war, machte eine Parametritis durch, und eine, bei der das lebende Kind perforiert werden musste, erkrankte an allgemeiner Peritonitis und starb in der Anstalt.

Es erübrigt noch einige Worte über die in der Anstalt geborenen

Kinder

zu sagen. In 425 Fällen, wo das Geschlecht erkennbar war, wurden 211 Mädchen und 212 Knaben geboren. Ich finde also in unserem Material, im Gegensatz zu allen anderen Angaben, ein nur sehr geringes Ueberwiegen der Knabengeburten. Ob das eine Eigentümlichkeit der lettischen Nationalität ist, oder diese Erscheinung mir durch das kleine Material bedingt ist, lasse ich dahingestellt. Bei meinen alten Erstgebärenden finde ich einen grösseren Knabenüberschuss, nämlich 113:100, also auch noch keinen so grossen Ueberschuss, wie sonst ziemlich gleichstimmig überall angegeben wird, und zwar 130:100. Von diesen 425 Kindern wurden lebend geboren 389, tot 36. Unter diesen 36 waren 14 unreife Früchte, es bleiben also 22 totgeborene ausgetragene Kinder, was etwa 5,1% ausmacht. Von den 389 lebend geborenen starben noch in der Anstalt 22, also 5,6%. Der Gesamtverlust an Neugeborenen beträgt also 13,6%, in Dorpat in der Klinik betrug er 10,5%. Unter den 22 in der Anstalt gestorbenen waren 13 Frühgeburten. Zwei starben an Melaena, 2 an Krämpfen, eins an Asphyxie, eins an Pneumonie, eins an Atelectase und eins war ein Anencephalus. Bei einem am 2. Tage gestorbenen war keine Todesursache angegeben.

Ich gebe nun zum Schluss einen Ueberblick über

die Gesamtmorbidität

unserer Anstalt. Es liegt ja in der Natur der Sache, dass hierin kein objectiver Massstab sich anwenden lässt, und dass daher die Angaben in der Literatur in grossen Grenzen schwanken. Der eine rechnet eben jede Temperatursteigerung mit, der andere nur wirklich puerperale Erkrankungen. Ich habe nach dem Vorbilde der meisten Statistiken ein Wochenbett dann als fieberhaft bezeichnet, wenn sich die Temperatur über 38° erhob, sei es auch nur einen Tag. Die sogenannten subfebrilen Temperaturen habe ich nicht berücksichtigt. Darnach hatten von meinen 500 Wöchnerinnen im Ganzen Fieber 76, d. h. 15,5%. Von diesen 76 Fällen aber handelte es sich 33 mal nur um einmalige Temperaturen wenig über 38, bei sonst ganz normalen Wöchnerinnen. Es bleiben also nur 43 Fälle von länger dauerndem Fieber nach, das sind 8,6%. Unter diesen 43 Fällen finden sich aber wiederum 20 Fälle, in denen es sich nicht um eigentlich puerperale Erkrankungen, sondern um Fieber im Wochenbett handelte. Dahin gehören 7 Fälle von Mastitis, die alle leichten Grades waren und auf Spiritusbehandlung zurückgingen. 5 mal handelte es sich um acute Darmerkrankung, 4 mal um Pneumonie resp. Bronchitis, 1 mal um Pleuritis, 1 mal um Erysipel am Arm, 1 mal um Recurrens und einmal um ein Panaritium. Diese 20 Fälle kann man, glaube ich, mit Recht von den puerperalen Erkrankungen ausschliessen. Es bleiben also 23 Fälle nach, wo eine wirklich puerperale Erkrankung mit Fieber über 38, das mehr als einen Tag anhielt, vorlag, das sind 4,6%. In der K ü s t n e r schen Klinik betrug die auf diese Weise berechnete Zahl 3,15%. Unter diesen 23 Fällen handelte es sich 12 mal um ganz leichte Erkrankungen, die nur mit geringer Steigerung der Temperatur über 38°, oder mit schnell vorübergehender höherer Temperatur einhergingen, und nur in 11 Fällen handelte es sich um mehr oder weniger ernste puerperale Erkrankungen von längerer Dauer, das wären 2,2%. Ich weiss sehr wohl, dass unsere Resultate nicht ideale sind und durchaus noch bessere werden müssen. Aber wenn man bedenkt, dass L e o p o l d, der im J. 1894 über 510 nicht untersuchte Fälle mit einer Morbidität von 1,6% berichtet, bis jetzt noch von keinem anderen erreicht ist, so meine ich, dass eine Morbidität von 2,2 resp. 4,6%, in einer Anstalt, die Unterrichtszwecken dient, und wo die meisten Patientinnen schon mehr oder weniger lange Zeit kreissend, und vielfach schon auswärts von zweifelhaften Fingern untersucht, hereinkommen, keine ganz schlechte genannt werden kann. Was die

Mortalität

unserer Anstalt anlangt, so sind von den 500 Patientinnen zwei gestorben. Die Mortalität beträgt demnach also 0,4%. Den einen Fall könnte ich eigentlich mit Recht von der Berechnung ausschliessen, da die Patientin, es handelte sich um einen inficierten Abort, schon in ganz desolatem Zustande mit ausgesprochener Peritonitis hereinkam. Dann wäre unsere Mortalität nur 0,2%, eine Zahl, die in den besten Anstalten heutzutage nur wenig kleiner ist, und jedenfalls noch nicht unter 0,1% herabgegangen ist.

Referate.

Prof. Dr. A. M o e l l e r: Häusliche Behandlung Lungenkranker. Therapeutische Rundschau. Nr. 8. 1910.

Die moderne Behandlungsmethode der Lungenleiden, hygienisch-diätetisch-hydriatische Behandlung, schreibt M o e l l e r. lässt sich bei einigermassen günstigen socialen Verhältnissen auch z u H a u s e gut durchführen und bei der specifischen (?) T u b e r c u l i n b e h a n d l u n g setzen viele Patienten ihre Arbeit ununterbrochen fort, was sich, wenn man Reactionen nach Möglichkeit zu vermeiden sucht, auch gut ermöglichen lässt. M o e l l e r hat über 50000 Tuberculininjectionen gemacht und niemals einen Nachteil beobachtet, im Gegenteil eine stetig f o r t s c h r e i t e n d e B e s s e r u n g des Lungenleidens bei gutem Allgemeinbefinden.

Auf die Frage, wo soll der Kranke leben, in einem Curorte, auf dem Lande oder zu Hause, antwortet M., dass es weniger auf den Ort ankommt, wo der Kranke genesen soll, sondern vielmehr, dass er unter steter ärztlicher Controlle während der Zeit seiner Erkrankung steht. Sicherlich ist es in manchen Fällen schwierig, einen Kranken zu Hause zu behandeln aber es liegen oft die Verhältnisse so, dass die Cur z u H a u s e durchgeführt werden muss. So hatte Verf. eine junge Dame mit vorgeschrittener Erkrankung in Behandlung, in deren Sputum enorme Mengen von T.-bacillen vorhanden waren. Nach 5 Monaten war der objective Lungenbefund normal, im Sputum waren die T.-bacillen verschwunden und das Körpergewicht hob sich um 9 Pfund, T.-injectionen wurden wöchentlich 2—3 mal gemacht.

Hauptbedingung zur Heilung liegt in dem F r ü h e r k e n n e n und F r ü h b e h a n d e l n der Erkrankung. I n e r s t e r L i n i e gehört zur Behandlung eine s t r e n g g e r e g e l t e L e b e n s w e i s e. Man muss dem Kranken genau vorschreiben, wie er zu Hause leben soll, was und wie er essen soll, wie lange und wann er spazieren gehen soll, wo und wann er die Liegecur zu machen hat u. s. w.

Zu den w i c h t i g s t e n M a s s n a h m e n bei der häuslichen Behandlung gehört ein ständiger G e n u s s v o n f r i s c h e r L u f t. Der Patient auf dem Lande hat in dieser Beziehung viel von dem Stadtbewohner voraus. Die Wohnung muss womöglich mit Balcons versehen sein, auf denen der Patient die Liegecur machen kann. Das geöffnete Fenster wirkt bei vielen Erkrankungen der Luftwege als Medicin. G a z e g e f l e c h t e in den Fenstern angebracht, schützen das Zimmer vor dem Eindringen von Staub und Russ. Parkanlagen in der Nähe der Wohnung sind sehr erwünscht. Bewegungen im Freien dürfen die Kranken nicht müde und angegriffen machen. Die Wasserbehandlung, die in Abreibungen und Einwickelungen besteht leistet gute Dienste und ist zu Hause leicht durchführbar mit Hülfe von Familienmitgliedern. Die diätetische Behandlung ist in der häuslichen Behandlung von grosser Bedeutung. Die Mahlzeiten sollen streng zu bestimmten Stunden stattfinden, wodurch der Appetit angeregt wird. Die Milch spielt eine grosse Rolle. Alcoholische Getränke wie Wein, Bier, Cognac in richtiger Weise angewandt, sind für Lungenkranke von Nutzen, die Stimmung wird angeregt und die Esslust gefördert.

Lungen- und Atemgymnastik, methodisch und vorsichtig ausgeführt, ist von grossen Wert.

Ich freue mich, dass die Grundsätze der von mir vor 15 Jahren proponierten H a u s - S a n a t o r i e n allmählich immer mehr Anhang finden. Viel beigetragen hat dazu der Aus-

sprach Kochs auf dem Tuberculose-Congress in Washington, dass «wir auch zu Hause Tuberculose behandeln müssen». Die Bacillophobie vieler Aerzte und Laien muss endlich ein Mal auf das richtige Mass zurückgedrängt werden, dann werden die Haus-Sanatorien rasch Verbreitung finden zum Wohle der Menschheit.

Dr. S. Unterberger.

Schmidt: Die Tuberculose bei Volksschullehrern. Klinisches Jahrbuch. 1910. XXII Bd. 4 H.

Statistische Untersuchung an einem Material von 250 Fällen. Es ergab sich, dass von 150 Lehrern 20 Personen = 13.3% wegen Tuberculose pensioniert werden oder während der Dienstzeit an Tuberculose gestorben sind.

Für 100 Lehrerinnen betrug der Procentsatz 22. Verf. plaidiert daher für die strengsten Maasregeln gegen die Tuberculose der Schullehrer um die Schulkinder vor Infection zu schützen, obgleich er selbst angibt, dass von den Kindern c. 90% schon inficiert sind und wundert sich über diejenigen Aerzte, die sich gegen die Forderung der Entfernung tuberculöser Lehrer aus dem Schuldienst ausgesprochen haben.

Wie man sieht, wird das Vorgehen der Infectionsfanatiker immer härter und die Confusion in der Isolations- resp. Schutzfrage gegen Tuberculose immer grösser.

Lochte: Beiträge zur Unterscheidung von Mord und Selbstmord. Klinisches Jahrbuch 1910. Bd. XXII. Heft. 3.

An der Hand zahlreicher eigener Beobachtungen und Erfahrungen bespricht Verf. die im Titel erwähnte Frage.

F. Holzinger.

Dreuw: Ueber die Bewertung der Wassermannschen Reaction. Sonderabdr. aus der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift". 1910. Nr. 4.

Nach wie vor ist der Hauptwert für die Diagnose der Lues den klinischen und mikroscopischen Untersuchungen beizumessen. Die Serodiagnose kommt als ein eminent wichtiges Unterstützungsmittel in Betracht, besonders in Fällen, wo in differential-diagnostischer Hinsicht Schwierigkeiten vorliegen, oder im Latenzstadium der Lues, wo positive Reaction (mehrmals regelrecht ausgeführt) als einziges Symptom einer bestehenden Erkrankung zu betrachten ist.

Für die Therapie und in Fragen eines ev. Eheconsenses gibt die W. R. zurzeit noch keine absoluten Hinweise. Wenn einerseits Beobachtungen vorliegen, dass durch die specifische Therapie der Ausfall der Reaction beeinflusst wird, in dem Sinne, dass eine vorher positive Reaction durch die Behandlung negativ wird, so zeigen die Beobachtungen Buschkes, dass eine schon negativ gewordene Reaction, während der Behandlung wieder positiv ausfallen kann.

Die W. R. soll nicht von jedermann ausgeführt werden, sondern ausschliesslich in grösseren Instituten und Laboratorien da die Serodiagnose bei ihrer subtilen Technik auch präcise Einrichtungen verlangt.

Dreuw: Blutgewinnung bei der Wassermannschen Reaction. Sonderabdr. a. d. „Deutschen Medicinischen Wochenschr.". Nr. 5.

Verf. empfiehlt zur Blutgewinnung a. d. vena Mediana oder anderen Hautvenen, statt der gewöhnlichen geraden Hohlnadel eine gebogene, die es durch ihre Biegung gestattet leichter und sicherer in die Venen einzudringen und deren Spitze in beinahe paralleler Richtung mit der Längsachse der Vene eingeführt werden kann.

Dreuw: Lichtträger mit chirurgischem Ansatz. Sonderabdr. aus „Monatshefte für praktische Dermatologie". 1910. Band 50.

Das vom Verfasser vorgeschlagene und von der Firma Louis & H. Loewenstein-Berlin hergestellte Modell eines Lichtträgers mit chirurgischem Ansatz, ermöglicht in Körperhöhlen (Ohr, Nase, Urethra) bei Beleuchtung verschiedenartige chirurgische Eingriffe, als Incisionen, kaustische, elektrolytische und Massagebehandlung in einfachster Weise auszuführen. Handgriff, Lichtquelle und Messer bilden ein einheitliches Ganzes, was dadurch bewirkt wird, dass zwischen Messerspitze und Handgriff eine Lichtquelle in Form einer Mignonlampe eingeschaltet wird, so dass sozusagen ein selbstleuchtendes Messer resp. Schlinge etc. entstehen.

Verwendung finden die Instrumente in der Urologie: Zur Incision von Drüsen and Infiltraten, zur Kaustik des Kollikulus bei Prostatahypertrophie, zur Tamponade bei Beleuchtung und zu verschiedenen elektrolytischen und kataphoretischen Eingriffen.

Dreuw: Aërotuba (Luftdrucksalbentube). Sonderabdruck aus „Monatshefte für practische Dermatologie. 1909. Band 49.

Die Aërotuba besteht aus einem Glascylinder an dessen oberem Ende ein Gummiballon mit einer kleinen Perforation angebracht ist. Uebt man mit dem Daumen auf die Perforation einen Druck aus, so wird die Luft comprimiert und der Luftdruck pflanzt sich auf den im Cylinder befindlichen Presskolben fort, der eine Salbe durch die am unteren Ende des Cylinders befindliche Entleerungsdrüse treibt. Auf diese lassen sich die verschiedensten Gummi- und Hartgummi-Aufsatze anbringen.

Verfasser benutzt seine Aërotube zu den verschiedensten Behandlungsmethoden: als Salben oder Pastenreservoir, als Prophylacticum gegen Gonorrhoe, Lues und Ulc. molle (Etui mit 5 Tuben), zur Salbenbehandlung der männlichen und weiblichen Urethra.

Die Aërotuba und die Ersatzteile werden von der Instrumentenfirma H. Windler Berlin N. Friedrichstr. 133a hergestellt.

F. Hinze.

Otto Mayer: Zur Epidemiologie und Bacteriologie der Pseudodysenterie. Klinisches Jahrbuch 1910. Bd. XXIII. H. 1.

Bei einer durch Pseudodysenteriebacillen hervorgerufenen Epidemie wurden 22 klinisch als Ruhr diagnosticierbare Krankheitsfälle und 31 Darmkatarrhe in der Umgebung derselben beobachtet. Bei 52 dieser insgesamt 53 Krankheitsfälle wurde die Diagnose Pseudodysenterie bacteriologisch gesichert. In einem Falle konnte die bacteriologische Bestätigung nicht erbracht werden. Ausser bei Kranken wurden Pseudodysenteriebacillen noch bei 22 Bacillenträgern gefunden, die sich als vollkommen gesund angaben. Es lag nahe die Entstehung der Epidemie auf den Genuss inficierter Tierleber zurückzuführen, jedoch konnte der Beweis für diesen Entstehungsmodus nicht einwandfrei erbracht werden. Eine Reihe von Fällen liess sich als sichere Contactinfection nachweisen. Leute, die nach vorhergegangener Krankheit Pseudodysenteriebacillenträger wurden, schieden noch ca. 2 Monate lang verhältnissmässig grosse Mengen von Pseudoruhrbacillen in festen Stuhlentleerungen aus. Ohne klinisch bemerkbare Rückfälle trat nach 2-monatlichem bacillenfreien Intervall eine mehrere Tage anhaltende Ausscheidung von Pseudodysenteriebacillen ein. Bei allen Ausscheidern wurde der gleiche Bacillenstamm gefunden.

P. Mühlens: Ueber Züchtungsversuche der Spirochaeta pallida und Sp. refringens sowie Tierversuche mit den cultivierten Spirochäten. Klinisches Jahrbuch. 1910. Bd. XXIII. H. 2.

Für die Identität der vom Verf. aus einer syphilitischen Drüse in Reincultur gezüchteten Spirochäte mit der Spirohaeta pallida sprechen die morphologischen Uebereinstimmungen, namentlich der lebenden Spirochaeten. Specifisch syphilitische Erscheinungen konnten allerdings weder bei Kaninchen noch bei Affen erzielt werden. Jedoch diese Tatsache spricht noch nicht unbedingt gegen die Identität, da ja die Culturen avirulent geworden sein können, wie das auch bei anderen Mikroorganismen vorkommt. Wollte man die aus einer syphilitischen Drüse nach vorherigem Pallidanachweis im Drüsensaft reingezüchtete Spirochaete nicht als die Spirochaeta pallida anerkennen, dann müsste man annehmen, dass eine andere, von der Pallida morphologisch nicht sicher zu unterscheidende Spirochaete in Drüsen bei Syphilitikern vorkommen könne. Damit würde natürlich, meint Verf. mit Recht, der diagnostische Wert des Pallidanachweises für die Erkennung der Syphilis viel an Bedeutung verlieren.

Holzinger.

Bücherbesprechungen.

Heinrich Fritsch: Die Krankheiten der Frauen. Für Aerzte und Studierende. Zwölfte, vielfach verbesserte Auflage. Mit 381 teilweise farbigen Abbildungen im Texte. 664 Seiten. Leipzig. Verlag von S. Hirzel. 1910. Preis Mk. 16.

Das bekannte Lehrbuch von Fritsch ist jetzt in 12. Auflage erschienen, ein Beweis dafür, dass es unter den vielen Lehrbüchern dieser Specialität einen der ersten Plätze einzunehmen berechtigt ist. Im Vergleich mit den früheren Auflagen ist es wesentlich verbessert und entsprechend der Zunahme des Materials vervollständigt worden.

Die vielen, zum Teil farbigen Abbildungen sind vorzüglich ausgeführt und sehr instruktiv.

Jeder, der dieses Buch gelesen hat, wird es mit dem angenehmen Gefühl aus der Hand legen, dass wir in ihm ein Werk besitzen, welches in klarer und übersichtlicher Weise Alles die heutige Gynaekologie betreffende enthält.

Fr. Mühlen.

A. Lübbert: Zur Entstehungsgeschichte des Krebses und der anderen echten Geschwülste. Hamburg 1909. Commissionsverlag von Conrad Beer.

Die kleine Schrift will der Entstehung der Geschwülste eine Erklärung geben, die von Erwägungen über die Regeneration der Gewebe ausgehen. Da wir der mangelnden Heilungtendenz der Gewebe durch Aetzen entgegentreten, so wird der Erfolg dieser Einwirkung in einem Causalnexus zwischen Zerfall von Zellen und Regeneration gesehen. Freiwerdende Kerne oder Kernsubstanz werden von den erhaltengebliebenen Zellen aufgenommen und üben auf diese einen Proliferationsreiz aus, ähnlich dem bei der Befruchtung des Eis. Wo Kernsubstanz nicht zur Verfügung steht, da wird die Zellvermehrung die Grenzen des physiologischen Zellersatzes nicht überschreiten. Derselbe Process der Kernbefruchtung kann auch für die Geschwulstbildung in Anspruch genommen werden. Wie der Kern nicht nur das Kraftcentrum der Zelle ist, sondern auch die Eigenschaften der Zelle auf die Nachkommen überträgt, so ergibt sich eine Fülle von wechselnden Resultaten bei Aenderungen in den quantitativen und qualitativen Verhältnissen. Es entsteht eine Stufenleiter, die vom Granulationsgewebe-Caro luxurians-Granulom-Narbe-Narbenfibrom zur Geschwulst herüberleitet. Man kann nicht leugnen, dass die Erwägungen des Verf. nicht der Berechtigung entbehren.

Ucke.

II. kurländische Aerztetag in Libau.

(Vom 28.—30. Mai 1910).

(Fortsetzung).

III. Gewinnung der für die mikroskopische Untersuchung erforderlichen Gewebsstücke.

a. Die Technik der Probeexcision (nach Winter). Instrumente: Simonsche oder ähnliche Spekula, Irrigator, langes Lanzenmesser, lange Pinzette, Kugelzange, Nadelhalter, Nadel, Jodoformgaze.

Assistenz: Eine Hebamme.

Verfahren: Die Kranke wird auf einen Tisch gelegt, die Beine gespreizt auf 2 Stuhllehnen. Keine Narkose, da der Eingriff schmerzlos ist. Darauf Abreiben der Vulva mit Seife, später mit $^{1}/_{2}$% Lysollösung, Ausreiben der Vagina mit Lysol. Einstellen der Portio vaginalis im Spekulum und Fixieren mit einer Kugelzange. Die Hebamme hält das Spekulum und Kugelzange. Aus der verdächtigen Stelle wird mit Pinzette und Messer ein kleiner Keil, dessen Schneide ins Gewebe des Collum greift, so herausgeschnitten, dass gerade die Grenze des Gesunden und Kranken getroffen wird. Der Keil soll an der Basis ca. 1—1$^{1}/_{2}$ cm lang und ca. $^{1}/_{2}$ cm breit sein. Die Blutung ist meist unbeträchtlich und wird mit 1—2 Nähten gestillt. Feste Tamponade mit Gaze für 2 Tage. 2—3 Tage Bettruhe.

b. Die Technik der Probeausschabung gleicht der einer Ausschabung wegen Endometritis etc. und braucht wohl nicht weiter erörtert zu werden. Hervorgehoben zu werden verdient, dass alle beim Curettement herausbeförderten Schleimhautpartikeln, Bröckel etc. sorgfältig aufgefangen werden müssen und man erst aus ihnen die Auswahl der für die mikroskopische Untersuchung am geeignetsten erscheinenden Stücke zu treffen hat.

Für die mikroskopische Untersuchung muss das durch Probeexcision resp. Curettement gewonnene Material durch Abspülen in Wasser (am besten in destilliertem) vom anklebenden Blute befreit und dann in ein gut und sicher verschliessbares Fläschchen mit starkem Alkohol (am besten absolutem) gebracht werden. Statt des Alkohols kann eine 10% Formalinlösung genommen werden; es kann dann dieses Fläschchen, sorgfältig in Watte verpackt und etikettiert, per Post an Laboratorien, Kliniken etc. versandt werden.

Um nun Collegen auf dem Lande oder in den kleinen Städten, welche vielleicht nicht genügend Erfahrungen in der Mikroskopie besitzen, in zweifelhaften Fällen die Diagnosenstellung zu ermöglichen und um ein unnötiges Schicken von unbemittelten Kranken zu vermeiden, hat die gynäcologische Section des Baltischen Aerztecongresses sich mit Kliniken, Laboratorien und Specialisten in den Städten des Baltikums in Verbindung gesetzt und sie aufgefordert, sich bereit zu erklären, ihnen zugehendes Material mikroskopisch zu untersuchen—bei unbemittelten Kranken natürlich gratis—und den betreffenden Fragestellern ihre Ansicht über den Fall mitzuteilen.

Das Verzeichnis dieser «Untersuchungsstationen» finden Sie auf der Schlussseite angegeben.

IV. «Die Ueberweisung an einen Operateur hat sofort zu geschehen, sobald die Diagnose auf Carcinom feststeht. Jeder Tag verschlimmert die Situation, und kann ein Aufschub von einer Woche oder mehr schon einen Krebs inoperabel machen.» Stets halte man sich vor, dass nach unseren bisherigen Kenntnissen nur eine Operation, und zwar eine möglichst frühzeitig ausgeführte, imstande ist, eine Kranke dauernd zu heilen.

«Jeder Krebs, welcher überhaupt noch operabel ist, muss selbstverständlich so bald als möglich durch eine radicale Operation angegriffen werden. Die Frage jedoch, ob ein Fall noch operiert werden kann oder nicht, überlasse der practische Arzt — wo nicht das Gegenteil ganz sicher ist — besser dem Operateur selbst.»

Aus diesen Ausführungen erhellt zur Genüge, welche hohe Bedeutung die Mitarbeit der Hausärzte und practischen Aerzte bei der Bekämpfung des Gebärmutterkrebses hat. Es hofft daher auch die gynäkologische Section des Baltischen Aerztecongresses, dass durch ein zielbewusstes Zusammengehen aller practischen Aerzte des Balticums mit den in den Provinzen tätigen Spezialärzten die bisherige Erfahrung, dass in fast 90% der Fälle die Operation mit einem «zu spät» abgelehnt werden muss, sich in Zukunft bessern wird.

Ueber die Erfolge dieses Aufrufes soll dann auf dem nächsten Baltischen Aerztecongress in Reval Mitteilung gemacht werden.

Die gynäkologische Section des Baltischen Aerztecongresses.

Ihre Bereitwilligkeit, mikroskopische Untersuchungen — bei Unbemittelten gratis — auszuführen, haben erklärt:

Estland.

Reval: Dr. v. Dehn, Gr. Rosenkranzstr. 2, Laboratorium.
Dr. Leesment, Kleine Sandstrasse 22.
Dr. G. v. Zur-Mühlen, Privatklinik, Gr. Baleasnoistr. 10a.

Livland.

Dorpat: Dr. Joh. Meyer, Privatdozent, Mellinsche Heilanstalt und Pflegerinnenschule, Gartenstr. 30/32.
Riga: Dr. Ausin, Privatklinik, Nikolaistr. 14.
Dr. R. Becker, Alexanderstrasse 18.
Dr. Bertels, Alexanderstrasse 95.
Dr. Busch, Privatklinik, Kaisergartenstrasse.
Dr. L. Helmsing, Marien-Diakonissenanstalt, Friedenstrasse 3.
Dr. Keilmann, Rigaer Stadtkrankenhaus.
Dr. v. Knorre, Privatklinik, Thronfolgerboul. 27.
Dr. Poorten, Alexanderstrasse 28.
Dr. E. Putnin, Privatklinik, Dorpater Str. 55a.
Dr. Ruth, Alexanderstrasse 12.
Dr. Weidenbaum, Privatklinik Dr. von Knorre, Thronfolgerboulevard 27.

Kurland.

Libau: Dr. Christiani, Privatklinik.
Mitau: Dr. Tautzscher, Schwedhöfsche Str. 27.
Windau: Dr. Sintenis, Privatklinik.

Discussion:

1. Mey fragt die Herrn Gynäkologen, ob die Diagnose eines Frühcarcinoms doch nicht noch häufig Schwierigkeiten macht? Man begegnet immer noch einer Reihe von Fällen, in welchen dringend zur Operation geraten wird, ohne dass die folgenden Jahre das Vorhandensein eines Carcinoms bestätigen. Man ist als Allgemeinpraktiker auf diese Weisse in grösster Verlegenheit gegenüber den Kranken, die den Rat zur Operation nicht folgen, sondern abwarten, wobei sich nach Jahren herausstellt, dass ein diagnostischer Irrtum vorgelegen hat. Redner respectiert trotzdem in hohem Massstabe die Bestrebungen der Gynäkologen und wird sie stets unterstützen.

2. Alksne. Ich habe in Libau im Laufe von 3 Jahren nur zwei Fälle von operablen Uteruscarcinomen zu sehen bekommen. Die Patientinen entzogen sich der Radicaloperation, wurden von einem Collegen mit Röntgenstrahlen und Ausschabungen behandelt. Nach einem Monat sah ich die Pat. abermals, sie waren nicht mehr zu operieren. Leider gibt es Fälle, wo die Pat. über Rückenschmerzen etc. klagen, aber, da sie keinen Ausfluss haben, auf eine innere Untersuchung nicht eingehen. Ich habe 2 es mal erlebt, dass ich, gegen meinem Willen, ältere Frauen innerlich nicht untersuchte, wo später inoperable Uteruscarcinome gefunden wurden. Jede verheiratete Frau, auch wenn sie über keinen Scheidenausfluss klagt, soll vom Arzt innerlich untersucht werden. Wenn eine Frau unter verschiedenen Vorwänden eine innerliche Untersuchung verweigert, so soll der Arzt dieses stets in seinem Journal vermerken, um Unannehmlichkeiten zu vermeiden.

3. Waeber-Libau äussert seine Bedenken gegen die absolute Zuverlässigkeit der mikroskopischen Untersuchung, die zu den schwierigsten Aufgaben der pathologischen Anatomie gehört. Er wundert sich, dass sich eine so grosse Anzahl von Collegen bereit gefunden hat, die mikroskopische Untersuchung zu übernehmen. Dabei sind es fast alle Collegen, die mitten in der Praxis stehen, deren Specialgebiet die pathologische Anatomie nicht sei. Er erinnert daran, wie gerade der Altmeister Virchow in seinem Bericht über die Krankheit Kaiser Friedrich III keine sichere mikroskopische Diagnose stellen konnte. Ferner berichtet er von einer Patientin, die vor 19 Jahren eines Uterusleidens wegen nach Berlin zu einem berühmten Specialisten fuhr, der ihr wegen Krebs dringend zur Operation riet. Die Frau liess sich nicht operieren und erfreut sich auch jetzt einer ungetrübten Gesundheit.

4. Brehm beglückwünscht die dankenswerten Bestrebungen der Gynäkologen und bedauert, dass für die chirurgischen Carcinome nicht etwas ähnliches in die Wege geleitet werden kann, leider dürften solche Versuche an der Vielgestaltigkeit der chirurgischen Carcinome scheitern. Sonst lägen die Dinge da keineswegs günstiger als bei dem Uteruscarcinom. Das einzige Carcinom, welches uns frühzeitig zugeht oder besser in einem Stadium, wo die Radicaloperation noch Dauerheilung verspricht, ist das Lippencarcinom, welches sich so unmittelbar und aufdringlich dem Auge darbietet, trotzdem werden diese Fälle oft lange mit Lapisätzungen resp. mit Keilexcisionen behandelt, wobei die stets inficierten Drüsen zurückbleiben. Das Rectumcarcinom sehen wir fast immer in einem hoffnungslos inoperablen Zustande, selten in einem Stadium, wo die Radicaloperation technisch wohl möglich, eine Dauerheilung indessen problematisch erscheint. Sehr selten sehen wir wirklich beginnende Rectumkrebse. Die Fälle gehen aber so lange unter der Diagnose: «Haemorrhoiden», bis sie stark zu bluten anfangen. Man untersucht aber nicht per rectum, was man stets tun soll, wenn es sich um ein Leiden des Dickdarms handeln könnte. Etwas besser, aber noch lange nicht gut steht es mit den Brustkrebsen, die wir ja jetzt in der Regel in einem Zustande bekommen, wo die Radicaloperation technisch ganz gut möglich ist, die Dauerheilung aber doch schon problematisch erscheint. Es genügt uns also nicht, dass wir die Brustkrebse nicht mehr in dem hoffnungslosesten Zustande sehen. Wir müssen sie im Frühstadium bekommen. Die Frühdiagnose ist aber keineswegs leicht und daher ist der Landarzt leicht geneigt in solchen dubiösen Fällen ein bischen abzuwarten und zu beobachten. Hier liegt das Unglück. Denn die Diagnose ist in Wirklichkeit auch in diesen Fällen fast möglich. Es gehört allerdings eine grössere Erfahrung dazu, man muss viel gesehen haben und so häufig sind die Carcinome schliesslich nicht, dass der Landarzt diese Erfahrungen haben kann. Im Zweifelfall entscheidet die mikroskopische Untersuchung und ist auch da die Unterscheidung nicht möglich, so muss man jedenfalls so handeln als ob Carc. vorliegt. 2 Punkte darf man nicht vergessen 1) das Carc. ist heilbar 2) dieses ist nur im Frühstadium und nur durch die Operation möglich. Alle anderen Methoden: Röntgenlicht, Radium, Serumtherapie und Fulguration sind höchstens Hilfsmethoden resp. Verlegenheitstherapie, wo die Operation nicht mehr geht. Röntgen und Radium sind nicht zu unterschätzen, die Serumtherapie ist noch in der Entwickelung, es lässt sich noch nichts drüber sagen, die Fulguration, von der man so viel erwartete, leistet kaum mehr als der Paquelin zur Behandlung grosser jauchender carcinom. Ulcerationen, — von Heilungen kann keine Rede sein. Die Chirurgen würden die Entdeckung eines spicifischen Krebsheilmittels besonders freudig begrüssen, da die Krebsoperationen im Ganzen wenig Freude machen.

Das angezogene Beispiel des Kaisers Friedr. beweist nur, dass man bei dubiösem pathologischen Befunde operieren soll, hätte man sich damals nicht auf Virchows Angabe allein verlassen, sondern hätte den Rat v. Borgmanns befolgt, so wäre der Ausgang mindestens nicht ein so kläglicher gewesen.

5. Tantzscher gibt seiner Freude darüber Ausdruck, dass sich so viele Collegen bereit gefunden haben, ihre Mitarbeit in den Kampf gegen den Uteruskrebs zur Verfügung zu stellen. Er kann andererseits sein Erstaunen nicht unterdrücken, dass sich ein College gefunden hat, der diese Mitarbeit zu bemängeln sucht, mit dem Hinweis auf die Schwierigkeit in der Diagnose, die nicht einmal ein Virchow immer überwinden konnte. Redner bemerkt, dass man nie auf ein Symptom allein hin eine Diagnose stelle, sondern nur auf eine Reihe derselben. Die mikroskopische Diagnose sei eine wesentliche Unterstützung und Bereicherung der Symptome. Sie soll allein aber nicht den Ausschlag geben. Sehr wichtig ist eben die Anamnese und die Berücksichtigung all der anderen, sicheren oder verdächtigen Symptome. So wird sich auch niemand unterfangen, stets auf ein Röntgenbild allein ohne Kenntnis der Anamnese eine Diagnose zu stellen.

In zweifelhaften Fällen wird die Entscheidung nicht schwer fallen. Die Collegen, die den Aufruf unterzeichnet haben, sind in der grossen Mehrzahl Operateure. Die stehen eben auf dem Standpunkt, dass bei dem heutigen Stand der Asepsis und Technik die Uterusexstirpation kein gefährlicher Eingriff sei. Es ist daher kein Unglück, wenn man einmal einen verdächtigen Uterus unnütz exstirpiert, als 10 mal die Operation zu unterlassen und die Patientinnen einem elenden Siechtum entgegen gehen zu lassen.

6. Ruth: Das Abwarten ist vom Uebel. Es ist besser, einige Mal unnütz zu operieren, als ein Carcinom, das Aussicht auf volle Heilung bietet, unoperiert zu lassen, zumal andere Erkrankungen ähnliche, resp. gleiche klinische Anfangssymptome haben und die Kranken doch noch einmal zur Operation bringen können, (Myom, Metritis). Es handelt sich ja noch nicht gleich um die Totalexstirpation des Uterus, aus. Probeabrasio resp. — Excision wird bei dem unklaren klinischen Initial-Symptom des Krebses gefordert. — Die Aerzte, die sich bereit erklärt haben eine mikroskopische Untersuchung zu machen, sind sich klar, dass sie nicht in jedem Fall mit Sicherheit die Diagnose Krebs stellen oder ablehnen können. Immerhin bleibt es ein nennenswertes Kampfmittel und es muss doch mit allen Kräften dagegen Stellung genommen werden, wenn dieser Weg angezweifelt und in Misscredit gezogen werden soll.

7. Waeber verwehrt sich dagegen, dass man ihm die Absicht supponiert, die mikroskopische Untersuchung als unnötig hinzustellen. Er habe nur vor einer Ueberschätzung derselben warnen wollen, zumal dieselbe auch die erfahrensten und grössten pathologischen Anatomen vor sehr grosse Schwierigkeiten stellt.

8. Christiani: «Als Schlusswort kann ich nur sagen: Wir alle sind nur Menschen. Auch unsere höchsten Autoritäten bleiben es. Wenn es auch schwierig sein mag im einzelnen Fall stets die richtige Beurteilung des vorliegenden Präparates zu finden, so wird der gewissenhafte Arzt eben alle Hilfsmittel dazu gebrauchen und sich auch hier nicht scheuen, den besser Wissenden um Rat anzurufen. M. H., mehr habe ich nichts hinzuzufügen».

III. Dr. Palling-Mitau verliest im Namen von Dr. Hildebrand-Mitau, der am Erscheinen verhindert ist, den Bericht der Commission betreffend die Irrenfürsorge.

Die von dem 1. Kurländischen Aerztetage erwählte Commission in Sachen der Irrenfürsorge ist, trotzdem seither 2 Jahre verstrichen, leider nicht in der Lage, der diesjährigen Versammlung irgendwelche Resultate positiver Arbeit vorlegen zu können.

Als unerlässliche Vorbedingung für eine erfolgreiche Inangriffnahme der Irrenfrage wurde bereits auf dem 1. Aerztetage eine umfassende Enquête zum Zwecke der Feststellung der Zahl der Geisteskranken im Gouvernement Kurland anerkannt. Es ist bisher nicht möglich gewesen, diese Vorbedingung zu erfüllen, da eine derartige Zählung, wenn anders sie einigermassen brauchbare Resultate ergeben soll, durchaus von der Gouvernements-Obrigkeit selbst ausgehen muss.

Die Commission muss sich heute darauf beschränken, das in der Gouv. Medicinalverwaltung vorhandene, recht spärliche Material bezüglich der Irrenfrage an dieser Stelle mitzuteilen. Im Wesentlichen handelt es sich dabei nur um die Zahl der Geisteskranken in den Städten und Kreisen Kurlands, angegeben von den Stadt- und Kreisärzten, für die Jahre 1890, 1891 und dann fortlaufend vom Jahre 1901 ab. Zum 1. Januar 1891 wird die Zahl der Geisteskranken — diese sind immer in die 3 Categorien der Geisteskranken im engeren Sinne, der von Geburt an Schwachsinnigen und der epileptisch Schwachsinnigen eingeteilt — auf 894 angegeben, zum 1. Januar des folgenden Jahres 1892 bereits auf 1413. Unverständlich ist, wie diese plötzliche colossale Steigerung zustande kommen soll. Die Zahlen für die weiteren Jahre sind folgende: 1901—1925 Kranke, 1902—2116, 1903—2042, 1904—1914, 1905—1905(!), 1906—1934, 1907—1985, 1908—1989, und endlich 1909—1846 (davon 1058 Männer und 788 Frauen). Aus mancherlei Gründen wird man die Genauigkeit der angeführten Zahlen in Zweifel ziehen und eher annehmen müssen, dass die Gesamtzahl noch zu niedrig gegriffen ist. In jedem Fall ist die Not gross, da nur ca. 500 Anstaltsplätze für Kurland disponibel sind, und daher Abhilfe dringend geboten.

Es steht zu hoffen, dass die demnächst bei uns einzuführende Selbstverwaltung auch der Frage der Irrenfürsorge ernste Aufmerksamkeit zuwenden wird.

Discussion:

1. Raphael: Von Seiten der Medicinalverwaltung ist um das augenblicklich leerstehende Schloss Würzen gebeten worden, um dort ein Asyl für die Geisteskranken Kurlands zu schaffen.

2. Zoepffel drückt seine Freude über die Initiative der Medicinalbehörde in dieser Sache aus.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— **St. Petersburg.** Dem Medicinalrat lag am 20. Juli c. eine Anfrage des Handels- und Industrie-Ministeriums vor des Inhalts, ob die Ausfuhr von Fischcaviar aus Russland in die Türkei choleragefährlich sein könne. Die amtliche Resolution lautete, dass eine Gefahr der Choleraverbreitung durch Caviar nicht nur für den tatsächlichen Fall der Choleraverseuchung des Gouv. Astrachan, sondern auch beim Auftreten der Cholera an den Fischereibetrieben selbst, nicht vorhanden ist, weil die dem Gesetz vom 3. Juni 1902 entsprechenden sanitätspolizeilichen Vorschriften und die sanitäre Beaufsichtigung der Fischereibetriebe eine Infection der Fischwaaren ausschliesse. Bei der Production von Caviar wird Wasser nicht benutzt, sondern ausser Kochsalz solche Conservierungsmittel wie Bor- und Salicylsäure. Was speciell die Türkei und die Balkanländer anlangt, so kommen für den Export dahin nur solche Caviarsorten in Betracht, deren Produktion mit dem Frühjahrsfischfang (März bis Hälfte Mai) in Zusammenhang steht und daher schon vor Auftreten der Epidemie beendet war.

— **St. Petersburg.** Der Präsident des Medicinalrats Geheimrat Prof. Dr. **Rein** ist auf Gesuch des Ministerconseils mit Genehmigung Ihrer Majestät der Kaiserin-Wittwe, der hohen Protektorin der russischen Gesellschaft des roten Kreuzes von der Centralverwaltung des roten Kreuzes mit der Organisation des Kampfes gegen die Cholera im Süden Russlands betraut worden. Zur Verfügung Prof. **Reins** ist ein Personal von 10 Aerzten, 20 Studierenden der Medicin, 20 Schwestern, 5 Heilgehilfen und 10 Sanitären und Desinfektoren gestellt worden. Der Tätigkeitsrayon dieser Sanitätsabteilungen umfasst die Gouvernements: Jekaterinoslaw, Cherson, Charkow, Taurien, das Gebiet der Don-Kosaken und die Stadthauptmannschaft Odessa. Hier soll nicht nur ärztliche Hilfe organisiert, sondern auch das Vorgehen aller amtlichen Stellen im Kampfe mit der Epidemie vereinheitlicht werden.

— **Die Cholera in Russland.**

	Erkrankt und gestorben vom 11. bis zum 17. Juli	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	431 (139)	699 (203)	7. Juni
» Kronstadt	8 (2)	10 (2)	8. »
Gouv. St. Petersburg	27 (11)	53 (18)	24. »
Stadt Archangelsk	— (—)	1 (—)	10. »
» Reval	1 (—)	1 (—)	13. Juli
» Riga	2 (—)	2 (—)	14. »
Gouv. Pskow, Stadt Welikije Luki	— (—)	1 (1)	6. Juni
» Nowgorod	25 (9)	26 (10)	7. Juli
» Minsk	— (—)	356 (145)	10. Mai
» Mogilew	31 (6)	338 (134)	14. »
» Witebsk	8 (2)	52 (3)	18. April
» Smolensk	3 (2)	4 (3)	10. Juli
» Podolien	54 (22)	87 (39)	21. Juni
» Wolynien	15 (8)	114 (54)	9. »
» Kiew	72 (24)	863 (340)	3. Mai
» Tschernigow	134 (45)	1132 (429)	13. »
» Poltawa	307 (129)	1661 (632)	9. »
» Charkow	246 (120)	2192 (947)	8. »
» Orel	— (·-)	229 (89)	13. »
» Kursk	678 (245)	1165 (438)	9. Juni
» Woronesh	— (—)	18 (12)	27. Mai
» Tambow	191 (101)	511 (225)	12. »
» Pensa	63 (25)	101 (38)	27. Juni
» Kaluga	1 (—)	13 (—)	6. Juli
» Tula	10 (4)	21 (7)	17. Juni
» Rjasan	222 (78)	510 (185)	19. »
» Wladimir	7 (2)	7 (2)	16. Juli
Stadt Moskau	4 (2)	11 (5)	10. Juni
Gouv. Moskau	1 (1)	1 (1)	11. Juli
» Twer	4 (—)	5 (1)	10. »
» Jaroslaw	102 (42)	145 (61)	27. Juni
» Kostroma	258 (122)	349 (165)	26. »
» Nishnij-Nowgorod	1.5 (50)	381 (126)	24. »
» Kasan	79 (39)	172 (78)	18. »
» Ssimbirsk	172 (69)	336 (136)	10. »
» Ssamara	655 (278)	1530 (734)	9. »
» Ssaratow	237 (100)	1116 (485)	9. »
» Astrachan	240 (100)	639 (280)	15. »
» Stawropol	529 (283)	1638 (827)	3. »
» Perm	41 (15)	53 (24)	2. »
» Wjatka	67 (36)	104 (44)	26. »
» Ufa	54 (47)	62 (51)	29. »
» Orenburg	116 (46)	237 (77)	4. Juli
Turgai-Gebiet	1 (—)	1 (—)	15. »
Gouv. Jekaterinoslaw	1799 (822)	6556 (2967)	10. Jan.
Stadt Kertsch-Jenikale	109 (47)	422 (195)	14. Mai
» Ssewastopol	17 (11)	32 (22)	10. Juni
Gouv. Taurien	647 (328)	1903 (745)	7. Mai
Stadt Rostow a. Don	133 (26)	3401 (1046)	7. »
Gebiet der Donkosaken	2981 (1411)	9602 (4483)	21. »
Gouv. Bessarabien	3 (2)	49 (22)	17. Juni
Stadt Odessa	106 (49)	327 (164)	27. Mai
» Nikolajew	— (—)	93 (39)	4. Juni
Gouv. Cherson	757 (278)	2744 (1043)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	95 (35)	365 (140)	7. Juni
Kuban-Gebiet	2416 (1324)	12166 (6310)	28. Mai
Terek-Gebiet	475 (192)	1241 (506)	28. »
Stadt Baku	118 (41)	205 (92)	4. Juni
Gouv. Baku	132 (74)	525 (269)	19. April
» Tiflis	164 (74)	489 (204)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	31 (19)	72 (41)	29. »
Transkaspi-Gebiet, Stadt Krasnowodsk	— (—)	5 (5)	19. »
Gouv. Erivan	6 (5)	7 (5)	8. Juli
Gebiet der Ssyr-Darja	4 (2)	4 (2)	13. »
Gouv. Tomsk, Stadt Mariinsk	— (—)	1 (—)	8. »
Im Ganzen	15244 (6944)	57720 (25564)	

— **Cholera. Britisch-Ostindien.** In Calcutta starben vom 12. bis 18. Juni 16 Personen. — **Persien.** Den 10. Juli ist die Cholera in Teheran aufgetreten.

— **Pest. Britisch-Ostindien.** Vom 12. bis 18. Juni erkrankten 2340 Personen und starben 2050. — **Japan.** Im Juni erkrankten in Osaka 5 Personen und starb 1. — **Aegypten.** Vom 9. bis 15. Juni wurden 13 Erkrankungen mit 4 Todesfällen angezeigt.

— **Genickstarre. Preussen.** Vom 10. bis zum 16. Juli sind 6 Erkrankungen mit 1 Todesfall angezeigt worden.

— **Poliomyelitis. Preussen.** Vom 10. bis zum 16. Juli kamen 7 Erkrankungen mit 2 Todesfälle vor.

— **An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg** in der Woche vom 4. bis zum 10. Juli 1910 642 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 32, Typh. exanth. 2, Febris recurrens 1, **Pocken** 14, Windpocken 7, Masern 75, Scharlach 45, Diphtherie 56, **Cholera** 138, acut. Magen-Darmkatarrh 196, an anderen Infectionskrankheiten 76.

— Die **Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg** betrug in derselben Woche 850 + 42 Totgeborene + 51 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 24, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 0, **Pocken** 9, Masern 29, Scharlach 16, Diphtherie 13, Keuchhusten 2, crupöse Pneumonie 20, katarrhalische Pneumonie 69, Erysipelas 2, Influenza 6, Postula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 7, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 76, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 7, Gastroent. epidem. 2, **Cholera** 68, Magen-Darmkatarrh 87, andere Magen- und Darmerkrankungen 92, Alcoholismus 12, angeborene Schwäche 46, Marasmus senilis 26, andere Todesursachen 213.

— Die **Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern** betrug bis zum 10. Juli 1910 12059. Darunter Typhus abdominalis 307, Typhus exanth. 8, Febris recurrens 9, Scharlach 284, Masern 54, Diphtherie 206, **Pocken** 145, Windpocken 3, **Cholera** 192, choleraverdächtige Erkrankungen 111, crupöse Pneumonie 92, Tuberculose 534, Influenza 167, Erysipel 143, Keuchhusten 8, Dysenteria 9, Hautkrankheiten 50, Lepra 0, Syphilis 527, venerische Krankheiten 436, acute Erkrankungen 1869, chronische Krankheiten 1678, chirurgische Krankheiten 1493, Geisteskrankheiten 3361, gynäkologische Krankheiten 244, Krankheiten des Wochenbetts 101, verschiedene andere Krankheiten 28.

Ich bin verreist und werde von H. Dr. F. **Holzinger** vertreten. W. O. 2 Lin. 35 Tel. 491-43.

F. Dörbeck.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 32 St. Petersburg, den 7. (19.) August 1910. XXXV. JAHRGANG.

Haus-Sanatorien und ihre Bedeutung im Kampfe mit der Schwindsucht im Jahre 1910.

Von

Dr. S. Unterberger. St. Petersburg.

Motto.

Wir müssen alle Mittel anwenden im Kampfe mit der Tuberculose.
R. Koch.

Wir müssen die Schwindsüchtigen zu Hause behandeln.
R. Koch.

Ausgehend von der Beobachtung, dass im hohen Gebirge selten Schwindsüchtige vorkommen, die Atmosphäre mikrobenfrei ist, die verdünnte Luft zur tiefen Lungenatmung anregt und somit das Lungengewebe und die Muskulatur des Herzens gestärkt wird, errichtete Brehmer im Jahre 1859 in Görbersdorf (Schlesien) seine Anstalt und zeigte, dass die Schwindsucht in diesen Höhen nicht allein heilbar ist, sondern dass daselbst unter ärztlicher Disciplin die besten Resultate erreicht werden. Sein Assistent Dr. Dettweiler erholte sich von seiner Schwindsucht im hohen Gebirge, gründete aber dann in niedriger gelegenem Gebirge, im Taunus, in Falkenstein ein Sanatorium im Jahre 1873 und zeigte, dass man nicht nur im hohen Gebirge, sondern ausserhalb grosser Städte in weniger hoher Lage in reiner Luft, unter ärztlicher Disciplin dieselben Erfolge erzielen kann. Die durch verdünnte Atmosphäre erzeugte, so wichtige tiefe Respiration ersetzte er durch consequent durchgeführtes tiefes Atmen in regelmässigen Zeitabständen. Hinzu kamen die Einrichtung von Liegehallen, um den Kranken möglichst langen Aufenthalt im Freien zu ermöglichen, ausserdem sorgte er für forcierte Ernährung und verabreichte sehr viel Alcohol in Form von Cognac, Wein und Bier. Das Sanatorium erhielt ausserdem durch die Hydrotherapie eine wesentliche Beigabe. Prof. Dr. W. Winternitz hat das grosse Verdienst, die Hydrotherapie bei Behandlung der Lungenleidenden eingeführt, sie auf wissenschaftliche Grundlage gestellt zu haben. Unter all den angeführten Verhältnissen hob sich der Appetit der Patienten bei Dettweiler zusehends, das Nervensystem wurde gestärkt, die Körpergewichtzunahme gefördert und somit Besserung und auch Heilung erzielt. Dettweiler war es auch, der als erster auf Desinfection des Sputums die Aufmerksamkeit richtete und specielle Taschenspucknäpfe empfahl.

In der Errichtung von Sanatorien ging ich nun einen grossen Schritt weiter, und errichtete mitten im Hospital eine Art von Sanatorium, das ich Haus-Sanatorium nannte und worüber ich im Jahre 1896 auf der Naturforscher-Versammlung Bericht erstattete. Der segensreiche Nutzen, den die grossen Sanatorien entfalteten, konnte ja leider nur einem ganz kleinen Bruchteil von Kranken zu Gute kommen. Der Hauptgrund des langsamen Entstehens der Sanatorien ist ja der grosse Kostenaufwand, den die Einrichtung und der Unterhalt derselben mit sich bringt. Die erschreckend grosse Menge von Schwindsüchtigen forderte aber dringend eine grössere Verallgemeinerung des hygienisch-diätetischen Regimes bei Behandlung derselben und bevor wir die halbwegs nötige Anzahl von grossen Sanatorien besitzen konnten, versuchte ich in kleinerem Massstabe, häuslich die Kranken zu behandeln, in Hospitälern sowohl, als auch in den Wohnungen der Kranken.

In der Hochflut bacteriologischer Arbeiten habe ich stets im Auge behalten die hohen Procentsätze von Naturheilungen, die bis zu 94,5% angeführt sind. Aus der grossen Zahl der älteren Beobachter führe ich nur an die Autoren: Rogée, Boudet, Beaux, Letulle, Brouardel. Und diese hohen Procente von Heilungen stammen nicht aus schönen Krankenhäusern und sind nicht in Sanatorien gewonnen, die Kranken gehörten zu den ärmsten Schichten der Bevölkerung der

grossen Städte, die unter möglichst ungünstigen hygienischen Verhältnissen gewiss ein sehr bescheidenes Leben geführt haben und höchstens ambulant in Behandlung gewesen sind. Diese Tatsachen bewogen mich gleich inmitten eines Hospitals die Kranken zu behandeln. Die Gefahr der Ansteckung der schwer Siechen im Hospital, sowohl in den internen als auch in den chirurgischen Abteilungen war ja nicht nachgewiesen, andererseits war aber die Notwendigkeit die Kranken nach den Regeln der grossen Sanatorien zu behandeln eine dringende. Vor allem sprach für diese Anschauung die Beobachtung im Schwindsucht-Hospital in London, im Brompton for consumption hospital, wo unter dem Personalbestande gar keine Ansteckung stattfand und wo auf Vernichtung des Sputums gar nicht geachtet wurde.

Und so hatte ich im Jahre 1895 im Hospital von Zarskoje-Sselo inmitten aller anderen Kranken grosse, luftige nach Süden gelegene Zimmer zu Haus-Sanatorien bestimmt. Ich wählte diese Bezeichnung, um dieser Art von Sanatorien gleich einen weiten Spielraum zu geben, sie sollten nicht nur im Hospital, sondern auch in jedem Haushalte Nachahmung finden. Um diesen Krankenräumen ein besonderes Gepräge zu geben, schmückte ich sie im Winter mit schönen grossen Tannenbäumen, deren harziger Duft die Luft erfrischte. Die Temperatur wurde auf ca. 10—12° R. gehalten. Tiefe Atmungen je nach den Kräften der Kranken in frisch ventilierten Aufenthaltsräumen und womöglich ausgeführt durch die Nase, wurden systematisch 2 bis 3 mal am Tage geübt; hinzu kamen täglich trockene und nasse Abreibungen die einen wichtigen Factor darstellen bei Behandlung von Lungenkranken. Das Menu blieb in den Grenzen der Hospitalkost, betrug ca. 3000 Calorien und wurde nach dem Zustande der Verdauung geregelt. Medicamentöse Behandlung wurde nur so weit berücksichtigt, als sie symptomatologisch notwendig erschien, Kreosotpräparaten wurde der Vorzug gegeben. Auf Reinlichkeit wurde im ganzen Hospital grosse Sorgfalt verwendet. Spucknäpfe fehlten nirgends.

Die erzielten Resultate im Hospital und in Privatwohnungen waren so ermutigend, dass ich nicht aufhörte durch Wort und Tat für Haus-Sanatorien Propaganda zu machen. Die Idee der Haus-Sanatorien hat jetzt in der ganzen Welt Anerkennung gefunden.

Im Jahre 1899 hatte Leube und Schaper Vorschläge gemacht, in Isolierbaracken der Hospitäler Sanatorien einzurichten, später sprach Rosen über Krankenhaus-Hospitäler und jetzt tauchen überall Modificationen von Haus-Sanatorien auf. In jüngster Zeit hat Moeller über Behandlung der Tuberculose zu Hause geschrieben, worin alles enthalten ist, was ich vor 15 Jahren proponiert hatte.

Wohl sind bereits in früheren Zeiten Lungenkranke aufs Land geschickt worden, wobei Besserungen und Heilungen constatiert wurden, aber systematisch durchgeführtes hygienisch-diäthetisches Regime, unter beständiger Leitung des Arztes hat bei der Mehrzahl der Kranken gefehlt. Die von mir zu erst proponierte häusliche Behandlung der Lungenkranken hatte den Zweck, möglichst voll und ganz den Hauptbedingungen der grossen Sanatorien zu entsprechen.

Haben die Haus-Sanatorien im Laufe von 15 Jahren sich als lebensfähig erwiesen? Haben die Haus-Sanatorien eine Zukunft im erfolgreichen Kampfe mit der Schwindsucht?

Gegen die häusliche Behandlung wurden gleich von vornherein theoretische und praktische Gründe angeführt.

Vorerst muss ich aber besonders betonen, dass ich aus der Gruppe der Tuberculösen nur die Schwindsucht im Auge habe; diese Gruppe ist aber sehr gross, denn von 12 Tuberculösen sterben 11 an Schwindsucht.

Die Schwindsucht kam durch die Entdeckung des Koch schen Bacillus und namentlich durch die Experimente an Meerschweinchen — unter unnatürlichen Verhältnissen ausgeführt — in die Reihe der ansteckenden Krankheiten, und da dieselbe so häufig und überall und in allen Zeiten beobachtet war und ist, so wurde sie für die ansteckendste Krankheit par excellence erklärt, und die Folge davon war die übergrosse Bacillenfurcht, die die Gemüter der Aerzte und der Bevölkerung erfasste und zu inhumanen Handlungen Veranlassung gab. Der Kampf mit der Schwindsucht kam schon zuweilen gleich einem Kampfe mit den Schwindsüchtigen.

Unter solchen theoretischen Anschauungen sollte es ein Verbrechen sein, Schwindsüchtige in Familien zu lassen, oder sie im Hospital in einem Corridor, geschweige denn in einem Zimmer zu behandeln. Und was war das Resultat dieses theoretischen Calcüls? Wir raten Schwindsüchtige aus sonnigen, schönen, grossen Räumen in kleine abgelegene Zimmer unterzubringen, wo an eine schnelle Erholung und Genesung nur schwer gedacht werden könnte. Bei diesen rigorosen Massnahmen konnte aber nie in Hospitälern ein Fall von Ansteckung und Erkrankung an Schwindsucht eines Kranken constatiert werden. Wäre die Schwindsucht eine so ansteckende Krankheit wie Scharlach, Masern, Flecktyphus, Cholera etc., so müsste jeder Arzt zu jeder Zeit eine ganze Reihe von positiven Fällen von Ansteckung constatieren können.

Der Begriff Infection allein genügt nicht zu einem wirklich befriedigenden Verständnis der Entstehung und des Verlaufs der Schwindsucht. Es gibt wohl Formen, die einer gewöhnlichen Infectionskrankheit entsprechen, es gibt aber weit mehr Formen, die einer solchen recht wenig gleichen, die viel mehr an das Dahinwelken und Eingehen von Pflanzen erinnern, die von schlechtem Samen stammen, oder auf ungeeignetem Boden wachsen (Meissen, Riffel). Bei allen Infectionskrankheiten kommt es nicht allein auf die Wirkung des Krankheitserregers an, sondern ebenso auf die Gegenwehr des befallenen Wesens. Der lebende Organismus verhält sich nicht wie ein Nährboden im Glaskolben, sondern er setzt seine organischen Kräfte denen der Bakterien entgegen. Der Mensch ist für den Kampf mit Microben ausgerüstet, wehrt sich und ist im allgemeinen der stärkere. Wäre dem nicht so, so müsste das Menschengeschlecht längst durch irgend eine Seuche ausgerottet sein. Bei der Schwindsucht haben wir das eigentümliche Verhältnis, dass eine zur Erkrankung führende Ansteckung gerade da, wo wir sie am ehesten erwarten müssten, bei Aerzten und Pflegern, in der Ehe, in Curorten und Anstalten, fast nur Ausnahmsweise vorkommt und zwar ohne dass man besondere Vorsicht in der Vermeidung der Infection als ausreichenden Grund anführen könnte (Meissen). Die Sectionsbefunde zeigen, dass mit dem 30. Lebensjahre fast jeder von uns Reste überstandener Tuberculose-Infection aufweist, somit ist der Mensch nicht imstande, die Invasion des Tuberkelbacillus zu verhindern, seine organische Widerstandskraft reicht aber aus, die Infection unwirksam zu machen und erst der „constitutionelle Factor“ entscheidet über den Ausbruch der Erkankung.

Ende des vorigen Jahrhunderts haben hervorragende biologische Forschungen klar gelegt, dass man das Wesen der Krankheit nicht mehr im alten ontologischen Sinne zu suchen hat. Causa aequat effectum — das ist der Kern der neuen energetischen Auffassung der Causalverhältnisse, in welchem sich die moderne auf das Gesetz der Erhaltung der Kräfte basierende Naturbe-

schreibung stützt. Die Ursache einer Infectionskrankheit besteht aus zwei Componenten: aus den auslösenden (Microbengifte) und auszulösenden (körperliche Anlage) Kräften. Die Microben können nur da im Organismus eine Krankheit hervorrufen (Hueppe, Martius u. v. a.), wo die Disposition dazu vorhanden ist. Das Specifische der Krankheit ausschliesslich in einem der beiden Momente, nur in der Anlage oder nur in den Microben zu suchen, ist demnach falsch. Ausserdem sind die beiden Componenten nicht stets gleich, sondern stellen variable Grössen dar, bald ist die Anlage sehr stark entwickelt, bald der T.-bacillus sehr giftig, und umgekehrt.

Die Auffassung der orthodoxen Bacteriologen, dass zur Entstehung der Schwindsucht nur das Eindringen der T.-bacillen nötig sei, hat sich als unrichtig erwiesen. In neuester Zeit hat man T.-bacillen im Blute beobachtet, aber T.-knötchen haben sie nicht erzeugt, es fehlte dazu die spec. Anlage; solche Menschen sind als Bacillenträger zu betrachten. Exposition ist damit nicht gleichzustellen der Disposition! Der Mensch ist nicht generell, sondern individuell zur Schwindsucht disponiert; disponiert ist ausserdem nicht die ganze Lunge sondern häufig nur einzelne Teile.

In dieser Frage hat die Aufstellung der Riffel-Schlüterschen Ahnentafeln viel zur Klärung beigetragen (s. meinen Aufsatz, St. Petersb. Med. Wochenschrift Nr. 24 — 1909). Die wissenschaftliche Geneolagie, von Lorentz aufgestellt, hat eine grosse Zukunft und muss von Aerzten unaufschiebbar in den Kreis ihrer Tätigkeit gezogen werden, solche Tafeln werden unseren Nachkommen von hohem Werte sein.

Der Standpunkt des Energiegesetzes bei der Pathogenese der Schwindsucht hat eine wesentliche Stütze erhalten durch die Arbeiten der Embryologen. Wir wissen jetzt, dass Samen und Eizelle zwei gleichartige Bestandteile darstellen. Durch die Tatsache, dass die gleiche Zahl der Chromosomen stets weiter vererbt wird, kommt man zum Schluss, dass bei jedem Menschen alle Eigenschaften vorhanden sein müssen, aber nach der Beobachtung der qualitativen Verschiedenheit der Chromosomen bald schwächer bald stärker, d. h. latent oder manifest — auftreten. So erklärt sich jetzt auf ganz verständliche Weise die Erscheinung des Atavismus: in einer Generation tritt die Eigenschaft in latenter oder manifester Form auf, um in der nächsten oder eine Generation überspringend, manifest oder latent zu sein etc. Bei der Vererbung spielen die pathologischen Eigenschaften die gleiche Rolle wie die physiologischen.

Die Constitutionspathologie wird durch diese neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Biologie in das rechte Licht gestellt. Ererbt ist somit nur das, was aus den Chromosomen der beiden Geschlechtszellen sich entwickelt. Angeboren ist alles, was das Kind mit auf die Welt bringt, wie zum Beispiel Infection mit T.-bacillen, Pocken, Scharlach etc., die intrauterin erfolgt. (Martius).

Für die Bekämpfung der Schwindsucht gibt es zwei Angriffsrichtungen: directe Vernichtung der Microben und Einwirkung auf den Organismus in dem Sinne, dass er den Erreger überwindet. Ein Mittel, den T.-Bacillus im Organismus zu töten, besitzen wir bis heute nicht. Die sogenannten spec. Mittel wirken genau oder erst mittelbar auf den Bacillus wie das, was wir Allgemeinbehandlung nach hygienisch-diätetischen Grundsätzen nennen. Wir suchen den Organismus gegen die Giftwirkung des Bacillus zu festigen, die Bildung von Antitoxinen, Schutzstoffen u. s. w. kräftiger anzuregen als es im natürlichen Verlaufe der Krankheit geschieht, womöglich solche Stoffe künstlich und direkt einzuführen (Meissen). Welche Methode verdient nun den Vorzug? So viel steht fest, dass das ältere Verfahren anerkannte Erfolge aufzuweisen hat. Durch die hygienisch-diätetisch-hydriatische Methode wird die Osmose in allen Organen geregelt, und wo die Osmose vollkommen geregelt ist, da hat der Bacillus keinen Boden zur Entwicklung (Holzinger).

Von alters her hat man dem Klima grossen Einfluss auf die Schwindsucht zugesprochen, dem Süden und dem Hochgebirge. Allein nicht der Wechsel des klimatischen „Milieu" ist das Wesentliche, sondern der Wechsel des hygienischen „Milieu", das Verlassen ungesunder Verhältnisse und Umgebung. Nicht der Ort, wo man lebt, sondern die Art, wie man lebt, entscheidet über den Verlauf der Erkrankung (Meissen). Kein Klima der Welt vermag den constitutionellen Faktor des Menschen, das Produkt aus Abstammung nach unseren Wünschen umzugestalten, und ebenso ist der Erreger der Tuberculose vom Klima unabhängig.

Das Klima kann unmöglich einen entscheidenden oder gar spec. Einfluss auf den Verlauf der Schwindsucht ausüben; wir sehen das klinische Bild der Schwindsucht in alle Breiten und Höhen, überall in der Welt bleibt es das gleiche. Nicht der blaue Himmel Italiens, nicht die Schweizer-Berge haben die geringste Sterblichkeit an Schwindsucht, sondern ein Land, dessen Klima wir als wenig erfreulich zu bezeichnen pflegen, nämlich Grossbritanien, und zwar von seinen drei Teilen England, das neblige und rauchige Industrieland England hat weniger als die Hälfte der Tuberculose-Sterblichkeit Frankreichs, dessen Klima gewiss besser zu nennen ist; ebenso hat England weniger Tbc.-Mortalität als Italien. Es gibt eine „immune Zone, aber sie liegt in uns". Nicht früh genug, nicht lange genug — das muss die Losung sein bei der Behandlung, wo die Grundgedanken des hygienisch-diätetischen Heilverfahrens consequent durchgeführt werden (Meissen).

Resümieren wir alles gesagte, so ergibt sich, dass im Laufe von nahezu 60 Jahren die Principien der Brehmerschen Sanatorium-Behandlung volle Geltung behalten haben, dass sie aber Evolutionen unterworfen gewesen sind. Die microbenfreie Luft im Hochgebirge kann nicht mehr als eine Panacee für Behandlung gelten, in weniger hohen Gegenden, ausserhalb der Städte, konnte man in Sanatorien dieselben Erfolge erzielen. Hinzu kamen Liegehallen, Mastcur, Alcohol in sehr grossen Dosen und namentlich hydrotherapeutische Massnahmen, um den Organismus zu kräftigen und Heilung zu erzielen. Den bakteriologischen Anforderungen gerecht zu werden, wurde auf Desinfection der Speibecken grosses Gewicht gelegt, Taschennäpfe wurden erfunden und ihnen übergrosse Bedeutung zu Grunde gelegt. Die Erfahrung des täglichen Lebens zu allen Zeiten veranlasst wiederum zurückzukommen auf die Behandlung der Kranken in häuslichen Verhältnissen, es wurden Haus-Sanatorien proponiert. Sanktion erhielten sie auf dem Washingtoner Congress durch Koch, indem er sagte „wir müssen Tuberculöse auch zu Hause behandeln". Um zu Hause die Kranken zu behandeln, musste vor allem die übergrosse Bacillenfurcht auf das richtige Mass herabgedrückt werden. Ein zur Reinlichkeit erzogener Schwindsüchtiger bietet keine Gefahr für seine Umgebung.

Frische microbenfreie Luft gilt als wohltuend für den Kranken, aber sie stellt kein Specificum dar gegen Tuberculose. Die biologischen Forschungen der letzten 10 Jahre klärten so manchen scheinbaren Widerspruch in der Praxis auf. Diese Forschungen zeigten, dass zur Entstehung einer Krankheit zwei Componenten nötig sind:

auslösende und auszulösende Kräfte, Anlage und Reize. Die Anlage zu allen Krankheiten werde beim Menschen vererbt in latenter und manifester Form. Diese Forschungen erklären auf ganz einfache Weise den Atavismus, der nicht nur für physiologische Eigenschaften sondern auch für pathologische Bedeutung besitzt.

Von allen Massnahmen der grossen Sanatorien sind geblieben: frische, reine, sauerstoffreiche Luft, hydrotherapeutische Eingriffe, geregelte Diät, Liegehallen nur für Schwerkranke, hierzu kommen Arbeit für Leichterkrankte, Desinfektion des Sputums — nicht vom einseitigen Standpunkt, dass durch dasselbe T.-bacillen verstreut werden, es werden auch andere pathogene Microben verbreitet, sondern auch vom aesthetischen Standpunkte; was der Organismus von sich entfernt, darf doch nicht wieder in den Organismus hinein kommen.

Alle diese Bedingungen lassen sich in häuslichen Verhältnissen sehr gut erfüllen, wodurch die Kranken und ihre Umgebung zu hygienischem Leben erzogen werden.

Die Tuberkelbacillenfrage hat ja bereits viele Evolutionen erlebt, und so hat auch die Anschauung über die erfolgreiche Prophylaxis und Bekämpfung der Schwindsucht Aenderungen aufzuweisen.

In einigen Staaten von Süd-America hat sich schon die Evolution in dieser Frage vollzogen. Die Ligue antituberculeuse hat sich umgewandelt in die Ligue d'hygiène sociale et de puericulture. Und so müssen auch wir unsere Kampfmittel ändern und nicht säumen, den Kampf gleich ins Haus zu versetzen.

Wenn einmal unsere Kinderstube ein Haus-Sanatorium vorstellen wird, so wird ein bedeutender Erfolg des Kampfes mit der Schwindsuchtsanlage gesichert und zwar im Lichte biologischer Forschung!

Anhang.

Zum Eröffnungstage der Allrussischen Liga in diesem Jahre ist von mir die in Washington mit einer goldenen Medaille praemierte illustrierte Karte in zweiter Auflage erschienen, aber in gekürzter Form und nur in russischer Sprache. Ich lasse die Thesen und drei illustrierte Bilder folgen:

Motto. Schwindsucht — eine heilbare Krankheit.

* * *

Behandlung jedermann zugänglich.

* * *

Ein reinlicher Schwindsüchtiger bietet keine Gefahr für die Umgebung.

1) Schwindsucht ist eine sehr verbreitete Krankheit.

An der Schwindsucht sterben jährlich in der ganzen Welt viele Millionen Menschen; in ganz Russland über 400000.

2) Schwindsucht ist eine ansteckende Krankheit.

Die Infektion besteht in einem äusserst kleinen Pflänzchen, das die Form eines Stäbchens hat und nur unter dem Microscop sichtbar ist; es heisst Koch sches Stäbchen nach dem Entdecker desselben.

3) Worin besteht die Schwindsucht?

Schwindsucht besteht darin, dass in die Lungen des Menschen Koch sche Stäbchen eindringen, die sich vermehrend, Knötchen-Tuberkel bilden und Zerfall der Lungen erzeugen; die Kräfte des Erkrankten fangen an zu schwinden.

4) Quellen der Infection an Schwindsucht.

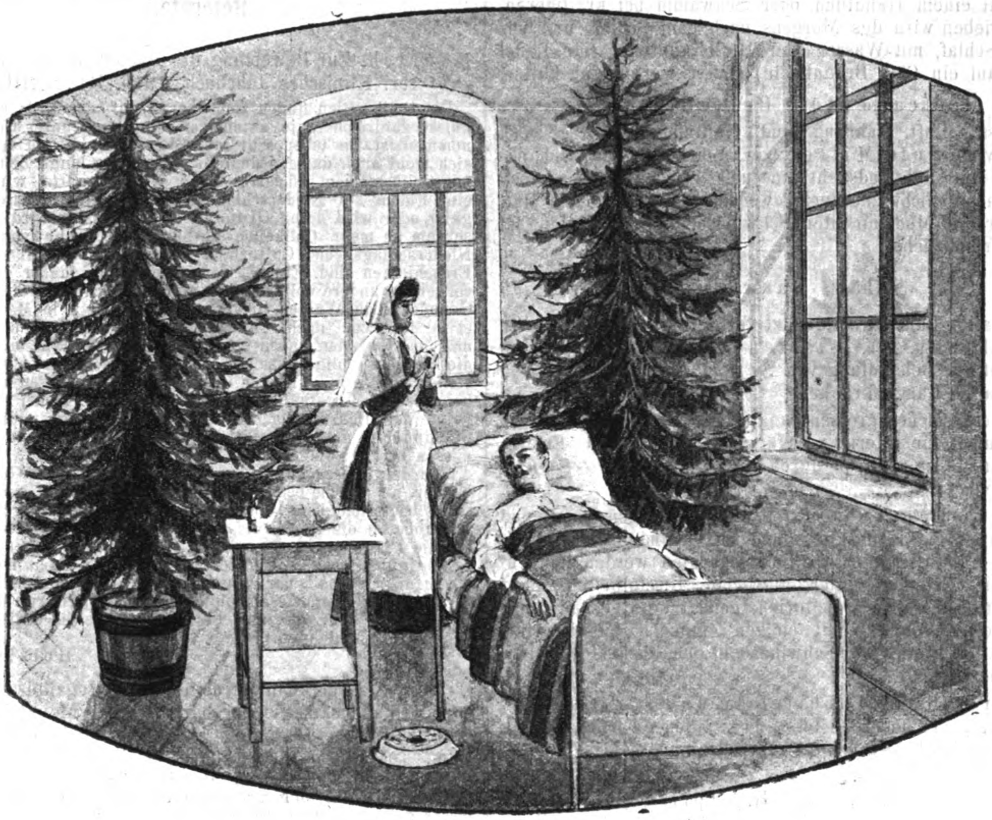
Hauptquelle ist der Auswurf des Schwindsüchtigen, die überall hin ausgeworfen wird. Ausgetrocknet mischt sich der Auswurfsstoff mit dem Staube und durch die Luft dringt er ein in die Lungen und kann sie inficieren.

5) Wie kämpft man mit dem Infectionsstoff?

Zu diesem Zweck ist es nötig überhaupt alle Hustenden anzuhalten, in Spucknäpfe zu spucken. Den gesammelten Auswurf giesst man in die Aborte.







6) Ausser Infectionskeimen ist noch Anlage zur Schwindsucht nötig.

Zur Erkrankung an Schwindsucht ist eine Infection nicht genügend: notwendig ist noch eine Anlage d. h. spec. Empfänglichkeit für diese Krankheit.

Ein Funke ruft nur da Feuerschaden hervor, wo er auf günstigen feuergefährlichen Boden fällt.

Unmässigkeit in Alcoholgenuss begünstigt die Erkrankung.

Säufer gehen oft zu Grunde an Schwindsucht.

7) Schwindsucht ist eine zu vermeidende und heilbare Krankheit.

Vermeiden kann man die Erkrankung hauptsächlich durch Stärkung und Stählung des Organismus. Durch Stärkung und Stählung des Körpers erreichen wir eine Heilung. Je früher wir damit beginnen, desto sicherer der Erfolg. Das Kochsche Stäbchen in den Lungen eines gesunden und gestählten Körpers geht von selbst zu Grunde.

Ist kein brennbares Material — so ist auch der Funke ungefährlich.

Gestählt müssen unbedingt alle Lungenkranke werden.

8) Wie soll man den Körper kräftigen und stählen?

Stärken kann man den Organismus mit einfachen und jedermann zugänglichen Mitteln, und zwar:

1. Durch frische reine Luft.
2. Durch kräftige Nahrung.
3. Durch Hautpflege.

9) Frische reine Luft.

Frische reine Luft und Sonnenschein — sind die Hauptmittel für eine erfolgreiche Behandlung der Schwindsüchtigen.

Notwendig ist ein möglichst langdauernder Aufenthalt in frischer, reiner Luft.

Damit die Kranken dieses zu jeder Zeit tun können, ist es wünschenswert bei den Wohnungen verdeckte, heizbare und geräumige Glas-Balkone zu haben.

In Wohnräumen ist es nötig, die Zimmern möglichst häufig zu lüften und zwar bei jeder Witterung.

Mehrmals am Tage muss man im Freien oder in frisch gelüfteten Zimmern tiefe Atmungen machen, soweit eben die Kräfte des Kranken es erlauben; dabei dringt in die Lungen mehr frische Luft, wodurch dieselben gekräftigt werden und zugleich das Herz — das bei Schwindsüchtigen leicht schwach wird — gekräftigt wird.

10) Gesunde Nahrung.

Die Schwindsüchtigen und überhaupt die Lungenkranken müssen gut genährt werden. Die Nahrung muss nach dem Geschmack des Kranken sein, einfach aber nahrhaft und leicht verdaulich. Gegessen muss langsam werden, dabei die Speisen gut zerkaut sein.

Von den gewöhnlichen Speisen sind besonders nutzbringend: Milch, Kephir, Kumyss, Butter, Speck, Tolokno (ein Haferpräparat, das eine Volksspeise in einigen Gouvernements Russlands bildet).

11) Hautpflege.

Hautpflege besteht in trockenen und feuchten Abreibungen des ganzen Körpers.

Trockene Abreibungen des ganzen Körpers werden bei schwachen Kranken ausgeführt, feuchte

— mit einem Handtuch oder Schwamm bei kräftigeren. Abgerieben wird des Morgens nach dem Schlaf und vor dem Schlaf, mit Wasser oder Salz-Branntwein (ein Löffel Salz auf ein Glas Branntwein) zuerst warm dann kälter.

12) Medicamentöse Behandlung.

Ausser Luft, Nahrung und Hautpflege gibt es noch sehr viele gute Mittel zur Stärkung und Behandlung von Schwindsüchtigen und Lungenkranken, doch dürfen sie nicht gebraucht werden ohne ärztlichen Rat.

Nur mit Medicamenten Schwindsüchtige zu heilen, ist schwer möglich.

Haus-Sanatorien.

In allen Ländern sind jetzt verbreitet besondere grosse Einrichtungen, Heilstätten oder Sanatorien, bestimmt für Behandlung von Schwindsüchtigen und überhaupt Lungenkranken.

Allein solcher grossen Sanatorien sind wenige und sie sind nicht für jederman zugänglich. Mit grossem Erfolge kann man sie ersetzen durch sogenannte Haus-Sanatorien.

Haus-Sanatorien stellen Einrichtungen dar, die bei gewöhnlichem Haushalte ohne Luxus und ohne complicierte Administration ins Leben gerufen werden können, wo die Kranken unter ärztlicher Disciplin behandelt werden. Für solche Sanatorien genügt eine gesunde (hygienische) Wohnung mit einigen Zimmern, ja sogar mit einem. Die Furcht vor Schwindsüchtigen, als ansteckenden, ist übertrieben.

Der Schwindsüchtige an und für sich ist nicht gefährlich für die Umgebung, wenn er reinlich ist und sein Sputum nicht überall hinwirft.

Häufiges Lüften, Hautpflege, gesunde Nahrung ist das wichtigste, was zur Behandlung von Lungenkranken notwendig ist, kann überall angewandt werden und ist zugänglich in gesunden Wohnungen. Im Winter aufgestellte Tannenbäume machen die Wohnung gemütlich und zugleich erfrischt der Tannenduft die Luft.

Haus-Sanatorien erweisen sich noch mehr nutzbringend, wenn man zu den Wohnungen heizbare Glas-Balkone anbaut, die nicht nur im Sommer bei offenen Fenstern, sondern auch im Winter, mit Winterrahmen versehen, sehr gut den Kranken dienen können, liegend auf Couchetten, längere Zeit frische Luft einzuatmen. Gazegeflechte in Fenstern angebracht halten Staub und Russ ab.

Auf dem Lande hat die Einrichtung von Haus-Sanatorien noch den grossen Vorteil, dass man Luft in Ueberfluss hat. Ausserdem Arbeit in freier Luft, im Walde und Garten, bringt den Kranken wesentlichen Nutzen.

Alle Massnahmen für einen erfolgreichen Kampf mit Krankheiten, welche grosse Massen ergreifen und zur Volksplage werden, müssen folgende Bedingungen erfüllen. Erstens müssen sie jedermann zugänglich sein. Zweitens leicht ausführbar und drittens erfüllbar sein in allen Lebenslagen. Ohne diese Bedingungen kann auf Erfolg nicht gerechnet werden.

Alle diese Bedingungen sind vereinigt in einer Heilmethode, welche von mir zuerst empfohlen, sich bereits bewährt hat und als Haus-Sanatorien bezeichnet ist.

St. Petersburg, August 1910.

Referate.

Konrich. Zur Bewertung des Bacterium coli im Wasser. Klinisches Jahrbuch. 1910. Bd. XXIII. H. 1.

Die Colibacillen finden sich überall auf der Erde und zwar um so zahlreicher, je intensiver ein Land unter Cultur genommen ist. Sie leben sehr lange in der Erde und vermehren sich wohl auch darin; jedenfalls dauert es lange Zeit, bis ein mit Colibacterien inficiertes Land wieder colifrei wird. Dient eine Fläche als Niederschlagsgebiet für eine Wasserversorgung, oder wird deren Grundwasser benutzt, so wird das Wasser um so mehr Colikeime enthalten, je mehr von seinem Niederschlagsgebiet Culturland ist und je durchlässiger die Erdschichten sind. Einige Gegenden haben daher durchweg colireiche, andere coliarme oder auch vielleicht colifreie Wässer. Grundsätzlich Wässer zu verwerfen, die auch in Mengen von etwa 1,0 ccm. noch Colibacillen enthalten, ist unmöglich; manche Gegenden haben eben kein anderes Wasser. Wollte die Hygiene Coligrenzzahlen für die Wasserbegutachtung aufstellen oder gar verlangen, dass ein Trinkwasser überhaupt kein Bact. coli enthalten soll, so würde sie in der wichtigen Frage der Beurteilung von Wässern vom gesundheitlichen Standpuncte aus unfruchtbar werden; sie muss zu Compromissen bereit sein.

Von den Untersuchungsmethoden für Trink- oder Gebrauchswässer, als welche benutzt werden können: physikalisch-chemische, bacteriologische = keimzählende, ortbesichtigende und Coliprobe ist die letzte die bei weitem unzuverlässigste, die für die Praxis kaum Wert hat. Ihr Ergebnis macht die Ortbesichtigung nicht entbehrlich, sondern erst recht notwendig. Sie in die Methodik der Wasserbegutachtung einführen, heisst die Methodik complicieren, ohne sie zu verbessern. Man wird deshalb gut tun, bis auf bestimmte Fälle die Coliprobe für die Praxis abzulehnen.

Holzinger.

Dreuw: Ueber Chrysarobin- und Pyrogallolsalben mit Alkalizusatz. Sonderabdruck aus «Monatshefte für praktische Dermatologie 1909». Band 49.

Obgleich ein Zusatz von Alkali bei der Chrysarobin- und Pyrogallolsalbenzubereitung als Kunstfehler gilt, da er die reducierende Wirkung des Chrysarobins aufhebt, ist es Verfasser gelungen, eine Mischung dieser Salben mit alkalischer grüner Seife herzustellen, ohne die reducierende Eigenschaft des Chrysarobins zu beeinflussen. Ermöglicht wird diese Mischung durch den Zusatz eines Ueberschusses von Acid. salicyl., der alles gebildete chrysophansaure Alkali wieder in Chrysarobin und salicylsaures Alkali unter Freiwerden von Oelsäure zurückverwandelt.

Die so zubereitete Salbe übt eine intensivere Schälwirkung aus und erhält die Eigenschaft mit der normalen Haut eine zusammenhängende Schälmembran zu bilden.

Zur Aufbewahrung der Salbe empfiehlt sich die Aërotuba, welche die Salbe luftdicht einschliesst und somit eine Oxydation verhindert.

Dreuw: Zur Behandlung chronischer Hauterkrankungen. Sonderabdruck aus der «Medicinischen Klinik» 1909. Nr. 37.

Vor 6 Jahren proponierte Verfasser für die locale Psoriasisbehandlung seine Salicyl-Chrysarobin-Teersalbe (Acid. salic. 10,0 Chrysarobin Ol rusci aa 20,0 Sapon. virid. Lanolin aa 25,0) die ihm stets gute Dienste geleistet hat. Nun gibt Verfasser weitere Indicationen zur Verwendung der Salbe bei chronischen Hauterkrankungen, die eine einweichende. schälende und reducierende Einwirkung verlangen. Hierher gehören: Ichthyosis, Lichen vulgaris, L. rub. planus, Acne vulgaris; auch bei Pityriasis versicolor und Trichophytie wurden gute Resultate erzielt.

F. Hinze.

William J. Mayo: Radical operation for cancer of the pyloric end of the stomach. (Review of 266 partial Gastrectomies). The Journal Amer. Med. Ass. Nr. 20. 1910.

Die partielle Magenresection und Pylorectomie wurde im Hospital zu Rochester der bekannten Brüder Mayo 266 mal ausgeführt (vom April 1897 bis Jan. 1910) mit 34 Todesfällen, was einer Mortalität von ca. 12,4 pCt. entspricht. Davon wurden im Jahre 1909 — 46 Magenresectionen mit 4 Todesfällen gemacht, also Mortalität 8,6 pCt. Die Frühdiagnose des Magenkrebses und die Indication zur radicalen Operation werden besprochen. Die Diagnose kann gestellt werden bevor noch die chemische Untersuchung des Magens charakteristische Befunde gibt, wenn dieses bereits der Fall ist, so ist eine radicale Operation schon meistens

unmöglich. Weiterhin wird die vom Verf. geübte Technik der Magenresectionen an der Hand einiger vorzüglicher Abbildungen genau geschildert. Die Wiederherstellung der Magendarmpassage nach der Resection wird meistens durch die hintere Gastrojejunostomie (mit Naht) bewirkt. Auf Grund seiner guten Statistik kommt Verf. zum Schluss, dass auch in vorgeschritteneren Fällen die Resection gewagt werden muss, denn sie gibt keine viel höhere durchschnittliche Mortalität, als die Gastroenterostomie allein, und hat beim Gelingen vor dieser nur palliativen Operation, grosse Vorzüge.

A. J. Ochsner: Pankreatitis from the standpoint of the clinical surgeon. The Journal Americ. Med. Ass. Nr. 22. 1910.

In dieser interessanten Abhandlung wird die Pankreatitis vom chirurgischen Standpunct aus betrachtet. Aetbiologie, Pathologie, Diagnose (Cammidge-Reaction), Symptome und Behandlung der acuten und chronischen Pankreatitis werden kurz besprochen. Bei chronischer Pankreatitis besteht die beste chirurgische Behandlungsmethode, zuerst von Mayo Robson angewandt, in der Herstellung einer Drainage durch eine Cholecystostomie. In leichteren Fällen der acuten Pankreatitis ist ein chirurgischer Eingriff nicht notwendig. Wenn während einer acuten Attake operiert wird, genügt meistens die Drainage der Gallenblase. In schweren acuten Fällen können Patienten durch schnelles Eröffnen des Abdomens und Drainage gerettet werden.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die klinische Diagnose der chronischen Pankreatitis ist meistens vor der Operation möglich. 2) Die Pankreatitis ist fast immer eine Complication der Erkrankungen der Gallenblase und der Gallenwege. 3) Sie ist meistens heilbar beim Aufhören der pathologischen Verhältnisse der Gallenblase und -wege. 4) Eine Operation der acuten Pankreatitis kann oft gemacht werden. 5) Eine frühe Operation verbessert die Prognose. 6) Das Trauma des Eingriffes muss möglichst gering sein. 7) Der wichtigste Factor der Behandlung besteht in der freien Drainage.

W. Schaack.

II. kurländische Aerztetag in Libau.

(Vom 28.—30. Mai 1910).

(Fortsetzung).

IV. Ed. Schwarz-Riga hält seinen Vortrag: Zur Pathologie des Liquor cerebrospinalis. (Erscheint in der St. Pet. med. Woch.).

Discussion:

1. Hampeln: Von grossem Interesse erscheint die Analogie des Verhaltens der Cerebrospinalflüssigkeit bei Neoplasmen im Bereich der Hirnventrikel und der serösen Flüssigkeit bei Pleuraneoplasmen. Hier sei durch Quincke auf die Bedeutung eigenartiger, vacuolischer Riesenzellen mit randständigem Kern, Siegelringzellen, als Merkmal für die neoplastische Erkrankung der Serosa hingewiesen worden. Auch er habe in mehreren Fällen diese höchst eigenartigen Zellformen, auch mit Zelleinschlüssen beobachtet und darauf hin die Neoplasma Diagnose im allgemeinen stellen können. Diese Zellen seien aber weder positiv noch negativ pathognomonisch, d. h. Siegelringzellen überhaupt kommen auch bei einfacher Pleuritis vor und bei Pleuraneoplasmen können sie fehlen und kann das Pleuraexsudat ein einfach seröses sein. Die riesigen Siegelringzellen aber scheinen allerdings nur bei neoplastischen Pleuraerkrankungen vorzukommen. Dennoch scheinen diese Zellen keine eigentlich specifische zu sein, sondern gewöhnliche Epithel- oder Endothelzellen, die nur unter dem Einfluss des ungewöhnlichen Reizes zu so bizarren, ganz ungewöhnlichen, eben den Krebsformen auswachsen.

2. von Bergmann: Ich möchte die Frage an Dr. Schwarz richten wie es mit den Gefahren der Punktion bei den Erkrankungen der Arachnoidea steht. Bei Hirntumoren ist die Lumbalpunction contraindiciert, denn es sind genügend Fälle bekannt, wo die Punction beim Hirntumor unmittelbar den Exitus zur Folge hatte.

3. Schwarz: Gefahren bei Tumoren bestehen in der Tat. Namentlich die Tumoren der hinteren Schädelgrube scheinen besonders empfindlich zu sein. Doch auch bei einem gänseeigrossen Tumor des Grosshirns habe Vortragender am 3. Tage post punctionem Exitus erlebt.

Sonst seien die Gefahren gering. Paralytiker und Tabetiker vertragen die Lumbalpunction vorzüglich und viele Kranke hätten durch dieselbe subjective Erleichterung und directe nennenswerte und günstigste therapeutische Erfolge für sich zu verzeichnen. Heute nachmittag werde Vortragender auf therapeutische Erfolge bei anderen cerebralen Zuständen zurückkommen.

Durch die Punction sind wir jetzt oft imstande eine Diagnose zu stellen, die früher dunkel bleiben musste. Als glänzendstes Beispiel möge folgender Fall dienen; in Walk befindet sich ein Progymnasium und infolge dessen Knabenpensionen in denen 10—15 Knaben zusammenwohnen. In einer solchen Pension erkrankte im vorigen Winter ein Knabe an schwerer Meningitis. Es entstand die Frage, ob es sich nicht um die bösartige Form der epidimischen Cerebrospinalmeningitis handele. Der Hausarzt, Dr. Lezius, hatte mir mitgeteilt, dass in der Gegend von Walk seit einigen Monaten eine Epidemie von Pneumonien herrsche. Infolge dessen sprach ich die Vermutung aus, dass es sich wohl um eine Pneumococcenmeningitis handeln dürfte. Die Punction hatte eine trübe Flüssigkeit ergeben, in der Dr. Praetorius-Riga eine Reincultur von Pneumococcen fand, womit die wichtige Frage entschieden war und die Befürchtungen zerstreut werden konnten.

4. Heinrichsen: Es ist zu empfehlen, dass gerade auch die allgemein praktischen Aerzte und Landärzte recht häufig von der Lumbalpunction Gebrauch machen als diagnostisches und therapeutisches Mittel. Als diagnostisches und prognostisches Mittel ist sie vor allem wertvoll bei den auf dem Lande häufigsten Krankheiten der Meningen — der Meningit. tuberculosa — durch das charakteristische Punctat und auch event. Nachweis von Tuberkelbacillen — als therapeutisches Mittel kann sie wertvoll werden bei eitriger Meningitis.

5. Schwarz: Die therapeutische Wirkung ist oft eine glänzende. Auf demselben livl. Aerztetag, auf dem die Zellen im Liquor und deren Abbildungen wie ich Ihnen, m. H. heute zeigte, demonstriert wurden, demonstrierte ich auch eine Patientin, die an eitriger Meningitis litt, die ich täglich punctierte, die selbst täglich auf die Punction wartete, weil sie ihr eine grosse Erleichterung schaffte. Das angeführte, gelbeitrige dicke Punctat wurde zugleich heller, schliesslich ganz klar und mit jeder Punction war ein Abfall der Temperatur zu bemerken. Auch andere ähnliche Fälle habe ich beobachtet.

Gefahrlos ist die Punction, wenn sie unter den nötigen Cautelen ausgeführt wird. Nach der Punction soll 1—3 Tage im Bett gelegen werden, und sie soll im Krankenhause oder in einer Klinik gemacht werden (auch zu Hause, nicht ambulant), denn ein geringer Gang gleich nach der Punction kann schwere Erscheinung von «Meningismus» erzeugen. Ich lasse im Krankenhause die Kranken aus anderen Abteilungen nach der Punction tragen.

V. Raphael-Mitau hält seinen Vortrag: Ueber die Infectionskrankheiten, die Kurland in den letzten Decennien heimgesucht haben. (Erscheint in der St. P. Med. W.).

Discussion.

1. Hampeln macht auf die interessante Tatsache aufmerksam, dass es doch eine Zeit gab, in der die Attestate der stattgefundenen Impfung ohne Angabe, ob erfolgreich oder nicht, genügten. Entscheidend sei natürlich der Erfolg der Impfung und nicht der Impfungsact als solcher, der ja auch erfolglos sein kann.

Dieser Forderung entsprechend sind denn auch die Formulare, aber erst in den 70-er Jahren geändert worden. Inbezug auf den Typhus abd. möchte er darauf hinweisen, dass speciell Münchener Bodenbeobachtungen die Unzulänglichkeit der Versorgung einer Stadt mit reinem Trinkwasser ergeben haben. Das genüge, so wichtig auch infectionsfreies Trinkwasser sei, nicht. Erst wenn der Stadtboden, seine ungünstige Beschaffenheit vorausgesetzt, durchweg drainiert ist, verschwindet der Typhus abd. In München bestand noch ein Typhusherd in dem inneren Stadtgebiet, das noch nicht drainiert war. Erst als auch hier der Boden trocken gelegt war, erschien der Typhus abd. bekämpft.

2. Raphael: Ich muss dem, was Dr. Hampeln über die prophylactische Wirkung der Drainage erwähnt hat, beistimmen. Es gilt einen inficierten Boden wieder normal zu machen, was erst nach einiger Zeit gelingt. Die Keime können sich Jahre lang im Boden halten, um bei geeigneter Gelegenheit durch Aufwühlen des Bodens etc. wieder infectiös zu werden. So entstand die Choleraepidemie, an der wir noch augenblicklich kranken, so sind auch häufig in Mitau Ausbrüche von Typhus in bestimmten Häusern beobachtet worden, nachdem der Boden beim Legen von Wasserleitungsröhren aufgewühlt worden war.

3. Heinrichsen: Das Gefühl und die Erkenntnis des Wertes der Statistik ist bei uns noch zu wenig entwickelt.

Es wäre sehr zu wünschen, dass die Medicinalverwaltung uns entgegenkommen und das Führen der Statistik erleichtern würde durch regelmässiges Zuschicken gedruckter Formulare, vor allem für Infectionskrankheiten.

4. Raphael erwidert, dass es solche Schemata gibt und der College Heinrichsen sie aus der Medicinalbehörde erhalten kann.

5. Waeber weist als Ergänzung zu dem von Dr. Hampeln Gesagten, dass nämlich beim Typhus abd. neben reinem, gutem Trinkwasser die Drainage des Bodens eine Rolle spielt, auf die Libauschen Verhältnisse hin, wo die häufigen Typhusepidemien der 50-er und 60-er Jahre durch die Drainage des Bodens erheblich abgenommen haben.

6. Raphael teilt mit, um Missverständnissen entgegen zu treten, dass der Impfzwang nur zur Zeit der Epidemien existiert.

2. Sitzung

am 28. Mai 1910. Von 3—7 Uhr.

VI. Dr. Pelling-Mitau hält seinen Vortrag: Ueber anorganische Herzgeräusche. (Erscheint in der St. P. Med. W.).

Discussion:

1. Hampeln will auf die auch zur Zeit strittigen Theorien der Entstehung acc. Herzgeräusche nicht eingehen, sondern nur zur klinischen Seite der Frage sich äussern. Diese aber sei bei der grossen Häufigkeit der accidentellen Herzgeräusche, allerdings sehr wichtig, sowohl im gewöhnlichen Leben als auch, wie schon Vortragender bemerkt, in Hinsicht auf Wehrpflicht- und Lebensversicherungsverhältnisse. Es erscheinen praktisch die basalen und apikalen Herzgeräusche als durchaus nicht gleichwertige und sind gesondert zu behandeln.

Erstere, die basalen, sind recht häufig, auch im Kindesalter, d. h. vom 9. Jahre an (Lüthje und Hirsch). Sie bereiten aber nach H., zum Unterschiede von den apikalen Herzgeräuschen, keine besonderen diagnostischen Schwierigkeiten, Beunruhigungen und Zweifel. Das liegt daran, dass die auf substantiellen Veränderungen des Herzens beruhenden systolischen basalen Geräusche, besonders im kindlichen Alter, sehr selten sind (Aorten- und Pulmonalstenose, Aneurysma, offener Ductus B., offenes Septum V. etc.) und, falls vorhanden, recht gut erkennbar sind.

Ganz anders stände es um die NB. von den Gefässostien nicht fortgeleiteten, sondern selbständigen apikalen Herzgeräusche. Diese würden gleichfalls bei Kindern nach dem 6. Lebensjahr, viel häufiger jedoch bei Erwachsenen beobachtet und involvieren bei der grossen Verbreitung der substantiellen Mitralinsufficienz jedes Mal die wichtige und oft genug schwere Entscheidung nach der Natur des systolischen apikalen Geräusches. In vielen, ja den meisten, gelinge es allerdings eine sichere Diagnose der Insufficienz zu stellen, weil immer dem systolischen Geräusch noch andere wichtige dafür sprechende Merkmale vorliegen, von dem aber jedes für sich der Eindeutigkeit entbehrt. So könne der II. Pulmonalton bei organischer Mitralinsufficienz schwach, bei anorganischer, wie schon der Vortragende angab, zufällig verstärkt erscheinen, bei anorganischen Geräuschen das Herz vergrössert, bei organischen von normalem Umfange sein u. s. w. Um so wichtiger erscheine ihm der Charakter des apikalen Geräusches an sich, das sich durch eine gewisse unbeschreibliche aber doch vorhandene Eigentümlichkeit von dem organischen, auch leisen Mitralgeräusch unterscheidet, dessen richtige Auffassung aber rein subjectiver Natur ist.

Von objectivem Werte hingegen erscheine ihm bei diesen Unterscheidungen die eigentümliche bisher wenig beachtete dorsale Fortleitung apikaler Geräusche. Die auf substantieller Mitralinsufficienz beruhenden systolischen Geräusche würden nach seiner Erfahrung, selbst wenn sie leise sind, sehr oft dorsal fortgeleitet und zwar zur linken unteren Infrascapulargegend hin. Selbst bei grosser Ausdehnung des Geräusches über die ganze Rückenfläche findet sich das maximale immer in der genannten Gegend. Nur in einem Falle reichte das Feld der maximalen dorsalen Geräusche von der Spina Scap. nach abwärts bis zum unteren Scapularwinkel, höher hinauf nie. Bei accidentellen apikalen Geräuschen habe er diese dorsale Fortleitung mit ganz seltenen Ausnahmefällen vermisst. Zu beachten sei übrigens und nicht damit zu verwechseln das dorsale Auftreten herzsystolischer Pulmonalgeräusche in der Infrascapulargegend bei erregter Herztätigkeit.

Auf das Verhalten der accidentellen Herzgeräusche bei verschiedener Körperlage habe Vortragender schon hingewiesen. Auch er H. könne bestätigen, dass die accidentellen apikalen Geräusche oft nur in Rückenlage gehört werden und beim Aufstehen einem reinen Tone weichen.

Zum Schluss möchte er noch bemerken, dass nach seinen patholog.-anatom. Erfahrungen die reine Mitralinsufficienz eigentlich selten ist. Die häufigste Klappenfehlerform bilde die gemischte Insufficienz-Stenose der Mitralis, dann komme die reine Mitralstenose und erst zuletzt die reine Mitralinsufficienz und auch diese, wenigstens in seinem Material nicht in der endocarditischen Schrumpfungsform, sondern als ostiale, relative, bisher meist im Greisenalter beobachtet.

2. Waeber führt ergänzend zum Vortrag an, dass er häufig bei Arbeitern, die er im Laufe der Jahre als Fabrikarzt untersucht hat, systolische Geräusche ohne Herzaffection constatiert habe. Die Leute haben dauernd ihre Arbeit verrichten können, ohne dass Herzklappenfehler aufgetreten sind.

3. Mey weist darauf hin, dass accidentelle Herzgeräusche ausserordentlich selten, ja man kann sagen so gut wie garnicht in den ersten Lebensjahren vorkommen (Hochsinger), erst im schulpflichtigen Alter begegnet man ihnen häufig. Die systol. Geräusche an der Herzbasis sind sicher häufig pericardialen Ursprungs, was Redner besonders häufig bei Scharlachreconvalescenten und Scorbutkranken gefunden hat, bei welch letzteren es sich wahrscheinlich um subseröse Blutungen handelt.

4. Straume möchte im Anschluss an dieses überaus wichtige Thema die Collegen bitten, sich darüber näher auszusprechen, wie man denn eigentlich in praxi in Fällen von zweifelhaften Herzgeräuschen sich verhalten soll, z. B. den Lebensversicherungsgesellschaften oder den Wehrpflichtsbehörden gegenüber. Es sei doch sehr unangenehm, wenn den Behörden gegenüber von Seiten der Aerzte entgegengesetzte Meinungen über solche Fälle geäussert werden. Er ist persönlich der Meinung, dass die Entscheidung, ob organisches oder anorganisches Herzgeräusch, häufig unmöglich ist.

5. Mey erwidert auf die Frage Dr. Straumes, dass die Entscheidung über fragliche Herzgeräusche nur von Beobachtung mit reicher specieller Erfahrung gegeben werden kann. In Lebensversicherungsangelegenheiten muss zu Gunsten der Gesellschaft entschieden werden.

6. Sadikoff: Was die Wehrpflichtscommission anbetrifft, so wird doch jedesmal, wenn man Geräusche am Herzen findet, der Betreffende einem Krankenhause zur Beobachtung zugeschickt. Eine genaue Diagnose lässt sich ja in solchen Fällen bei der Untersuchung vor der Commission natürlich nicht stellen und wird auch gar nicht versucht.

(Fortsetzung folgt).

9. Congress Russischer Chirurgen in Moskau vom 19.—23. December 1909.

(Fortsetzung).

30) Prof. W. A. Oppel (Petersburg). Zur operativen Behandlung des congenitalen Tibiadefectes.

Vortrag. demonstrierte ein 5-jähr. Mädchen, bei welchem er wegen doppelseitigen Tibiadefect eine Resection an der Femurdiaphyse vorgenommen hatte und somit den Femur verkürzte, ohne die Epiphysenlinie zu verletzen. Das Mädchen war schon früher in der Klinik von Prof. E. Lexer operiert worden, doch ohne Erfolg. Die zweite Operation bestand darin, dass der Unterschenkel gestreckt wurde und die Fibula in eine ausgeborte Höhle der Fossa intertrochanterica gesteckt wurde. Zur Zeit geht das Kind auf Krücken auf einem Bein mit Hülfe einer Protrese.

31) A. D. Praxin (Moskau). Zur Frage der Diagnose der Pancreaserkrankungen.

Vortrag. hat die Camidge Reaction «C.» in der Moskauer Chirurg. Klinik angewandt. Auf Grund experimenteller und klinischer Untersuchungen (60) kommt P. zu folgenden Schlüssen: 1) Bei Entfernung des Pancreas bei Tieren ist die Reaction—negativ. 2) Bei Zerquetschung des Pancreas-Reaction positiv. 3) Bei Zerquetschung der Leber—manchmal positive Reaction. 4) Negativ fiel die Reaction aus bei Oesophaguscarcinom, Carcinom des Magens, Appendicitis, fibrinöser Pneumonie, Diabetes, eitriger Pleuritis etc. 5) Positiv war die Reaction bei: Steinen im Ductus Choledochus und D. Hepaticus bei Carcinom des Pancreaskopfes. 6) Nur die positive «C.» Reaction kann verwertet werden. 7) Eine positive Reaction weist mit Bestimmtheit auf eine Erkrankung des Pancreas hin. Von Prof. I. K. Spisharny (Moskau) und Prof. S. P. Fedorow (Petersburg) wird die Bedeutung dieser Untersuchungen hervorgehoben und die Resultate werden bestätigt.

32) I. M. Glasstein (Odessa). Zur Diagnose und chirurgischen Behandlung der acuten diffusen eitrigen Peritonitis.

Der diagnostische Wert der Leucocytose bei eitriger Peritonitis ist gering. Die Verbesserung der Resultate hängt ab: 1) von frühzeitiger Diagnose, 2) von folgenden Mitteln: subcutane Campherinjectionen, Aether und Kochsalzinjectionen vor der Operation. Bei der Operation muss der Ausgangspunct der Peritonitis gefunden werden. Die Bauchhöhle muss drainiert, oder tamponiert werden. Die Bauchhöhle darf nicht gespült werden. Die Bauchhöhle wird durch Nähte bis auf die Drainage oder Tamponöffnung verschlossen. Nach der Operation halbsitzende Stellung nach Fowler, Injection von Excitantien und Kochsalz in grossen Mengen subcutan und per rectum. Vortrag. hat 15 Fälle von Peritonitis operiert: 12—nach Appendicitis, 2—nach traum. Darmperforationen, in 1 Falle blieb die Ursache unbestimmt. Es starben 8, 7 Fälle genasen. Die beste Prognose geben die Peritonitiden nach Appendicitis, von 12 solchen Fällen genasen 7 Patienten.

Priv.-Doc. Poljenow, Prof. Zeidler und Prof. Oppel wiesen auf fehlerhafte Klassification des Vortrag. hin. Der pCt-Satz der Heilungen fällt bei dem Vortrag. nicht auf diffuse Peritonitiden, sondern auf circumscripte. Allgemeine eitrige Peritonitiden endigen fast immer lethal.

33) L. I. Malinowski (Podolien). Die Operationsprincipien bei Darminvaginationen.

Auf Grund von 4 Fällen (bei 2 wurde reseciert, bei 2 die Enteroanastomose gemacht, die 2 letzten Fälle kamen durch) empfiehlt Vortrag. bei nicht complicierten Fällen die Enteroanastomose. P. A. Herzen (Moskau) wies darauf hin, dass die Enteroanastomose nicht für alle Fälle anwendbar ist, oft muss die Resection ausgeführt werden.

In der Abendsitzung am 21. December wurden als Programmfragen für den 10-ten Congress russischer Chirurgen folgende gewählt: 1) Behandlung der Venenerweiterungen und der Ulcera des Unterschenkels. 2) Die chirurgische Behandlung der Basedowkrankheit.

Ort des 10-ten Congresses ist Petersburg vom 19—24. December 1910.—Organisationscomité: Die Professoren: S. P. Fedorow, H. T. Zeidler, N. A. Weljaminow, W. A. Oppel, M. I. Subbotin, A. A. Kadjan, I. N. Dielizin, H. J. Turner, Priv-Doc. R. R. Wreden und J. J. Grekow.

34) N. T. Schtschelkan (Moskau). Ueber eine Neubildung vortäuschende Typhlitis.

Von S. sind 2 solcher Fälle beobachtet worden. Bei der Operation des einen Falles wurde Tumor coeci festgestellt, der Fall war inoperabel. Die mikroskopische Untersuchung zeigte jedoch nur ein entzündliches Infiltrat. Der Pat. ging später unter Erscheinungen von Ileus und Peritonitis zu Grunde; bei der Section keine Spur von Neubildung. Der 2. Fall war klinisch ein acuter Ileus, bei der Operation wurde ein harter Tumor des Blinddarms gefunden, eine Enteroanastomose wurde angelegt. Der Pat. wurde gesund.

Priv.-Doc. Wreden, Bereskin und Proff. Spisharny und Federow wiesen auf eigene ähnliche Beobachtungen hin.

35) P. D. Solowjew (Moskau). Der Versuch von subcutanen Eserininjectionen nach Laparotomien.

Auf Grund der Anwendung von subcutanen Eserininjectionen in postoperativem Verlauf bei 17 Patienten mit den verschiedensten pathologischen Zuständen der Darmperistaltik kommt Vortrag. zu folgenden Schlüssen: 1) Subcutane Eserininjectionen von 0,001 pro dosi und 0,003 pro die sind für Leben und Gesundheit vollkommen unschädlich. 2) Bei energischem Gebrauch frischer wässriger Eserinlösungen kann vollständige Wiederherstellung der Darmperistaltik erzielt werden, sowohl bei örtlicher oder allgemeiner fortschreitender Peritonitis, als auch bei reinen Formen der postoperativen Darmparesen. 3) In diesen Fällen wirkt Eserin als «subcutanes Abführmittel» flüssigen Stuhl und Abgang von Gasen hervorrufend. 4) Die Beschaffenheit des Darms und die an ihm ausgeführten Operationen (Resection, Anastomosen) bilden keine Contraindicationen für den Gebrauch von Eserin. 5) Wegen der Armut an anderen Mitteln im Kampfe mit postoperativer Darmschlaffheit nach Laparotomien, welche sogar den Charakter eines Pseudoileus (Olshausen) annehmen kann, muss Eserin den Chirurgen zur weiteren Nachprüfung empfohlen werden.

36) A. A. Petersen (Moskau). Zur Frage der Tuberculose des Bruchsackes.

Die Tuberculose des Bruchsackes ist meist eine secundäre Erscheinung, eine primäre Erkrankung ist höchst selten. Die Diagnose kann auf Grund von knotigen Verhärtungen des Sackes bei gleichzeitiger Tuberculose anderer Organe gestellt werden. Durch operativen Eingriff kann örtliche Heilung erzielt werden.

37) P. A. Rjeswiakow (Rjasan). Operative Entfernung von Fremdkörpern aus den Bronchen.

Das Verbleiben der Fremdkörper in der Trachea und den Bronchen wird im Allgemeinen selten beobachtet, öfter werden sie spontan ausgestossen. Aerztliche Hülfe wird meistens erst bei schweren Complicationen aufgesucht. Die verschiedenen Fremdkörper sind beschrieben worden, die meisten Patienten sind Kinder. Das Schicksal der in der Trachea oder den Bronchen steckengebliebenen Fremdkörper hängt ab: 1) von der Grösse des Fremdkörpers, 2) von seiner physikalischen Beschaffenheit, 3) von dem Orte des Steckenbleibens und der Lage, 4) von den natürlichen Kräften und von dem therapeutischen oder operativen Eingriff.

Wenn der Fremdkörper nicht spontan ausgestossen wird, muss, bevor Complicationen eintreten, die untere Bronchoskopie nach Killian mit gleichzeitiger Entfernung des Fremdkörpers, oder die transpleurale Bronchotomie gemacht werden, das sind z. Z. die 2 einzigen rationellen Verfahren. Wichtig zur Diagnose ist noch die Röntgenoskopie und -graphie. Bei Entfernung des Fremdkörpers durch Operation muss man sich der unteren Bronchoskopie bedienen, wenn der Fremdkörper sich im Hauptbronchus oder im 1. Teilungsast befindet, und unbedingt die Bronchotomie ausführen, wenn er sich in der 2. und 3. Teilung befindet.

Prof. Fedorow (Petersburg), Priv.-Doc. Minz (Moskau) und Krasnobajew (Moskau) weisen auf die Wichtigkeit der Bronchoskopie hin, von den beiden letzteren Autoren hat M. dabei 6 mal Fremdkörper aus den Bronchen entfernt, und K. 12 mal.

38) L. A. Flerow (Ssewastopol). Die Einwirkung des polyvalenten Streptococcenserums auf den Verlauf acut eitriger Erkrankungen.

Dieses Serum soll in schweren Fällen von acuten Eiterungen angewandt werden. Bei 7 schweren Fällen von acuten eitrigen Erkrankungen sah Vortrag. beim Anwenden des Serums sehr gute Resultate. In der Discussion sprachen sich Prof. Martinow, Herzen, Krasnobajew, Alexinski und Priv.-Doc. Petrow gegen ein nutzenbringendes Einwirken des Streptococcenserums aus.

Sitzung des 22. December.

39) Priv.-Doc. R. R. Wreden (Petersburg). Zur Behandlung der Ankylosen.

Um bei Ankylosen ein bewegliches Gelenk zu erzielen, schlägt W. vor, die Knochenenden mit einer organischen Membran zu bedecken, dazu benutzt er eine besonders präparierte und sterilisierte Schweinsblase. In dieser Weise sind 2 Patienten mit Erfolg operiert worden, längere Beobachtungszeit fehlt noch.

An der Discussion nahmen Teil: Prof. Alexinski, Prof. Spisharny, Krasnobajew, Prof. Fedorow.

40) Prof. I. P. Alexinski (Moskau). Die partielle Resection der Gelenkkapsel bei chron. Synovitis (mit Krankendemonstration).

In 3 Fällen von chronischer nicht tuberculöser Synovitis excidierte A. teilweise die Synovia und gewährte damit dem Exudat Abfluss ins periarticuläre Zellgewebe. In diesen 3 Fällen wurde denn auch schnelle Resorbtion der Flüssigkeit beobachtet.

An der Discussion nahmen Teil Prof. Spisharny, Krasnobajew und Prof. Fedorow, welche die Befürchtung aussprachen, dass bei dieser Methode das Gelenk inficiert werden kann.

41) N. F. Bogojawlenski (Wladimir). Ueber spontane Gangraen der unteren Extremitäten.

Das Material betrifft 18 Fälle, bei 14 wurde die Amputation ausgeführt und microscopisch untersucht. Schlüsse: nicht immer an erster Stelle ist als Grund der Gangraen die Veränderung der Gefässwandungen (Endarteriitis, Endophlebitis) zu nennen. Den Gefässen entlang verbreitet sich eine rundzellige Infiltration, welche zur Thrombose der Gefässe führt. Durch Zerquetschung der Nervenstämme längst den Gefässen wurde Aufhören der Schmerzen erzielt.

Priv.-Doc. Arapow (Saratow) schlug vor, sich der Methode Moskowicz als der functionellen Probe zu bedienen. Priv.-Doc. Petrow (Petersburg) wies darauf hin, dass die Methode Moskowicz lange nicht immer richtige Resultate gibt.

42) Priv.-Doc. R. R. Wreden. Condyloclasia als Heilmethode des Genu valgum im Kindesalter.

Vortrag. schlägt, zur Beseitigung der Deformität bei stark ausgesprochenen X-Beinen mit sehr stark entwickeltem Condylus medialis, vor, diesen durch einen Schnitt am Oberschen-

kel freizulegen, und ihn mit einer electrischen Fraise ganz auszuhöhlen, die nachbleibende dünne Knorpelhülle kann dann leicht eingedrückt werden; die Deformität wird somit beseitigt mit Schonung der Bänder des Kniegelenks und der Epiphysenlinie. Bei 2 Kindern hat W. diese Methode mit Erfolg angewandt. (Cf. Russki Wratsch, Nr. 17, 1910). Prof. Fedorow (Petersburg) spricht seinen Beifall zu dieser Methode aus.

43) A. W. Sudakewitsch (Moskau). Zur Pathologie und Therapie der Tuberculose des Schultergelenks.

Um die Gefässversorgung der Schulterknochen zu studieren, wurden vom Vortrag. an 26 Leichen diese Knochen injiciert und mittels Röntgenstrahlen ein Unterschied in der Gefässverteilung bei Kindern und Erwachsenen festgestellt. Weiterhin werden folgende Schlüsse gezogen. Die Untersuchung der Blutversorgung der Schulterknochen kann viele Fragen in der Tuberculose der Schulter klären. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Epiphysengefässen und der Localisation der ersten tuberculösen Knochenherde in der Schulter. Die Bedeutung der metaphysären Gefässe und der Endäste der a. nutritia werden von Lexer, was das Schultergelenk anbetrifft, übertrieben.

Die Behandlung der Schultertuberculose muss eine chirurgische sein, sobald die Miterkrankung des Knochens bewiesen ist. Nach der Resection bleiben die Bewegungen im Gelenk erhalten. (Vortrag. demonstriert einen operierten Pat. mit ausgezeichnetem functionellen Resultat nach der Schulterresection). In der Discussion nahmen Teil Priv.-Doc. Petrow und Prof. Fedorow, welche den Vortrag. mit den ausgezeichneten postoperativen Resultaten beglückwünschten.

44) Priv.-Doc. R. R. Wreden. Ueber Transplantation der Femurdiaphyse anstatt der Kniegelenksresection nach Tuberculose desselben.

Mit dieser neuen Methode hat Vortrag. bei 2 Patienten gute Resultate erzielt. Genaueres über die Technik cf. Russ. Wratsch. Nr. 6, 1910.

In der Discussion nahmen Teil: Prof. Sapjeschko, Krasnobajew, Prof. Spisharny, Priv.-Doc. Tichonowitsch und Prof. Alexinski.

45) S. J. Mariaschess (Odessa). Ureterstein des Beckenteils des rechten Ureters.

Bei einem 13-jährigen Knaben wurde dieser Ureterstein mit v. Bergmannschem Schnitt entfernt. Genesung. Grösse des Steines 7×6 cm.

In der Discussion nahmen Teil Prof. Alexinski, Rubaschew, Fabrikant, Strunnikow, Bogojawlenski, welche ähnliche Fälle aus ihrer Praxis anführten.

Prof. Fedorow wies darauf hin, dass bei Verdacht auf Uretersteine eine vollständige Röntgenuntersuchung beider Nierengegenden, und den Gegenden der Ureteren und der Blase notwendig ist.

46) D. P. Kusnetzki (Petersburg). Ueber doppelseitige Nephrolithiasis.

In 6 Jahren wurden in der Klinik des Prof. S. P. Fedorow 52 Kranke mit Nierensteinen beobachtet, bei 13 davon waren beide Nieren befallen. Von den 13 wurde in 3 Fällen durch Röntgen-Untersuchung die Steine der anderen Niere nicht festgestellt. Einseitig wurden 6 Fälle operiert, davon starben 2. Vortrag. kommt zu folgenden Schlüssen: Die doppelseitige Nephrolithiasis ist nach malignen Tumoren und Tuberculose der Nieren die gefährlichste Erkrankung dieser Organe. Sie beträgt 25—30% der Nephrolithiasis überhaupt, und wird öfter bei Männern beobachtet. Die Röntgenographie ist bei doppelseitiger Nephrolithiasis nicht immer imstande die kleinen Steine der Niere, welche am häufigsten die Ursache der Anurie, der schwersten Complication sind, zu entdecken. Anurie kommt bei doppels. Nephrolithiasis in 10% der Fälle vor. Dabei muss stets der doppelseitige Ureterenkatheterismus vorgenommen werden, wenn das nicht hilft, muss sofort die doppelseitige Nephrotomie, oder, wenn möglich, die Nephrolithotomie gemacht werden. Wenn die Arbeit beider Nieren gestört ist aber nicht gleichmässig, so ist es vorteilhafter die Nephrolithotomie, oder Pyelotomie an der weniger erkrankten Niere zu machen. Wenn beide Nieren stark verändert, so ist doppelseitige Nephro- oder Pyelolithotomie indiciert. Der Procentsatz der Mortalität bei operativer Behandlung der doppelseitigen Nephrolithiasis beträgt 36,5—40.

Prof. Alexinski (Moskau) empfiehlt die Termokauterisation des Nierengewebes zur Stillung der Blutung.

Priv.-Doc. Petrow (Petersburg) schlägt vor, statt der Nephrotomie die Pyelotomie als weniger blutige Operation auszuführen.

Prof. Fedorow: Der Schwerpunct der Ausführung des Vortrag. ruht in der Aufstellung der Indicationen zum Operieren an der einen, oder der anderen Niere. Bei Anurie muss auf beiden Seiten operiert werden. Bei Steinen im Nierenparenchym kommt die Pyelotomie nicht in Betracht.

Priv.-Doc. Bereskin (Moskau) Krasinzew (Kaluga) und Flerow (Sewastopol) führten eigene beobachtete Fälle von doppelseitiger Nephrolithiasis an.

47) S. E. Mariaschess (Odessa). Ein Fall von Nephrectomie bei metastatisch erkrankter Niere. (Demonstration des Präparats).

Bei einer Frau, welche klinisch an primärer Nephritis der einen Niere mit Eiterherden litt, erfolgte Genesung nach der Nephrectomie.

E. Hesse.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Eine Gruppe von Mitgliedern der Russischen dermatologischen und syphilidologischen Gesellschaft zum Andenken W. M. Tarnowskys wendet sich durch den «Russkij Wratsch» an alle russischen Aerzte mit der Bitte, Versuche mit dem Ehrlich-Hata-Präparat «606» nur in Kliniken und Hospitälern und ausschliesslich an stationären Kranken anzustellen. Dieser Wunsch der Gesellschaft entspreche den Absichten Ehrlichs und es sei dringend notwendig, sich daran zu halten, um die Gefahr einer möglichen Discreditierung des neuen Mittels auszuschliessen. Die Aerzte dürfen sich nicht von der Ungeduld zahlreicher Kranken beeinflussen lassen, und müssen des Nil nocere eingedenk bleiben. Das verlange vor allem die Würde der Wissenschaft. In der Praxis müssen nach wie vor die alten bewährten Methoden angewandt werden.

Diejenigen Mitglieder der Gesellschaft, denen der Brief vor dem Druck nicht vorgelegen hat, die aber mit seinem Inhalt einverstanden sind, werden gebeten, ihre Unterschrift nachträglich in die Redaction des «Russkij Wratsch» einzusenden. Mitglieder, die auf einem anderen Standpunkte stehen, werden aufgefordert, ihrer Meinung ebenfalls in dem genannten Blatte Ausdruck zu geben.

Unterzeichnet ist der Aufruf von Prof. T. Pawlow, Prof. S. Kulnew, Prof. O. v. Petersen, W. Iwanow, L. Schafir, A. Stepanow, G. Lewi, Domernikowa, S. Proskurjakow, W. Mamonow, E. Kohan, M. Orlowsky, L. Ehrlich, A. Ostrjakow, M. Gundorow, A. Lebedjew, U. Djedjurin, A. Tarassow, G. Kudrjawsky, W. Terebinsky, W. Jawein.

— St. Petersburg. Durch amtlichen Erlass vom 1./14. Aug. werden die Gouv.: Mohilew, Wolhynien, Charkow, Orel, Kursk, Woronesh, Pensa, Jaroslaw, Kostroma, Wjatka, Ufa, Orenburg und Taurien; die Gebiete: Terek und Dagestan; die Städte: Kronstadt, Perm und der Kreis Solikamsk (Gouv. Perm), die Stadthauptmannschaft Sewastopol, die Stadt Akerman (Bessarabien) und die Stadthauptmannschaft Nikolajew — für Choleraverseucht und die Gouv.: Nowgorod, Twer, Kutais und Smolensk, die Gebiete: Turgai und Akmolinsk, die Städte Reval und Riga, das Wolga-Gebiet von Rybinsk bis Nishni-Nowgorod und die Flussgebiete der Kama, Wjatka, Bjelaja und Wetluga für Cholerabedroht erklärt.

— Hochschulnachrichten.

Berlin. Prof. Dr. Boas ist zum Ehrenmitglied der American Gastro-enterogical Association ernannt.

Prof. A. Eulenburg feierte am 10. Aug. seinen 70. Geburtstag.

Jena. Prof. Dr. Riedel, Director der Chirurgischen Klinik, tritt vom Lehramt zurück.

Leipzig. Prof. Dr. phil. M. Siegfried ist zum Dr. med. hon. c. ernannt.

Zürich. An Stelle von Prof. Krönlein ist Prof. Payr (Greifswald) berufen.

Nekrolog. Gestorben ist: in Moskau Dr. Dimitrij Orlow, geb. 1852, approb. 1878.

Ich bin zurückgekehrt und habe die Redaction wieder übernommen.

F. Dörbeck.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga. **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 33 St. Petersburg, den 14. (27.) August 1910. **XXXV.** JAHRGANG.

Epidemische Haarkrankheiten.

(Nach einem Vortrag auf dem I. Baltischen Aerztetag 1909*).

Von

Dr. Mathias Hirschberg. Riga.

Locale Aerztecongresse werden in erster Reihe die localen Nöte im Auge haben. Epidemische und endemische Krankheiten gehören in ihr Programm. Das berechtigt mich, m. H., Sie zum ersten Mal auf die parasitären epidemischen Haarkrankheiten bei uns zu Lande aufmerksam zu machen. Es sind zwar Krankheiten, die keine auffallenden körperlichen Schmerzen verursachen, aber besonders in Form der sogenannten Schultrichophytien eine grosse Einbusse an moralischen und ästhetischen Werten darstellen. Nach neuesten Forschungen bleiben auch die scheinbar rein local sich abspielenden Trichophytien nicht ohne Einfluss auf den Gesamtorganismus, wie die neuesten Untersuchungen über das Trichophytin und seine specifischen Reactionen es bezeugen (Plato-Neisser, Truffi, Bloch, Massimi). Der Favus verläuft doch übrigens fast stets unter Zurücklassung der bekannten haarlosen Narben — Stigmata, an denen man noch nach Jahren den geheilten Favuskranken erkennt. In aussergewöhnlich seltenen Fällen kann es infolge von Favus zu Knochenatrophien, Nekrosen, ja sogar zum Tode kommen (Alibert, Simon). Vereinzelt blieb der zur Section gekommene Magendarmfavus[1] (Kaposi, Kundrat). Glücklicherweise nimmt der Favus an Zahl bei uns momentan nicht zu, höchstens durch Zuwanderung aus dem Osten. Zu selten ist aber auch der Favus nicht. Bei der indigenen Bevölkerung scheint er, wie auch anderswo beobachtet worden ist (Frankreich), auf dem Lande häufiger vorzukommen als in der Stadt. Je cultivierter, wohlhabender und hygienischer ein Volk ist, desto weniger Favus ist vorhanden. (Das grösste Contingent bei uns unter Juden, Altgläubigen und Litauern). Auffallend viele Fälle, die ich beobachten konnte, stammten aus Kurland-Griwa und von der litauschen Grenze.

Dagegen gibt es Trichophytien verschiedensten Ursprungs, besonders die Schultrichophytien, in grösserer Menge in fast allen Städten Livlands und Kurlands, wahrscheinlich auch Estlands. In Riga sind vielleicht an die tausend Kinder krank. Man denke, wie das noch zunehmen wird, wenn ein trichophytiekrankes Kind in einigen Wochen zwei Drittel einer ganzen Schule inficieren kann (Bodin)[2]. Wir müssen an eine tatsächliche Vermehrung der Trichophytien bei uns zu Lande glauben. Freilich hat man sich auch nach Einführung der Röntgenbehandlung, welche durch Sabouraud zuerst systematisch ausgestaltet worden ist und heute ein souveränes Mittel der Mykosenbehandlung darstellt, mit grösserem Eifer dem Studium dieser Krankheiten zugewandt. Mit Röntgenstrahlen sind auch die Mikrosporieepidemien in Hamburg, Bern, Strassburg, Basel, Köln, St. Gallen und Berlin-Schöneberg (1900—1909) bekämpft worden. Röntgenstrahlen werden auch in Paris in speciell eingerichteten Trichophytieschulen (Lailler) am Hospital St. Louis vom Meister dieser Behandlung Sabouraud und seinen Mitarbeitern (Dr. Noiré und Pignot) angewandt. Auch aus London (Lancet 1. I. 1910, Mon. f. pr. Derm.), wo

*) Ergänzt bis 1910.

[1]) Stavino (III Congrès intern. de méd. Paris. 1900) erwähnt Erkrankungen der Leber, der Nieren etc. nach Impfung mit Trichophytonpilzen. Pseudotuberculosis favosa nach Impfung cf. Sabouraud: Les Teignes.

[2]) Schuppen und Haare sind manchmal noch nach 1½ Jahre entwicklungsfähig. Manche Trichophyten können ihr wirksames Agens, unabhängig vom Leben der Pilze. 6 Jahre bewahren (Leslie).

die Zahl der tineakranken Kinder auf mindestens 5000 geschätzt wird, wird von solchen Schulen berichtet; ja in einigen Jahren konnte eine solche Schule, weil alle Internierten geheilt waren, geschlossen werden [3]). In Bezug auf die Souveränität der Methode fasst Bloch-Basel seine Erfahrungen folgendermassen zusammen: Die Heilungen der Trichophytien mit Röntgenstrahlen steigen vom Zeitpunkt des Beginnes allmählich und continuierlich, bis schliesslich alle Fälle mit Ausnahme von zweien (von mehreren 100) geheilt waren.

Meinen Erfahrungen gemäss, auf die ich später noch genauer zurückkommen werde, kann ich diesen Sätzen voll zustimmen.

Trotzdem aber die Röntgenstrahlen ein so vorzügliches Mittel bilden, dürfen wir uns nicht auf die Heilung der Einzelfälle beschränken und die allgemein hygienischen Massnahmen, welche auch bei anderen Schulepidemien in Betracht kommen, ausser Acht lassen.

In den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts haben französische Aerzte trotz ihrer primitiven Mittel (Pechkappe, Crotonöl, Pincettenepilation etc.) es vermocht, durch hygienische Einrichtungen der Verbreitung des Favus [4]) und der Trichophytie (Teigne tondante, Herpes tonsurans) Einhalt zu tun. Diese auch noch für heute passenden Massregeln wären: Schulrevisionen durch erfahrene Inspectoren, Isolation, Extraklassen, unentgeltliche Behandlung, Occlusivverbände und strenge Untersuchung beim Eintritt in Schulen, Asyle und Internate. — Die vollkommenste Röntgenbehandlung lässt nämlich im Stich, wo ähnliche hygienische Bedingungen fehlen, besonders, wo Schmutz, Armut und Mangel an Verständnis auch von Seiten der Angehörigen die Resultate der Behandlung immer wieder in Frage stellen. So habe ich auch Recidive und Unheilbarkeit infolge Aufsetzens undesinficierter Mützen, infolge Schlafens auf nie gewechselten Schlafbezügen, infolge beständigen Herunterreissens der Occlusivverbände gesehn. Dagegen bleiben Kinder in intelligenten und wohlhabenden Kreisen, einmal mit Röntgenstrahlen epiliert und sachgemäss nachbehandelt, meist gesund. Wahrscheinlich wird auch dies den Unterschied zwischen unseren und den westeuropäischen Heilerfolgen begründen.

Von diesem Gesichtspunkt sind auch in Frankreich und England Trichophytieschulen gegründet worden, denn dort wird bei Kindern aus ärmeren und unintelligenteren Familien die Trichophytie scolaire nicht ambulatorisch behandelt. (Privatmitteilung Dr. Pignots). In der Schweiz und Deutschland hat man auch mit ambulatorischer Röntgenbehandlung der Trichophytien glänzende Erfolge gehabt. Alle anderen Massregeln — Ueberwachung und Isolierung der schon Inficierten und ärztliche Schulrevisionen — konnten bei dem hohen Stand der Cultur aufs Strengste durchgeführt werden.

[3]) Ein interniertes Kind kostete früher in der Ecole Lailler in Paris (2 Jahre — Behandlung ohne Röntgenstrahlen) 2000 Frcs., heute nach Einführung der Röntgenstrahlen in 3 Monaten 260 Frcs. (2.80 Frcs. täglich) die Assistance publique (Sabouraud).

[4]) In 15 Jahren waren in Frankreich 3000 Rekruten untauglich (Bodin), in Russland sicher nicht weniger. Hier existiert ein Gesetz, dass Favus nur dann befreit, wenn über die Hälfte des Kopfes ergriffen ist. Nach Einführung der Röntgenstrahlen dürfte Favus überhaupt kein Befreiungsgrund sein, weil er heilbar ist.

Jedenfalls muss Staat und Commune hier mithelfen. In Riga sind von Seiten einzelner Vereine und Asyle die ersten Anfänge gemacht worden, gegen die epidemisch resp. endemisch auftretenden Trichophytien und Haarmykosen energischer vorzugehen. (Das städtische Asyl Eichenheim behandelt die trichophytiekranken Kinder im Röntgeninstitut des Diakonissenhauses; der jüdische Krankenpflegeverein hat in sein Budget pro 1910 zu demselben Zweck 700 Rbl. eingestellt). Das sind aber immerhin nur private Unternehmungen, welche nicht zur völligen Ausrottung führen können. Neben der Mithilfe der Commune müsste bei uns noch die Unterstützung der Lehrbezirksverwaltung gewonnen werden, weil es meines Wissens in Riga sonst keine gemeinsame schulhygienische Centrale für Krons- und Privatschulen gibt.

Dass es keinen allgemeinen Schulzwang bei uns wie auch im übrigen Russischen Reich gibt, ist gegenüber Westeuropa eine Schwierigkeit mehr, aller Kindertrichophytien habhaft zu werden. Will man also bei uns in Riga (ebenso auch in den anderen Städten des Balticums) den Kampf mit den Schultrichophytien erfolgreich aufnehmen, so müssen folgende allgemeine Massregel ergriffen werden:

1) Die Stadtverwaltung müsste gemeinsam mit dem Curator des Lehrbezirks ad hoc eine Commission einberufen, zu der alle Schulärzte und betr. Specialärzte hinzuzuladen wären.

2. Durch Schulrevisionen und Erkundigungen in Ambulanzen etc. müsste eine diesbezügliche Enquête angestellt werden.

3. Dann könnten für Riga (resp. die anderen Städte) passende Propositionen (Schaffung einer schulhygienischen Centrale, Schulhygieneinspector, ärztliches Zeugnis bei der Aufnahme, häufige Revisionen, Extraklassen, strengeres Ortsstatut für Barbiere etc.) gemacht werden.

Die Gründung eines Röntgenlaboratoriums und einer Ambulanz für Trichophytiebehandlung oder der Anschluss an schon bestehende Institutionen würde der Stadt keine Schwierigkeiten bereiten.

Bei der Specialbehandlung der Trichophytien mit Röntgenstrahlen habe ich viele Erfahrungen sowohl über die Krankheiten als auch über die Behandlung machen können. In den letzten $2^1/_2$ Jahren habe ich über 150 Fälle mit Röntgenstrahlen behandelt (Privatanstalt und Rig. Marien-Diakonissenhaus).

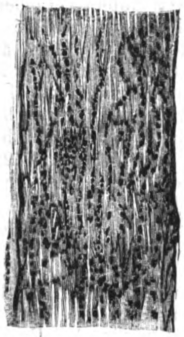
Mosaikartig, Microsporon, Ekthotrix.



Endothrix.



Favus.



Modificiert nach Glasa.

Wir folgen der üblichen Einteilung der Mykosen des Haarbodens in

die grosssporigen Trichophytien,
die Mikrossporien und
den Favus.

Erstere haben noch viele andere Bezeichnungen, z. B. Herpes tonsurans resp. Trichophytia superficialis, Kerion oder Sykosis resp. Trichophytia profunda

Grosssporige Trichophytien.

Die meisten von den von uns mit Röntgenstrahlen behandelten (und auch sonst beobachteten) Haarmykosen gehörten zur grosssporigen Trichophytia endothrix, und zwar der Form, welche in Paris als Trichophytie scolaire bezeichnet wird. Der Name besagt schon, dass diese Krankheit im schulpflichtigen Alter vorkommt und mit der Pubertät schwindet.

In einem hiesigen Asyl sind durch ein trichophytiekrankes Kind, das eingetreten war, sechzehn angesteckt worden. In einer Familie waren alle fünf Kinder krank; drei und zwei Erkrankungen in einer Familie kamen öfter vor. Krank waren sowohl Mädchen als auch Jungen. — Eine grosse Anzahl dieser kommt nie im Beginn der Krankheit zum Arzt, sie werden, wie häufig auch andere Dermatosen des Haarbodens, erst längere Zeit als „scrofulös" vorbehandelt, zumal stets die regionären Lymphdrüsen geschwellt sind. Ich lasse in der letzten Zeit vor Vornahme der Röntgenbehandlung eine kleine Erholungspause eintreten. Bei gleichzeitiger Impetigo oder eventuellem Läuseeczem müssen diese vorbehandelt werden, weil sie die Reactionen auf Röntgenstrahlen unangenehm steigern, wie überhaupt jede schon vorhandene Entzündung mit gesteigerter Secretion, Eiterung, mit Krustenbildung und Borken zur Vorsicht in der Dosierung auffordert. Da manchmal auch die Krankheitsbilder durch lange Behandlung entstellt sind, ist die eingeführte indifferente Ruhepause auch für die Diagnose von Nutzen.

Die Diagnose der Trichophytien wurde mit klinischen Mitteln und dem Mikroskop gemacht. Culturen wurden nur in vereinzelten Fällen von befreundeten Bakteriologen gemacht.

Die Trichophytie scolaire zeigt auf dem Kopfhaar discret durchscheinende kleine Herde. In den lichteren Fleckchen sieht man hier und da schwarze Punkte, welche den im Haarfollikel sich zusammenrollenden restierenden, abgebrochenen Haaren entsprechen. Das Haar sieht wie niedergebürstet aus. (Joseph). Oft werden die Herde erst nach Flachschneiden oder Rasieren sichtbar als borkig krümlige Knötchen. Sowohl in den Knötchen, als in den Fleckchen bleiben im Gegensatz zur Mikrosporie auch gesunde Haare zurück. Von den fast stets vorkommenden zerstreuten pityriasisähnlichen, schelfernden Herden, sagt Sabouraud, dass sie dazu angetan sind, einen Verdacht auf Trichophytie zu erwecken. Kleine weisse atrophische Narben [5]) vom Querschnitt einer Bleifeder sind nicht selten.

Auch auf dem Körper sieht man bei dieser Trichophytie solide und ringförmige Flecken. Hier aber unterliegen sie der Therapie (Chrysarobin etc.) äusserst rasch oder involvieren schon von selber. Die Nagelaffectionen sind dagegen auch gegen Röntgenstrahlen sehr widerstandsfähig, sie weichen erst auf chirurgisch-kaustische Behandlung (scharfer Löffel-Jod, Salicylseifenpflaster(15%), Erweichung und Jodtinctur).

Diese Trichophytieart kann bei Kindern, unbehandelt, zwei, drei Jahre und länger dauern und auch nach der Pubertät, wenn auch selten bestehen bleiben, während die anderen Kindertrichophytien, die kleinsporigen ektotrichalen sogenannten Mikrosporien mit der Pubertät ausnahmslos schwinden.

Die mikroskopische Untersuchung der Haare bei der Trichophytie scolaire — Trichophytia megalosporica endothrix — ist dadurch erschwert, dass das Haar infolge Auseinandergedrängtseins seiner Substanz durch Sporenmycelien bricht und im Haarfollikel als Stumpf zurückbleibt (obenerwähnte schwarze Punkte, Kräuselung unter der Hornschuppe). Der dicke schleimige Bulbusteil, den man an herausgezogenen (meist gesunden) Haaren sieht, hat mit der Trichophytie nichts Gemeinsames. Will man sicher krankes Haar finden, so muss man die Auflagerungen über jenen schwarzen Knötchen wegkratzen und dann epilieren. Das Haar wird auf dem Objectträger in verdünnter Kalilauge oder in Ameisensäure (Berdal) mit dem Deckgläschen bedeckt, über der Spirituslampe bis zur Blasenbildung erwärmt und untersucht (Imersion-Blende). Neuerdings wende ich Antiforminlösung und das Tuschverfahren an (Dreuw, Petersen). Dauerfärbungen sind viele angegeben worden (z. B. eine nach Sahli: Alkohol-Aether 24 Stunden, Eissessig 5 Minuten, Verdunstenlassen, Löfflers Methylenblau 5 Minuten, Abspülen, Trocknen etc.). Man sieht unregelmässig gewundene Linien der Haarsubstanz auseinandergedrängt durch helle, rosenkranzartig angeordnete Sporen innerhalb der Haarcuticula (endothrix). Man darf die Luftbläschen nicht als Sporen ansprechen.

Auf die Culturen dieser Trichophytie, wie auch der anderen, auf die Geschichte derselben (Unitarier, Pluralisten) bin ich nicht imstande einzugehen. Sabouraud, der als strengster Pluralist annimmt, dass jeder einzelnen Cultur eine bestimmte Pilzart und ein von derselben abhängiges klinisches Bild entspreche, hat zum internationalen vergleichenden Studium einen einheitlichen Nährboden vorgeschlagen (Milieu d'épreuve): Maltose 4.0, Pepton 1,0, Aqu. 100.0, Agar 2.0 [6]). Auf diesem Boden gibt die Trichophytie scolaire eine kraterförmige Cultur (Tr. crateriforme).

Von dieser klinisch eng umgrenzten Trichophytia megalosporica endothrix ist eine andere zu trennen,

[5]) Auch Fälle von Alopecia parvimaculata atrophicans (cf. Dreuw, Monatsschr. f. pr. Dermat. 1. Aug. 1910) sind bei uns sicher anzutreffen.

[6]) Zu beziehen durch Maison Cogit 36, boulv. St. Michel, Paris.

welche zwar auch grosse Sporen innerhalb des Haares hat, jedoch klinisch und culturell als eine andere Art aufzufassen ist. Nach der Form der Cultur (Sabouraud u. a.) Trichophyton acuminatum. Klinisch werden grosse Strecken erfasst. Die Kopfhaut sieht durch die Epidermiskegel und die Haarstümpfe in den Follikeln wie eine gerupfte Hühnerhaut aus. Auf dem Körper keine Herde. Sobald diese Krankheit grössere kreisrunde Formen annimmt, ist sie klinisch der Mikrosporie ähnlich (cf. später).

Alle grosssporigen endotrichalen Trichophytien sind tierischer Provenienz und bilden meist oberflächliche Erkrankungen.

Die Endothrix (besser Ekto-Endothrix)— Trichophytien sind teils oberflächliche, teils tiefe — Folliculitis accuminata, Kerion und Sykosis.

Meine Sykosisfälle bestätigen die schon bekannte Annahme, dass Sykosis barbae in letzter Reihe vom Pferd oder Rind stammt. Mehrere Behaftete waren Häutehändler. Einer hatte in einem Zuber einer Gerberei gebadet; in einem anderen Falle hatte ein Vater lange Jahre Trichophytia profunda (Sykosis barbae), seine zwei Kinder Trichophytia superficialis (megalosporica ekto-endothrix) des Kopfhaares und an unbehaarten Körperteilen. Ein Herr hatte Sykosis, welche nicht nur im Bart (gewöhnlicher Sitz, cf. Sabouraud), sondern auch im Schnurrbart, um den Naseneingang und in den Follikeln der Vibrissae sass, und papillomatös-drusige und knollige, eiternde Gebilde aufwies. Einer endlich, welcher seit 15 Jahren am Nacken und im Haar indurierte, wie Gehirnwindungen aussehende (Joseph), Serum secernierende Gebilde (Granuloma Majocchi?) hatte, war Kavallerist (Ueber das Resultat der Röntgenbehandlung des letzten Falles wird extra berichtet werden).

Fast jedesmal ohne Röntgenstrahlen konnte diejenige Form von Trichophytia barbae zur Heilung gebracht werden, welche als Ichthyosis pilaris von Sabonrand und Joseph beschrieben werden. (Läsion des Follikels, trockne Epidermiskegel, Kreissegmente von trockner und schuppender Natur—Ekto-endothrix). Wenn es dieselben Formen sind, die Sabouraud eben meint (vom Huhn), so muss ich sie, im Gegensatz zu ihm, als flüchtigen Charakters auffassen. Bei den eiternden Trichophytien können die Trichophytonpilze ohne Beimengung der obligaten Eitercoccen pyogen sein, obgleich sicher auch zu jeder Trichophytie, möge sie gross oder kleinsporig sein, sich Staphylococcen hinzugesellen können. Nach völliger Röntgenepilation bleiben nämlich oft rein impetiginöse Bilder zurück ohne Sporen und Mycelien, nachdem früher sicher welche nachgewiesen werden konnten. In eitrigen trichophytischen Gebilden soll man nicht die Haare, sondern den Eiter untersuchen.

Mikrosporie.

Auch aus der zweiten Hauptgruppe von Trichophytien, die von Sabouraud als Mikrosporien bezeichnet werden, sind mir Fälle zur Behandlung mit Röntgenstrahlen zugegangen. Die Mikrosporie gilt auch in westeuropäischen Aerztekreisen noch als besprechenswerte, weniger bekannte Erkrankung. Sabourauds Annahme einer kleinsporigen Trichophytie, der ebengenannten Mikrosporie, im Gegensatz zur grosssporigen, ist nicht ohne Widerspruch geblieben, ebenso seine zu scharfe Sonderung der Endothrix und Ektothrix. Ein besonders strittiger Punkt ist die Frage nach dem Pleomorphismus oder Polymorphismus, d. h. ob jeder neuen Cultur eine neue Art entspricht, oder ob sie nur Variationen einer Art unter veränderten Lebensbedingungen vorstellen. Jedenfalls sind die Culturen so verschieden, dass fast jeder Ort eine andere Mikrosporie zu haben scheint. 1892 hat Sabouraud das Mikrosporon Andonini, den Erreger der banalen kleinsporigen Ektothrix-Trichophytie der Kinder wieder entdeckt, nachdem Grubys Arbeiten über dieselbe Frage aus den Jahren 1842, 1843, besonders durch Bazin entstellt (une de deux Pelades = Alopecia areata), der Vergessenheit anheim gefallen waren. Auch hier ist wie bei den grosssporigen Trichophytien in vielen Fällen der tierische Ursprung nachgewiesen worden (vom Hund, vom Pferde, von der Katze etc.). Unter den Fällen von Mikrosporie, die ich hier in Riga sah, sind z. B. unter anderem folgende illustrativ für den Ursprung vom Hunde. Von drei Geschwistern erkranken zwei mit kleinen Herpes tonsurans ähnlichen Flecken an unbehaarten Stellen; das dritte bekommt am Haarsaum des Halses Kreise und dann eine Mikrosporie des Haarbodens. Mikroskopisch Mikrosporia ektothrix. Kurz vor der Erkrankung war die Kinderwäsche in demselben Zuber gewaschen worden, in welchem man früher den Hund gebadet hatte. Die Kinder waren noch nicht im schulpflichtigen Alter und hatten auch sonst keine andere Infectionsgelegenheit. Die ersten beiden Kinder wurden bald (Chrysarobin) gesund, das dritte musste mit Röntgenstrahlen behandelt werden.

In England und Frankreich sind die Mikrosporien indigen. Bloch nimmt an, dass die Mikrosporien eine Neigung zeigen, vom Westen nach dem Osten vorzurücken — und so auch nach der Schweiz und Deutschland gekommen seien. Für uns, will es mir scheinen, stimmt es nicht; wir haben die Mikrosporien vom Westen, Osten und Süden. Dieselbe Ansicht finde ich auch jetzt bei Joseph ausgesprochen (Haarkrankheiten, 1910).

Die charakteristischen klinischen Symptome sind: fast kreisrunde, graue, schuppende Flecken 3—6 ctm. im Durchmesser, in denen kurz abgebrochene Haare sitzen. Die Zahl dieser Kreise ist höchstens zehn. Selten sind sie polycyklisch. Die Haare kann man mit den blossen Fingern herausziehen, noch leichter ist natürlich die Epilation mit der Pincette. Die Haare im Gebiete eines Fleckens sind alle krank, nicht wie bei der grosssporigen Trichophytie, wo mehr gesunde als kranke Haare in den afficierten Stellen sitzen. Auch kommen sie anders wie bei der Trichophytie — mit der ganzen Wurzel heraus. Mit der Lupe betrachtet, sieht das Haar wie ein Dolch in einer Scheide aus. Die Sporenscheide um das Haar erweitert sich oben manschettenartig. Das Haar ist einige mm. über dem Boden abgebrochen. Mikroskopisch sieht diese Sporenscheide wie ein Mosaik von kleinen Sporen (3 μ) aus. Sobald man bei einer Thrichophytie im Innern des Haares einige Sporenlatten sieht, liegt sicher keine Mikrosporie vor.

Die einzelnen Mikrosporieformen sind klinisch bald mit Flecken auf dem übrigen Körper vergesellschaftet, bald kommen sie blos auf dem Haupthaar vor. Bei der Heilung regeneriert das Haar auf den Flecken meist vollkommen, doch kann es, wenn auch selten, zu Atrophien kommen. Dessen sollte man besonders bei der Röntgenbehandlung eingedenk sein, damit es nicht später zu unnützen Vorwürfen kommt.

Die Mikrosporien schwinden ausnahmslos mit der Pubertät, die grosssporigen Schultrichophytien (endothrix) meist. Die anderen Trichophytien können unbegrenzt

lange existieren.—Auf die Abweichungen und Details bei der Mikrosporie soll nicht eingegangen werden,

Der Favus.

Die dritte Form der uns hier interessierenden Haarmykosen, soweit sie röntgologisch behandelt wurden, bildet der Favus.

Bei der Klinik des Favus, welche den älteren Aerzten sicher, weniger vielleicht den jüngern, die in Deutschland studiert haben, bekannt ist, brauchen wir nicht lange zu verweilen. Bei einigen Favuskranken mussten neben der Röntgenepilation des Kopfhaares die Scutula und herpetischen Ringformen (Köbner) der unbehaarten Teile mit Chrysarobin, Teerbädern etc. extra behandelt werden. In einem Falle entfernte ich mit Röntgenstrahlen wegen eines Favus die Augenbrauen. Bei einer Kranken war der Kopf wie mit grauem, dickem Schimmel bedeckt, durch welchen die Haare durchspriessten — sonst keine Scutula, keine Atrophien. Zwei Geschwister hatten die banalen Scutula und Atrophien [7]). Trotz der vollkommenen Epilation mit Röntgenstrahlen trat ein Recidiv auf, aber nicht mehr in Form des Schimmels, sondern in Form deutlicher Scutula. Auch hier ist wieder darauf aufmerksam zu machen, dass die Favusatrophien nach der Bestrahlung selbstverständlich ebenso auch wie ohne dieselbe haarlos bleiben. In einigen Fällen schien der Nagelfavus gut auf X-Strahlen zu reagieren, in anderen — und zwar den meisten — garnicht.

Tabellarische Uebersicht über die von mir mit Röntgenstrahlen behandelten Haarmykosen (1908—1910 incl.).

Diagnose.	Geheilt mit Recidiv.	Geheilt ohne Recidiv.	Ungeheilt (z. T. weggeblieben).	Bleibender Haarschwund.	Summa.
1) Trichophytia [8]) endothrix-grosssporig.	24	19	7 [10])	4	54
2) Kerion.	3	8	1 (weggebl.)	6 [9])	18
3) Sykosis	4	5	—	3 [9])	12
4) Mikrosporie . . .	8	6	2 [10])	—	16
5) Favus	8	11	1 [10])	9 [9])	29
Summa	47	49	11	22	129

In Behandlung befinden sich noch 38.

Von 129 Fällen sind 118 geheilt worden — und zwar in 2 bis 6 monatlicher Behandlungsdauer. Recidive, welche eine zweite und dritte Bestrahlung verlangten, kamen häufig vor. Einerseits sind es Reinfectionen — wahrscheinlich äusserst selten wegen erworbener Immunität —, andererseits sind wahrscheinlich nach der Röntgenepilation irgendwo Wurzeln zurückgeblieben, resp. sind Keime in der Haut nachgeblieben, welche rascher nachwachsende Haare wieder durchwachsen. Die Nachbehandlung (Jodtinctur, Pyrogallussalbe, Chrysarobin, rote Zinnoberschwefelsalbe — cave Compressen; Waschungen nicht früher als eine Woche nach dem effluvium) muss aufs Sorgfältigste überwacht werden, weil durch dieselbe die sogenannte Reaction zur Zeit des Haarausfalles gesteigert werden und bleibender Haarschwund resultieren kann.

In 3 Fällen habe ich das leider erlebt, wo durch missverstandene Compressenbehandlung die Entzündung zur Reactionszeit (14 bis 20 Tage nach der Bestrahlung) sich soweit gesteigert hatte, dass bleibender Haarverlust an einer Stelle nachgeblieben war. Bei zweien von den in der Colonne mit bleibendem Haarverlust Notierten sind, kurz nachdem ich sie bestrahlt hatte, von anderer Seite Bestrahlungen vorgenommen worden. Wahrscheinlich ist der College von den Patientinnen, welche rasch gesund werden wollten, getäuscht worden.

Bei einem Fall, bekam die Röntgenschwester, die sonst äusserst genau ist, mit einer neuen Monopol-Röhre, die ich mit der Sabouraud-Noirée-Pastille, dem Milliamperometer und der Funkenstrecke geprüft hatte, eine Ulceration. Die Ueberdosierung hat bei einer Dauer von 7 Minuten stattgefunden, die Röhre zeigte beim Beginn der Bestrahlung 6 Wehnelt; die Sabouraudpastille zeigte die Bräunung der Volldosis (TB) in 12 Minuten. Somit wäre normalerweise weniger als $^3/_4$ TB verabfolgt. Lag der Grund darin, dass die jugendliche Patientin (6 Jahre) ausser der Trichophytie Impetigo hatte und energisch vorbehandelt war, oder war die Röhre nicht constant genug, war sie weicher geworden, das ist mir unbekannt geblieben. Jedenfalls brauche ich jetzt nicht gerne die kleinen Röhren, bei denen die Antikathode sich bis zur Rotglut erhitzt. Die Schwankungen im Gasgehalt der Röhre sind doch zu gross.

Die Schmidtsche Methode (Berlin), sich die Röhre für längere Zeit mit der Sabouraudpastille, dem Milliamperometer, der Funkenstrecke zu bestimmen und nur durch die letzteren nachzucontrollieren, gestattet auf einfache Weise die gefundene Zeit als $^1/_2$, $^3/_4$, $^5/_4$ Dosen zu verwerten.

Dass dieses nötig ist, erhellt schon aus dem Umstand, dass Kinder, entzündete Partien u. A. früher Reaction zeigen (unter Anderem Haarausfall). Ich habe mich eigentlich gewundert, dass Sabouraud in Paris nicht mehr bleibenden Haarschwund hat, indem er nämlich jede Partie bis zur völligen Dosis [11]) durch jedesmaliges Danebenhalten einer Sabouraudpastille) bestrahlt.

In Berlin (Dr. Frank Schultz) wird keine Rötung bei der Epilation angestrebt ($^1/_2$ bis $^3/_4$ TB), in Paris — die volle Reaction (ITB). In Paris wurden ausserdem manchmal nur die kranken Kopfpartien, in Deutschland der ganze Kopf ohne Lokalisator bestrahlt. Ich glaube, dass letztere Methode die sicherere ist. Im Ganzen habe ich in der von Kienböck angegebenen Siebenstellung bestrahlt — und zwar selten an einem Tage, sondern in darauffolgenden Tagen, weil ich Erbrechen, Temperatursteigerungen, nachfolgende Blässe gesehen habe. Man denke übrigens daran, dass es sich um Kinder handelt, und diesen möchte ich doch nicht gerne über eine Stunde und mehr das Gehirn bestrahlen. Bei Auswärtigen musste ich es manchmal tun. Gewöhnlich fallen die Haare 2 Wochen nach der Bestrahlung aus (— bei 7 Wehnelt $^1/_2$—$^3/_4$ TB durchschnittlich 10 Minuten, Distanz 20 ctm. —), bei Bestrahlungen mit kleinen Röhren (Burger) oft erst

---

[7]) Die Scutula werden durch Betupfen mit Alkohol typisch schwefelgelb, während die scutologenen Trichophytiegebilde unverändert bleiben. Die Scutula (Reincultur) werden in Lauge zerzupft und sind besseres Untersuchungsmaterial als die Haare. Letztere werden ebenso wie die Trichophytiehaare untersucht. Durch Einlegen in Chloroform werden Trichophytiehaare (endothrix) grau, Favushaare nicht. Dunkle Haare werden beim Favus grau, trocken, gekräuselt, selbst nach Ausheilung zu erkennen.

[8]) Darunter auch einige Fälle von Trichoph. ekto-endothrix.

[9]) Der grösste Teil nicht als Folge der Bestrahlung, sondern abhängig von der Folliculitis und Atrophie der Wurzel (Kerion, Sykosis, Favusnarben).

[10]) Behandlung aufgegeben wegen häufiger Recidive und unhygien. Bedingungen.

[11]) Neuester Apparat von Drault-Paris mit Bleiglasröhrenhülle und Pastillenträger.

nach $2^1/_2$—3 Wochen. Meist sind die Haare in 3 Monaten wiedergewachsen. Manche Stellen bedecken sich erst in 6 Monaten, (die kranken überempfindlichen — Frank Schultz) undicht. Das erste Haar ist oft pigmentlos, trocken, kräuselt sich, wird aber allmählich durch normales ersetzt. Eine leichte Schuppung (Pityriasis furfuracea), rötliche Färbung früherer Herde und junger Narben sieht man oft noch monatelang ohne eine Spur von Parasiten nach der Röntgenbehandlung des Favus und der follikulären Trichophytien (Sabouraud). Diese Zustände erheischen eine Teernachbehandlung über Monate hinaus. Eine Nachcontrolle eines jeden entlassenen Falles ist dringend geboten.

Im Obigen habe ich keine erschöpfende Monographie über Trichophytien bringen wollen. Dazu bin ich ausser stande. Ich wollte nur die Aufmerksamkeit unserer Aerzteschaft erwecken. Wer sich genauer über die Klinik, die Röntgentechnik, die Geschichte und Literatur dieser Frage aufklären will, dem empfehle ich unter andern Werken die Bücher von Kienboeck, Wetterer, Frank Schultz (1910), Max Joseph (Haarkrankheiten 1910) und besonders das von Sabouraud (Les Teignes.)

Eine Genugtuung wäre es für mich, wenn diese Anregung zu einem siegreichen Kampf mit den Trichomykosen führen würde.

Referate.

E. P. Magruder: Fracture of the patella. The operation of choice. The Journal of the Amer. Med. Ass. Nr. 23. 1910.

Nachdem die verschiedenen Typen der Patellarfracturen, deren Aetiologie, Symptome und Diagnose erwähnt worden sind, wird bei der Besprechung der nichtoperativen und der operativen Behandlung durch Knochennaht diese letztere warm, als Methode der Wahl, empfohlen.

Verf. gebraucht einen nach unten convexen Lappenschnitt zum Freilegen der fracturierten Patella, letztere wird mit Draht genäht. Die Vorzüge des operativen Verfahrens sind ein besseres functionelles Resultat; dasselbe wird auch rascher erzielt als bei den nichtoperativen Methoden. Die Chancen der knöchernen Vereinigung sind bei der Naht bedeutend grösser. Mit Recht erwähnt zum Schluss der Verf. dass er, die Patellarnaht bei Fracturen empfehlend, sich im Einklang mit den meisten Chirurgen Europas und Americas befindet.

W. Schaack.

G. Brückner: Ueber die Bedeutung der ambulanten Typhusfälle im Kindesalter bei der Weiterverbreitung des Abdominaltyphus. München. med. Wochenschrift. Nr. 23.

Verfasser kommt auf Grund dreier Typhusepidemien, die er in 3 kleinen Städten im Elsass genau verfolgen konnte, zu folgenden Schlusssätzen:

Das Kindesalter von 11—15 Jahren ist die für das Typhusgift empfänglichste Altersklasse, während man bisher dieses von dem 2. und 3. Jahrzehnt annahm. Dieses Ueberwiegen der Kindertyphen zeigt sich namentlich bei Epidemien und spricht im Sinne der von Frosch angenommenen regionären Typhusimmunität. Der Kindertyphus verläuft oft in leichtester, klinisch nicht erkennbarer Form, bleibt nicht selten unbehandelt und ist daher für die Ausbreitung des Typhus besonders gefährlich. Der ambulante Kindertyphus ist zuweilen das auslösende Moment mehr oder weniger zahlreicher Erkrankungen an Typhus und sogar von Epidemien. Die Bekämpfung dieser leichten Kindertyphen ist durch genaue Schulcontrolle in Verbindung mit Schulärzten und Lehrern anzustreben, die wirksamste Bekämpfung wird aber erst einsetzen können, wenn die Erkenntnis, dass in erster Linie das Kindesalter für Typhus disponiert ist und bei diesem der Typhus in leichtester Form als einfache Dyspepsie verlaufen kann, auch Allgemeingut der Praktiker geworden ist.

Eine grössere Inanspruchnahme der bakteriologischen Untersuchungsanstalten von seiten der Praktiker ist daher dringend zu wünschen, namentlich bei fieberhaften Erkrankungen der Kinder mit nicht bestimmter Diagnose.

Prof. H. Sahli: Ueber Pantopon. Münchener med. Wochenschr. Nr. 25.

Das Pantopon enthält die Gesamtalkaloide des Opiums als leicht lösliche, rasch resorbierbare Chloride, während das Opium dieselben zum grössten Teil als schwerlösliche, mekonsaure Salze enthält. Die wässrigen Lösungen des Pantopons sind klar und leicht injicierbar. Das Pantopon ist ein gelbbraunes, beständiges Pulver, in 12 Teilen kalten Wassers leicht löslich, schwach sauer reagierend. In Alcohol, Aether, Chloroform ist es nur zum Teil löslich. Verfasser hat das Pantopon auf der medicinischen Klinik in Bern bereits seit mehreren Jahren geprüft und empfiehlt, es sowohl innerlich als subcutan anzuwenden. Für beide Zwecke dient eine Lösung von 2 Teilen Pantopon in einer Mischung von 75 Teilen Wasser und 25 Teilen Glycerin. Die Lösung hält sich unbegrenzt und braucht nicht sterilisiert zu werden. Innerlich werden 5—20 Tropfen mehrmals-täglich gegeben. Bei leerem Magen wirken 10—20 Tropfen der Lösung sehr prompt antidiarrhoisch und schneller als Opium. In subcutaner Injection wird das Pantopon (1 ccm. der 2 proc. Lösung) als schmerzstillendes und Schlafmittel verwendet. Auch als Zusatz zur Hustenmixtur und Pulvern wird das Mittel in der Menge von 0,03 bis 0,04 auf 200,0 Mixtur oder 3 mal täglich 0,005 als Pulver empfohlen. Häufig wurde das Pantopon besser als Morphium vertragen. Um die Wirkung auf die Darmperistaltik zu erzielen, gibt man das Mittel bei leerem Magen und in grösseren Dosen, bei innerlichem Gebrauch zur Hustenstillung wird es in kleinen Einzeldosen, am besten zweistündlich in Mixtur, verwendet.

Weyert.

J. P. Salinger: Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose des Prostatacarcinoms, mit besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose. Sonderabdr. aus Folia urologica. Band IV. 1909.

Auf Grund von 21 beobachteten Fällen von Prostatacarcinom kommt Verfasser in der Beurteilung der einzelnen Symptome zu folgenden Schlüssen: Bei jeder Prostatavergrösserung älterer Leute ist die Möglichkeit eines Carcinoms zu berücksichtigen; es ist wichtig, die Zeit der wirklich ersten Beschwerden genau zu eruieren. Das constanteste und wichtigste Symptom ist die auffallende Härte der Drüse oder eines Teiles derselben; besonders ist auf knollige Beschaffenheit der Prostata, auf seitliche Fortsätze und isoliert neben der Drüse liegende Knötchen zu achten. Schmerzen, Haematurie und Cachexie fehlen oft im Anfangsstadium, deshalb spricht das Fehlen dieser Symptome unter keinen Umständen gegen eine maligne Neubildung. In allen Fällen von Prostatavergrösserung, in denen die Bottini-Operation gemacht wird, sind die Brandschorfe histologisch zu untersuchen. Die Extirpation selbst zunächst nicht verdächtiger Lymphdrüsen kann in zweifelhaften Fällen diagnostischen Wert erlangen. Zu Beginn auftretende Incontinenz ohne grössere Retention bei Ausschluss einer Erkrankung des Centralnervensystems und das Vorhandensein von nach der Symphyse zu gelegenen Prostatawulstungen (Cystoscopie) — gehören zu Symptomen, die einer weiteren Nachprüfung bedürfen.

F. Hinze.

Bücherbesprechungen.

F. Oberländer und A. Kollmann: Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Complicationen. G. Thieme. Leipzig. 1910. 578 S. Pr. M. 20.

Oberländers Standpunkt in Fragen der Diagnose und Therapie der chronischen Gonorrhoe ist allen Fachcollegen zur Genüge bekannt und bedarf bei der Besprechung der 2. Auflage dieses capitalen Werkes wohl kaum einer näheren Erörterung. Es sei nur erwähnt, dass die Grundanlage des Buches dieselbe geblieben ist, obgleich alle 3 Teile einer Neubearbeitung unterzogen worden sind, entsprechend den persönlichen praktischen Erfahrungen, die die Verfasser auf dem Gebiete der chronischen Gonorrhoe in den letzten Jahren zu vermerken hatten. Wesentliche Ergänzungen bilden einige neuhinzugekommene Originalarbeiten, die die neuesten Errungenschaften der Urethroscopie behandeln und der Originalbeitrag von Dr. Lothar Meyer-Dresden über metastastische Augenentzündungen bei Gonorrhoe. Zu den ersteren gehören: Goldschmidt «Operationsinstrumente nach dem Princip der Irrigations-Urethroscopie», Wossidlo «Mein Instrumentarium für die Urethroscopia posterior und seine Anwendung», Lohnstein: «Urethroscopische Operationsinstrumente für Curettement und Galvanocaustik». — Die

Ausstattung des Buches ist eine tadellose; die Ausführung der teils schwarzen, teils colorierten Abbildungen auf 7 Tafeln — eine vorzügliche.

F. Hinze.

Professor Dr. Oskar Vulpius: Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Mit 243 Abbildungen. Leipzig. 1910. Verlag von Georg Thieme. VI + 276 Seiten. Preis 11 Mark.

Seitdem v. Heine das oben genannte Leiden als Krankheit sui generis aufgestellt hat, ist in dem langen Zeitraum von 50 Jahren von keinem Orthopäden dieses Gebiet im Zusammenhang dargestellt worden. Diese Lücke in der Fachliteratur auszufüllen, war kaum einer so berufen, wie Vulpius in Heidelberg, der seine Aufgabe in vollständiger und überzeugender Weise gelöst hat. Dem eigentlichen Thema der Arbeit ist eine kurze Uebersicht über die Symptomatologie, Aetiologie und pathologische Anatomie des Leidens vorausgeschickt (S. 1—25); der grösste Teil des Werkes (S. 26—276) ist der orthopädischen Behandlung der Folgezustände gewidmet. Der Stoff ist übersichtlich geordnet; auf S. 26—120 ist die Therapie der Lähmung im Allgemeinen besprochen; im speciellen Teil (S. 120—276) ist die Behandlung der einzelnen gelähmten Muskelgruppen und Gelenke bis in die kleinsten Details eingehend und genau bearbeitet. Der Lähmungschirurgie ist natürlich ein breiter Raum in dem Werke zugewiesen, besonders der von Vulpius so sehr befürworteten und mit so glänzendem Erfolge durchgeführten Sehnenüberpflanzung, der sich neuerdings die Nervenüberpflanzung hinzugesellt hat. Im Gegensatz zur Arthrodese, der «operatio pauperum» könne man einstweilen noch die Nervenüberpflanzung als «Operatio divitum» bezeichnen, indem ihre Erfolge noch in keinem Verhältnis zum Aufwande an Zeit und Geld stehen, wie die der Sehnenplastik. Auf die Wichtigkeit der Massage und Uebungsbehandlung weist Vulpius überall hin, während er der Elektrotherapie nur einen bescheidenen Teil zuerkennt. Durch zahlreiche ausgezeichnete Abbildungen ist das Ganze dem Verständnis näher gebracht. Die dem speciellen Teil beigefügten zahlreichen Krankengeschichten zeigen die glänzenden Erfolge der orthopädischen Chirurgie auch in den verzweifelten Fällen der schweren Lähmungen (Rutscher, Handgänger). Das Werk ist für jeden Arzt, namentlich für den Orthopäden und Neurologen von grossem Interesse.

Brennsohn-Riga.

Emil Herbst, Zahnarzt. Atlas und Grundriss der zahnärztlichen Orthopädie. Mit 3 vielfarbigen lithogr. Tafeln und 438 schwarzen, z. T. zweifarbigen Abbildungen. 403 Seiten. Lehmanns Medicinische Handatlanten, Bd. XXVI. München 1910. S. F. Lehmanns Verlag. Preis M. 14.

Der soeben erschienene Atlas der zahnärztlichen Orthopädie bildet einen wertvollen Beitrag zur Literatur dieses jungen aber rasch sich entwickelnden Zweigs der Odontologie. Das Buch bietet dem Anfänger die Möglichkeit, ohne Zeitverlust die Principien der modernen Orthodontie kennen zu lernen. Indem der Verf. sein Buch der deutschen Gesellschaft für Orthodontie widmet, motiviert er im Vorwort den dem Buch gegebenen Titel «Zahnärztliche Orthopädie» damit, dass die Bezeichnung Orthodontie (Geraderichtung der Zähne) enger sei als der Begriff Orthopädie, worunter Guttmann die Lehre von der Pathologie und Therapie der Deformitäten verstehe. Fasst man die Bezeichnung Orthopädie so auf, so muss man natürlich dem Verfasser zugeben, dass dasjenige Gebiet der Medicin, welches den Inhalt seines Buches bildet, mit Recht als die Orthopädie bezeichnet werden kann, welche zum Gebiet des Zahnarztes gehört.

Das Buch zerfällt in 2 Teile: 1. Propädeutik und 2. angewandte Orthopädie des Mundes. Abgesehen von den vielen nützlichen Winken für den praktischen Zahnarzt, die sich in diesen beiden Abschnitten des Buches finden und auf die ich aus Mangel an Raum nicht eingehen kann, will ich mir nur erlauben, im Interesse einer unparteiischen Kritik auf einige Kleinigkeiten hinzuweisen, die meiner Meinung nach der Harmonie des Buches Abbruch tun. So dürfte, wie ich glaube, in einem Grundriss der zahnärztlichen Orthopädie nicht so viel Platz eingeräumt werden für die Beschreibung und Tabellen der Krankheiten der Nase und Mandeln, weil eine genaue Schilderung derselben den Inhalt eines Atlas und Handbuchs der Krankheiten des Mundes, der Nase, und des Halses bilden müsste. Der hiermit gefüllte Raum könnte zweckmässiger für einen Index der Literatur dieser Frage verwendet werden, da derjenige, der specielle Auskunft über Fragen der Orthodontie haben will, nicht immer das Buch von Pfaff zur Hand haben kann. Solche Kleinigkeiten beeinträchtigen natürlich nicht den wissenschaftlichen Wert des Buches. Besonderes Lob verdienen die Abbildungen, für welche der Verleger weder Mühe noch Kosten gescheut hat. Das Buch liest sich leicht und enthält nicht nur die Ansichten des Verfassers, sondern auch die Lehren der auf diesem Gebiet bekannten Autoren, wie Angle, Baker, Case, Knapp, Pfaff, Heydenhauss, Jackson, Wolpe, Schröder, Benseler u. a. Wir wünschen dem Buch den wohl verdienten Erfolg und möglichste Verbreitung unter den praktischen Zahnärzten.

Dr. med. N. Astachow.

II. kurländische Aerztetag in Libau.

(Vom 28.—30. Mai 1910).

(Fortsetzung).

VII. Dr. Ed. Schwarz-Riga hält seinen Vortrag: Commotio cerebri (Erscheint in der St. Petersb. Med. W.).

Keine Discussion.

VIII. Dr. Alksne-Libau hält seinen Vortrag: Ueber Pyelitis. (Erscheint in der St. Petersb. Med. Woch.).

Keine Discussion.

IX. Dr. Heinrichsen-Kandau hält seinen Vortrag: Empyema pleurae. (Erschienen in Nr. 30 d. St. Pet. M. W.).

Discussion:

1. v. Bergmann: Die Anwendung der Bülauschen Heberdrainage ist bei Erwachsenen contraindiciert, da sie öfters Verletzungen wichtiger Organe herbeigeführt hat (Leber etc.). Die Narkose ist gleichfalls nicht ohne Gefahr und durch die Schleichsche Localanästhesie sehr gut zu ersetzen. Die Schmerzen, welche beim Durchtrennen der Rippe unvermeidlich sind, dauern so kurze Zeit, dass sie reichlich durch die Vermeidung der Narkosegefahr aufgewogen werden. Die Diagnose ist in schwierigen Fällen manchmal erst durch die Röntgendurchleuchtung möglich.

Wichtig in differentialdiagnostischer Beziehung sind die Fälle von extrapleuralen Empyemen — es sind seltene Fälle, bei denen sich der Eiter zwischen Pleura und der Thoraxwand befindet, Verletzungen der Pleura erfolgen bei der Operation sehr leicht. Ref. hat einen Fall durch die Operation geheilt, ein zweiter in extremis eingelieferter ist durch die Nekropsie festgestellt worden, es fand sich dieses extrapleurale Empyem hier beiderseitig vor.

2. Brehm bevorzugt bei der Empyemoperation auch die locale Anästhesierung, obwohl gerade die Schleichsche Infiltrationsmethode insufficient sei. Ein schmerzloses Ablösen des Periostes sei dabei nicht möglich; doch sei dieser Act zu kurz. Ganz vorteilhaft erscheine ihm auch bei der localen Anästhesie die Auslösung.

Durch kräftige Hustenstösse nach Eröffnung der Pleurahöhle werden die grossen Fibrinklumpen aus allen Nischen der Eiterhöhle gegen die Oeffnung, resp. hinausgeschleudert. — Eine Entfernung des Exsudats durch Punction käme vielleicht bei den trübserösen tuberculösen Formen in betracht, da die Fisteln nach Thoracotomie in diesen Fällen fast nie heilen, so dass wir zu späteren Angriffen-Thoracoplastiken gezwungen sind. Einige Versuche mit Punctionen wären hier gerechtfertigt.

3. Hampeln schliesst sich v. Bergmann an, die Rippenresection als das Normalverfahren anzuerkennen, obschon er sowohl bei der Anlegung der thoracalen Fistel mit dem Troicart als auch bei der Bülauschen Methode in geeigneten Fällen, nämlich bei freiem Empyem, selbst bei jauchigem Pyo-Pneumothorax sehr gute Resultate erlebt hat.

Es droht aber stets, wie er selber einmal erfahren, die Gefahr einer schweren Verletzung innerer Organe. Aus diesem Grunde habe er sich von diesem halb chirurgischen Vorgehen abgewandt und alle Empyeme ganz dem Chirurgen überwiesen.

Auch in Bezug auf die Diagnose ist zwischen freien und abgesackten neben einer indurierten Lunge auftretenden Empyemen zu unterscheiden. Gerade diese können diagnostisch grosse Schwierigkeiten bereiten und geben leicht negative Probepunctionsresultate. In 2 Fällen in den letzten Jahren entstand nach einer crupösen Pneumonie ein Empyem medial zum Mediastinum neben der indurierten Lunge. Im ersten Fall waren die oberen Partien des Exsudats rein serös, die unteren eitrig, im 2. wurde wiederholt mit negativem Ergebnis punctiert, auch die Röntgenaufnahme versagte. Erst eine Probepunction am höchsten Punkt der Dämpfung am äusseren Rande der Scapula ergab endlich ein positives Resultat. Anschluss der schwierigen Operation mit günstigem Ergebnis. Endlich mache er auf Wirbelsäulen-

dämpfung bei Pleuraexsudat aufmerksam. Auf die scheinbar paradoxe Probepunction an höchster Stelle der Dämpfung haben schon Naunyn und Fürbringer hingewiesen.

Waeber-Libau richtet an Dr. v. Bergmann die Anfrage, in welcher Weise die von ihm referierten Eiterabscesse zwischen Thoraxwand und Pleura zustande gekommen sind?

4. Mauring erkundigt sich, welche Art der Anästhesierung bei der Rippenresection die empfehlenswerteste sei.

5. Bergmann hält die Schleichsche Infiltration für ausreichend zur Rippenresection. Was die Eitererreger betrifft, so hat er im ersten oben genannten Fall den Friedländerschen Bacillus gefunden, welcher bei Erkrankungen, die unter dem Bilde der Influenza einsetzten, an verschiedenen Stellen beobachtet wird. Ref. hat ihn in einem Prostataabscess, bei einer eitrigen Thyreoiditis gesehen. Er kann nur betonen, dass in den oben angeführten Fällen von einer Rippenerkrankung nicht die Rede war.

6. Alksne: Man kommt bei Thoracotomien mit der Cocainanästhesie nach Schleich aus, Chloroformnarkose habe er nie angewandt. Man soll nicht allein vor der Operation, sondern auch nach der Rippenresection und vor der Incision der Pleura punctieren, was unbedingt notwendig ist bei kleinen, abgekapselten Eiteransammlungen in der Pleura. Die starken Hustenstösse nach Thoracotomien sind nicht belanglos und sollen womöglich vermieden werden. Ref. hat beobachtet, dass nach solchen Hustenanfällen eitrige Bronchitiden und lobuläre, eitrige Pneumonien der gesunden Lunge aufgetreten sind, welche durch Aspiration von Infectionskeimen in die geöffneten Blutgefässe zu erklären sind. Die Fälle, wo durch eitrige Osteomyelitis der Rippen grosse Eiterabsackungen unmittelbar über der Pleura vorkommen und sich mit seröser Pleuritis complicieren, mahnen zur Vorsicht bei der Probepunction. Man soll zuerst die Osteomyelitis operieren, erst darauf ist die Pleuritis anzugreifen. Ref. hat einen Fall von Pseudochylothorax bei tuberculöser Pleuritis gesehen. Das Exsudat bestand, der Anamnese nach, wenigstens 5 Jahre und hatte im Laufe dieser Zeit den milchigen Charakter angenommen.

7. Tantzscher bemerkt zur Frage der Anästhesie, dass die Schleichsche Infiltration nur für die Weichteile in Betracht kommt. Das Periost bleibt empfindlich, wie Brehm es schon hervorgehoben hat. Ref. zieht deshalb die Braunsche Anästhesie mit Novocain-Adrenalin vor, die hier ebenso wie bei der Strumectomie ganz vorzüglich ist.

8. Greiffenhagen ist Anhänger der Rippenresection, auch bei Kindern, bei denen er principiell in Narkose operiert, weil er die psychischen Schädigungen beim Operieren ohne Narkose resp. in Localanästhesie für verderblicher in ihrer Wirkung auf das Herz hält, als die wenigen Tropfen Chloroform, die zu dem kurz dauernden Eingriff nötig sind. — Bei Erwachsenen operiert Gr. meist in Localanästhesie nach Braun (Novocain-Adrenalin). Die Braunsche Localanästhesie hält Gr. für die weitaus beste Methode der örtlichen Schmerzbetäubung, ganz besonders in der Combination mit dem Morph. Scopolamin-Dämmerschlaf. Bei Empyemoperationen vermeidet Gr. Scopolamin und schickt bei allen Erwachsenen die Quinckesche Morphiuminjection der Localanästhesie voraus, um den Hustenreiz nach Entleerung des Exsudates zu bekämpfen. In einem Falle — es betraf einen Mann — hatte Gr. ohne Morphium schmerzlos in Localanästhesie reseciert; bald nach der Operation heftige Hustenanfälle und wenige Stunden später exitus an Herzlähmung.

9. Heinrichsen hat nur eine möglichst oberflächliche Narkose in allen Fällen angewandt und sofort nach Incision der Pleura das Chloroform fortgelassen. Dabei sind nachher in keinem Fall Hustenanfälle aufgetreten.

10. Hampeln: Auf die Wichtigkeit bei Empyem mit positivem Ergebnis der Punction nochmals zu punctieren vor der Incision der Pleura nach der Rippenresection, habe Alksne mit Recht aufmerksam gemacht. In den Fällen seiner Praxis sei dieses Verfahren auch stets in Anwendung gezogen und damit die Eröffnung einer gesunden Pleura vermieden worden.

X. Dr. Danilewsky-Libau hält seinen Vortrag: Ueber Intubation.

D. berichtet über seine Erfahrungen aus dem Libauer Stadtkrankenhaus über die Intubation während seiner Assistentenzeit. Die Intubation wird im Libauer Krankenhaus seit 1907 angewandt. In den letzten 3 Jahren ist bei 221 Fällen von Diphtherie, Croup, Laryngitis etc. die Intubation 81 mal, in 36 pCt. der Fälle gemacht worden, in der Mehrzahl bei Kindern im Alter von 1—5 Jahren. In 4 Fällen gelang die Intubation nicht, in 11 weiteren Fällen brachte die Intubation keine Erleichterung, da das Kind die Tube oft aushustete. Es musste also in diesen 15 Fällen die Tracheotomie gemacht werden, so dass in 81 Fällen 66 mal die Intubation erfolgreich gemacht wurde. 62 Intubationen hat Vortragender selbst ausgeführt. Von den 66 Intubierten starben 15, d. h. c. 23 pCt. Mortalität. Die Todesursache war meist katarrhalische Pneumonie, seltener Herzlähmung.

Die Dauer der Intubation schwankte zwischen 1 und 5 Tagen. In einigen Ausnahmefällen lag die Tube mit Unterbrechungen 10, 12 sogar 16 Tage. Das Verschlucken der Tube wurde 3 mal beobachtet. Die Extubation wurde 4 mal mit dem Extubator gemacht, da das Kind den Sicherheitsfaden durchbissen hatte. Die Resultate mit ca. 77 pCt. Genesung sind nicht schlecht, wie folgende Vergleichszahlen zeigen. Genesung bei Trümpp 67 pCt., bei Ranke 37 pCt., bei Klein 87 pCt., bei Variot 85 pCt., bei Sewester 83 pCt.

Die Vorzüge der Intubation fasst Redner in folgenden Puncten zusammen:

1) Die schnelle Ausführung.
2) Wegfall der Narkose.
3) Geringe Schädigungen, während Atmungs- und Sprachstörungen nach Tracheotomien hier und da beobachtet wurden.
4) Die Dauer der Heilung ist eine kürzere als bei der Tracheotomie.
5) Die Sterblichkeit ist eine geringere als bei der Tracheotomie.
6) Der Intubierte atmet durch den Mund warme Luft.
7) Keine Vorbereitung und besondere Hilfe bei der Ausführung.
8) Die Eltern versagen nie ihre Einwilligung zur Intubation.

---

3. Sitzung

am 29. Mai 1910 von 10—1 Uhr vormittags.

XI. Referate über Appendicitis.

XI a. Dr. O. Brehm-Libau hält seinen Vortrag: Die Therapie der acuten Appendicitis.

XI b. Dr. F. Michelsson-Riga hält seinen Vortrag: Die Therapie der chronischen Appendicitis.

XI c. Dr. K. Tantzscher-Mitau hält seinen Vortrag: Diagnose und Differentialdiagnose der Appendicitis.

(Alle 3 Vorträge erscheinen in d r St. P. Med. W.).

Discussion:

1. v. Bergmann demonstriert seine in Riga im Krankenhaus und in der Privatklinik beobachteten Fälle von Appendicitis, die er in beiliegender Tabelle zusammengestellt hat. Es handelt sich im Ganzen um 1379 Fälle von Appendicitis, die in den verschiedensten Stadien zur Beobachtung gekommen und dementsprechend exspectativ oder operativ behandelt sind. Die Gesamtmortalität, berechnet auf alle die verschiedensten Fälle, beträgt 160 auf 1379, d. h. 11,6 pCt.

Im Intervall sind 324 Pat. mit 3 Todesfällen operiert. Die Todesfälle sind alle 3 Mal auf das Chloroform zu beziehen, und der Tod ist nicht gleich, sondern erst am 3. oder 4. Tage eingetreten. von Bergmann neigt zur Ansicht, dass die chronische Appendicitis doch nicht so spurlos vorübergegangen ist, sondern die directe Ursache der geringen Widerstandsfähigkeit gegen das Chloroform gewesen ist.

Bei der Peritonitis hat die Frühoperation auch versagt, indem alle 4 in den ersten 24 Stunden Operierten gestorben sind, wie auch weitere 4 am 2. Tage Operierten.

Im allgemeinen sind die Resultate der exspectativen Behandlung bei der Peritonitis und Perityphlitis besser als die der Operation. In der Literatur findet man jetzt die Prognose der Peritonitis als günstig hingestellt, bis zu 90 pCt. Heilungen werden berichtet. Wenn es sich um eine Peritonitis handelt, wo Eiter zwischen allen Darmschlingen zu finden ist, so ist der letale Ausgang nicht abzuwenden. Das freie Exsudat als Peritonitis zu bezeichnen, dazu ist man aber nicht berechtigt, da dasselbe bei der Operation die beste Prognose bietet. Ref. weist darauf hin, dass die leichten Fälle von Appendicitis, die spontan heilten und sich später nicht mehr operieren lassen wollten, nicht hineingerechnet sind. Dadurch würde die Mortalitätsprognose noch mehr sinken.

2. Greiffenhagen: Nach dem Material v. Bergmanns verzichtet Gr. auf statistische Angaben, da ihm nur ca. 400 Fälle von operierten Appendixerkrankungen zu Gebote stehen.

Gr. hat noch eben mit dem Vorurteil des Publicums und leider auch einiger Collegen gegen die Frühoperation zu kämpfen. Gr. ist seit Jahren Anhänger der Frühoperation im frühesten Stadium. Die besten Resultate geben diejenigen Fälle, in denen der Krankheitsprocess noch auf die Appendix beschränkt ist, so dass nach Excision derselben, die Bauchwunde völlig, ohne jede Drainage, geschlossen werden kann.

Appendicitis, ihre Folgen und die verschiedenen Formen.

Appendicitis.			Peritonitis.				Perityphlitis, retrocoecaler, intraperitonealer und subphrenischer Abscess.				Appendicitis.		Chronische Appendicitis.	
An welchem Tage der Erkrankung eingetreten.	Acute und an welchem Tage operiert.	†	Operation.	†	Expectativ.	†	Operiert.	†	nicht operiert.	†	freies Intervall	†		†
Am 1. Tage	15		4	4										
» 2. »	29		4	4	3	3	156	33 (1 Erysip.)	110	6	324	3 (Chl.)	62	
» 3.—5. »	33		32	19	5	4								
» 5.—10. »	66	1	45	42	15	13								
» 10.—20. »	119		5	5	4	3								
» 20.—30. »	73	1	10	10										
» 30.—40. » u. f.	55		1	1	1	1								
Privat-Klinik . . .	49		1				21	6	2	1	112		32	
Summa	439	2 0,46%	93	85 91,4%	28	24 85,7%	177	39 22,03%	112	7 6,25%	436	3 0,69%	94	

Insgesamt 1379 Fälle und 160 Todesfälle d. i. 11,6% Mortalität.

In diesem Frühstadium konnte Gr. 16 mal operieren, alle Fälle heilten per I, wie bei der Intervalloperation.

Um so früh operieren zu können, muss eine möglichst frühzeitige Diagnose gefordert werden. Wer auf alle klassischen Zeichen einer Periappendicitis warten will (Fieber, Erbrechen, Tumor), wird in der Regel zu spät kommen, um noch die Radicaloperation mit Schluss der Bauchwunde ausführen zu können.

Der plötzliche Beginn der Erkrankung mit Leibschmerzen, oft auch Uebelkeit und Erbrechen, die typische Druckempfindlichkeit der Appendixgegend und die daselbst auftretende reflectorische Muskelstarre (défense musculaire) sind in den meisten Fällen ausschlaggebend für die Diagnose einer beginnenden Appendicitis, ganz besonders wenn es sich um ein Recidiv handelt. Je grösser die persönliche Erfahrung des einzelnen Arztes, um so seltener werden diagnostische Irrtümer vorkommen (Adnexerkrankung, Typhlitis etc.). Pflicht des Chirurgen ist es, den Internisten so oft als möglich zu den Frühoperationen als Zuschauer hinzuziehen, denn nur der persönliche Augenschein kann davon überzeugen, dass die genannten Symptome tatsächlich durch eine beginnende Appendicitis hervorgerufen werden, dass in wenigen Stunden schon schwere Zerstörungen am Wurmfortsatz entstehen können und — das ist der springende Punkt — dass in diesem Stadium den Kranken schnell und auf die Dauer ihres Lebens geholfen werden kann.

Als seltene Complicationen während der Reconvalescenz nach normal abgelaufener Intervalloperation führt Gr. je einen Fall von acuter Diverticulitis Meckelii und einen Dünndarmvolvulus an, die beide sofort mit günstigem Erfolge operiert wurden.

Gr. fragt an, ob anderen Operateuren auch die Häufigkeit der retrocöcalen Lage des Wurmfortsatzes aufgefallen ist. Unter seinen letzten 40 Fällen lag die Appendix 33 mal retrocöcal, 5 mal nach innen unten (sogenannte Normallage), 1 mal lateral, 1 mal unter der Leber.

3. Alksne: Es sind Fälle beschrieben, wo das Coecum primär entzündet gewesen sei, der Wurmfortsatz aber frei blieb. Man bezieht sich dabei auf Veränderungen der Coecalwand, welche bei der Operation gefunden wurden, während der Wurmfortsatz normal aussah. Redner glaubt, soviel er nach der Literatur urteilen kann, dass diese bis jetzt beschriebenen Fälle von localisierter Verwachsung des Coecum bei gesundem Wurmfortsatz nicht ganz einwandfrei sind, indem abgelaufene Appendicitiden vorliegen können, wobei aber Entzündungserscheinungen des Coecum nachgeblieben waren. Es sind, seiner Meinung nach, auch tuberculöse Erkrankungen des Coecum in den beschriebenen Fällen nicht einwandfrei ausgeschlossen worden. Ref. ist überzeugter Anhänger der Frühoperation, leider findet man gerade in der Privatpraxis sehr viel Widerstand. Die stationären Kranken der Anstalten werden wohl bahnbrechend auch für die Privatpraxis dienen müssen. In der Petersburger Hospitalklinik habe er sehr schlechte Erfolge der Behandlung der Appendicitis mit Calomel gesehen. Bei der Symptomatologie kann man auf den Puls sich wenig verlassen; er habe in den ersten Stunden nach Perforationen sogar Pulsverlangsamungen gesehen. Besonders schätze er die Spannung der Bauchdecken und den intensiven localen Schmerz.

4. Mey hat einen sehr betrübenden Eindruck von den Berichten chirurgischerseits insofern empfangen, als das Verhalten einer so grossen Zahl praktischer Aerzte in der Appendicitisfrage den Wandlungen, welche die Pathologie im Lauf von 20 Jahren durchgemacht hat, so wenig entspricht. Dieses setzt Redner in grosses Erstaunen. Er selbst habe vor c. 12 Jahren einige acute Appendicitiserkrankungen conservativ behandelt, seitdem aber jeden Erkrankungsfall ohne weiteres dem Chirurgen überwiesen. Die grösste Schwierigkeit beruhe auf der Unmöglichkeit, den einzelnen Fall prognostisch richtig zu beurteilen und abzuschätzen. Genau genommen liege die Appendicitisfrage heutzutage so, dass jeder diagnosticierte Krankheitsfall so früh als möglich, ohne Discussion, operativ angegriffen werden muss. Infolge des Drängens zur Frühoperation werde natürlich auch leicht eine Fehldiagnose mitunterlaufen, die ja dem Kranken auch weiter nicht von Schaden sein wird, wenn es sich nicht um plötzlich auftretende acute Processe oberhalb des Zwerchfells handelt, die das Zustandsbild einer Appendixperforation vortäuschen können, wie z. B. die centrale Pneumonie bei Kindern, auf die sehr zu achten sei. Redner weist auf die häufigen Mitteilungen über epidemisches Auftreten von Appendixerkrankungen hin, welche die Auffassung von einer Infectionskrankheit sui generis zu stützen als durchaus geeignet erscheinen. Vielleicht wird sie nach Jahren abklingen, wie andere Infectionskrankheiten. Genug — in der Gegenwart müssen unsere Bestrebungen mehr nach der erzieherischen und aufklärenden Seite gerichtet sein und in möglichst anschaulicher Weise. Die Praktiker sollten so häufig als möglich zu den Operationen hinzugezogen und ad oculos unterrichtet werden.

5. Hampeln will nur auf 2 Punkte die Aufmerksamkeit lenken: 1) auf die unvermeidbaren Fehldiagnosen in einem grossen Procentsatz aller Fälle trotz aller Erfahrung, sorgfältiger Untersuchung und kritischen Verhaltens und 2) auf Fälle combinierter Erkrankung. Ganz gewöhnlich wird bei Appendicitisverdacht differentiell diagnostisch erwogen, ob eine Appendicitis oder eine andere, die Appendicitis blos vortäuschende eventuell auch einen operativen Eingriff indicierende Erkrankung vorliegt, wie etwa Cholecystitis, Ulcus duodeni, u. a. Mindestens ebenso wichtig sei aber noch die andere, heute nicht erwähnte Frage, ob bei tatsächlich vorliegender Appendicitis nicht zugleich noch ein anderes, hinter denselben klinischen Erscheinungen sich verbergendes, zur Operation drängendes Leiden vorliegt. H. verfügt über zwei Fälle solcher Art. In einem dieser, dem wichtigeren, imponierten die Schmerzanfälle als appendicitische, im anderen traten deutlich als solche charakterisierte appendicitische und

cholecystische Attacken **alternierend** auf. Der erste Fall betrifft eine junge Dame von ca. 30 Jahren, die 1908 zum ersten Male nachts mit heftigem epigastrischem Schmerz und Erbrechen erkrankte. Am Morgen des anderen Tages, zur Kranken gerufen, constatierte H. Besserung, keine Auftreibung, mässige epigastrische Druckempfindlichkeit, geringe Temperaturerhöhung, endlich eine kleine druckempfindliche Stelle rechts in der Tiefe etwas nach oben und aussen von der sp. a. s. o. i. — Während die nächtlichen Erscheinungen den Verdacht einer Magenperforation erregen konnten, kam jetzt, nach Abklingen der schweren Erscheinungen eine Appendicitis mit epigastrischer Schmerzlocalisation in Betracht. Unklar erschien der Fall immerhin. Der sogleich hinzugezogene chirurgische College entschied sich gleichfalls für die Annahme einer Appendicitis, war aber für ein abwartendes Verhalten. Ein Jahr lang blieb das Befinden ein gutes, da, im Sommer 1909, trat an einem Wohnort ausserhalb der Stadt wieder Schmerz ein, aber, wie mitgeteilt wurde, nicht so stark und mehr zur Lumbalgegend hin. Wegen baldigen Nachlasses der Schmerzen wurde kein Arzt hingebeten. Nach einigen Wochen Wiederholung der Schmerzen. Pat. begab sich in die Privatklinik des consult. Collegen, der aber dieses Mal keinen eine Operation indicierenden Befund feststellte und Pat. mit Verhaltungsregeln entliess. Nun wieder völliges Wohlbefinden, bis Pat. nach ihrer Rückkehr in die Stadt aufs neue, dieses Mal wieder mit heftigen epigastrischen Schmerzen und Erbrechen und Temperaturerhöhung nachts erkrankte. Der gleich gerufene College diagnosticierte ac. Appendicitis und riet zur Operation. Am Morgen von der Erkrankung benachrichtigt, fand Ref. wieder, wie das erste Mal, Nachlass der Erscheinungen, guten Puls, Appendixgegend nicht deutlich verändert, vielmehr schmerzhafte Druckstelle unter dem rechten IX. Rippenknorpel. Zunge weiss belegt, Temperatur 37,5. Ihm erschien der Fall nicht klar, er wollte abwarten und äusserte sich dahin, dass es sich um einen Fall einer zur Zeit mehrfach vorkommenden acuten Gastroenteritis handeln könne. In der folgenden Nacht Frostanfall, Temperaturanstieg bis 39,5, Ueberführung in die Privatklinik zur Operation. Telephonisch davon benachrichtigt, eilte Ref. vom Lande wesentlich aus dem Grunde zur Stadt, weil er befürchtete, dass keine Appendicitis, sondern eine andere schwere abdominale Erkrankung, besonders ein perforiertes Ulc. duodeni, vorliegen konnte, worauf er vor der Operation noch hinweisen wollte. Hierzu kam er zu spät. Das Abd. war schon eröffnet und zu seiner grossen Freude lag tatsächlich die vom Collegen diagnosticierte Appendicitis, ein jauchiger, noch nicht perforierter Abscess vor. Appendix nach rückwärts und oben geschlagen, adhärent, Appendectomie, Tamponade.

Die Operation hatte also die vom Chirurgen gestellte Diagnose bestätigt, es zeigte sich aber später, dass auch die Annahme des Ref. im allgemeinen richtig war und somit **beide** Urteile **zusammen** erst das Richtige ergaben. Die an die gelungene Appendectomie geknüpfte Hoffnung erfüllte sich leider nicht. Der Temperaturabfall war kein definitiver. Nach 10 Tagen traten wieder höhere Temperaturen unter verdächtigen Erscheinungen einer sich entwickelnden Pylephlebitis auf.

Hierauf kann Ref. aber nicht weiter eingehen und will nur noch bemerken, dass Pat. nach wechselndem Befinden nach 9 Wochen starb. Die Section ergab im wesentlichen eine eitrige Pylephlebitis mit Leberabscess im Bereich der Pfortaderteilung, 2) eine am Quercolon **adhärente mit zahlreichen kleinen Gallensteinen prall gefüllte** Gallenblase. In ihr spärliches Secret, das einer genaueren Untersuchung nicht unterzogen werden konnte. Es lag also in diesem Falle jedenfalls zuletzt eine eitrige Appendicitis vor, aber nicht nur diese, sondern auch eine offenbar länger bestehende Cholecystolithiasis. Es lässt sich nun schwer sagen, welche der beiden Affectionen den früheren Schmerzattacken zu grunde gelegen hat, ob es sich immer um Appendicitis oder Cholecystitis oder auch einmal um die eine, ein anderes Mal um die andere gehandelt hat. Nur die Schlusserkrankung erscheint eindeutig. Dieser Fall lehrt denn auch recht eindringlich, wie wichtig bei einer Appendicitisdiagnose auch die jedesmalige Berücksichtigung einer möglicherweise gleichzeitig bestehenden anderen wichtigen, sich hinter den Appendicitissymptomen verbergenden Erkrankung ist, um eventuell auch diese in einem Strich in Angriff zu nehmen. Hierbei scheint nach seinen Fällen besonders die Cholecystitis in Frage zu kommen und eine innige Beziehung zwischen Gallenblase und Appendix vorzuliegen.

Im zweiten vorläufig nicht operierten Fall handelte es sich um deutlich als solche charakterisierte und zwar **alternierende** cholecystitische und appendicitische Attacken. Die letzte Attacke im Frühjahr 1909 war eine appendicitische. Mit Rücksicht auf den complicierten Erkrankungsfall der 50-jähr. zarten und schwächlichen Dame wurde von einer Operation abgesehen. Der Fall verlief auch im Sanatorium ausserordentlich günstig, sodass nun nach gebessertem Allgemeinbefinden eine radicale, operative Cur erwogen wird.

6. **Tantzscher** weist auf die im vorigen Jahr erschienene Statistik von **Albu** hin, welche den Autor zu einer Reihe von Thesen oder richtiger Folgerungen veranlasst hat, die im stricten Gegensatz zu unseren heutigen Kenntnissen von den pathologisch-anatomischen Veränderungen des erkrankten Appendix stehen. So behauptet Albu, dass der erste Anfall der schwerste sei. **Albu** scheint nie Operationen im Frühstadium gesehen zu haben, denn sonst müsste er wissen, dass man oft grosse Veränderungen findet, die sich nur aus vorausgegangenen Anfällen erklären lassen, wie man später auch häufig noch feststellen kann, trotzdem die Pat. anfangs der Ansicht waren, dass sie früher nie an einer Appendicitis gelitten haben.

Ferner behauptet **Albu**, die Prognose sei leicht zu stellen und nur die schweren Fälle seien dem Chirurgen zu überweisen. Die Appendicitis sei eben nach wie vor eine mehr interne Krankheit. Auf die Unmöglichkeit, die anatomischen Veränderungen klinisch sicher zu erkennen, wird von allen Chirurgen hingewiesen, die bei Operationen trotz des leichten klinischen Verlaufs oft schon die schwersten Veränderungen gesehen haben.

Namentlich ist bei den Appendicitiden, die zu einem subphrenischen Abscess führten, gerade sehr oft ein so leichter Verlauf zu constatieren gewesen, dass man sich über die spätere Complication vollkommen im Irrtum befand.

Ebenso wie **Greiffenhagen**, will **Tantzscher** durch seinen Vortrag wie auch jetzt in der Discussion es noch einmal unterstreichen, dass die Appendicitis eine **rein chirurgische** Erkrankung sei. Es sollte schwieriger sein, einem von der Operation abzuraten, als zuzureden. Auch er stimmt dem Rat bei, die Internisten so oft wie möglich zur Operation hinzuziehen, damit sie sich von den schweren Veränderungen an der Appendix trotz der anfänglichen leichten Symptome überzeugen sollten.

Im Gegensatz zu **Greiffenhagen** hat Ref. in Mitau jetzt mehr Frühoperationen als Intervalloperationen.

Für die Diagnose müssen oft wenige Symptome genügen, so namentlich der Schmerz, der oft typisch ist.

Zu **Greiffenhagens** Bemerkung von der sog. **extraperitonealen** Lage des Wurmfortsatzes erwähnt Ref., dass es gerade ein Chirurg war, **Bardeleben**, der vor ca. 60 Jahren die Anatomen belehrte, dass der Processus vermiformis ebenso wie das Coecum stets vollständig vom Peritoneum eingehüllt sei und also stets intraperitoneal liege.

Zu v. **Bergmanns** Tabelle, meint **Tantzscher**, dass die Einteilung in Appendicitis, Perityphlitis und Peritonitis keine einheitliche sei und zu Missverständnissen führen müsse. Alle 3 Gruppen gehören unter die Rubrik **Appendicitis** [1], alles übrige, wie Peritonitis etc., sind nur Folgezustände. Daher sollte die ganze Tabelle mit «Appendicitis» überschrieben sein.

Im Hinblick auf die 8 tötlich verlaufenen Peritonitisfälle, die in den ersten resp. zweiten 24 Stunden operiert sind, vermutet Ref., dass die Pat. ihre Erkrankung erst von dem Einsetzen der schwersten Symptome an gerechnet haben, so dass sie de facto länger krank waren.

Wie **Mey** hervorhebt, ist die Appendicitis von manchen als Infectionskrankheit aufgefasst worden. So ist auch neulich von **Albu** auf das Zusammentreffen der Influenza mit der Zunahme der Blinddarmerkrankungen hingewiesen worden. Es liegt aber kein Grund vor, an einen **speciellen** Infectionserreger zu denken, da der Wurmfortsatz dank seiner tiefen Krypten und dem engen Lumen zu **bakteriellen** Entzündungen besonders neigt, die eben allein die Ursache der Erkrankung sind. Ferner kommt noch die Communication mit dem Dickdarm hinzu, wo die Bakterienflora viel reichhaltiger und gefährlicher ist als im Dünndarm.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— **St. Petersburg.** Wie bereits mitgeteilt, soll aus Anlass der am 13. November d. J. stattfindenden 100-sten Wiederkehr des Geburtstages des grossen russischen Chirurgen **N. Pirogow** in **Winniza** (Gouv. Podolien) ein **Hospital** erbaut werden, das seinen Namen tragen wird. Das Gouvernementslandschaftsamt von Podolien hat nun mit Erlaubnis S. M. des Kaisers eine Subscription eröffnet zum Sammeln von Spenden für diesen Zweck und uns ist eine Subscriptionsliste, die von dem Adelsmarschall von **Winniza**, Graf Heyden unterzeichnet ist, zugegangen.

— Der bisherige Director des **Evangelischen Hospitals** in **Moskau**, Dr. O. v. **Schiemann** hat infolge

[1]) Diese Aenderung ist auch später von Dr. v. **Bergmann** bei der Veröffentlichung der Protocolle gemacht worden.

von Differenzen mit der Verwaltung des Hospitals sein Amt niedergelegt und eröffnet seine eigene Privatklinik. Der Rücktritt des rührigen Collegen, der sich im letzten Kriege als Director des Evangelischen Feldlazaretts so bewährt hatte, ist um so mehr zu bedauern, als das junge Hospital sein rasches Aufblühen zum grossen Teil der persönlichen Initiative des Directors zu verdanken hat. So war es auch dank den persönlichen Beziehungen Dr. v. Schiemanns und dem Vertrauen, das das Hospital unter seiner Leitung genoss, möglich geworden, seit dem Juni vorigen Jahres durch Spenden einen Kapitalzuschuss von 126000 zu erzielen. Wir wünschen dem Herrn Collegen allen Erfolg bei seinem neuen Unternehmen.

— Hochschulnachrichten.

Berlin. Prof. G. Klemperer ist zum a. o. Professor und Director des Instituts für Krebsforschung in der Charité ernannt.

Königsberg. Prof. Lexer hat einen Ruf als Nachfolger Riedels nach Jena angenommen.

Paris. Dr. A. Gilbert ist zum Professor an der Medicinischen Klinik, als Nachfolger Dieulafoys, ernannt. Dr. Marfan ist zum Professor der Therapie ernannt.

Bordeaux. Dr. Lagrange ist zum Professor der Augenklinik, Dr. Auché zum Professor der Hygiene ernannt.

Nancy. Dr. Hoche ist zum Professor der pathologischen Anatomie ernannt.

— Die vom Deutschen Centralcomitee für ärztliche Studienreisen (Berlin W. Potsdamerstr. 134 b) geplante Reise nach der Schweiz wird am 1. September in Stuttgart beginnen, die Orte Ragaz, Flims, Davos, Vulpera, Tarasp, St. Moritz, Zuoz, Pontresina, Sils-Maria, Lugano, Montreux, Caux, Glion, Leysin, Evian, Interlaken, Bern berühren und am 19. September in Freiburg i/B. endigen.

Meldungen für diese Reise können noch bis zum 20. August angenommen werden.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 19. Juni bis zum 2. Juli erkrankten in ganz Indien 1973 Personen und starben 1870. — Honkong. Vom 19. Juni bis zum 2. Juli wurden 4 tödlich verlaufene Pestfälle notiert. — China. In Hoihow hat die Pest seit Anfang Juni nachgelassen, nachdem eine Zeitlang täglich bis zu 40 Todesfälle registriert worden waren. Vereinzelte Pestfälle kamen in der Präfecturstadt Kiungchow vor. — Aegypten. Vom 16. bis zum 29. Juli fanden 20 Erkrankungen und 9 Todesfälle statt. — Malta. Auf einem aus Port Said angekommenen englischen Dampfschiff wurde 1 Pestfall constatiert. Der Kranke wurde der Quarantänestation auf der Insel Comino überwiesen. — Persien. In Buschir ist die Pest erloschen, die Quarantänemassregeln sind aufgehoben. — Venezuela. In Caracas sind Erkrankungen an der Pest constatiert worden.

— Die Pest in Odessa. Im Laufe des 6. und 7. August wurden 6 neue Erkrankungen constatiert. Von den früher Erkrankten starben 3. Am 8. August fand 1 Erkrankung statt, am 9. und 10. August — je 5 Erkrankungen. Am 10. Aug. starben 2 von den früher Erkrankten.

— Cholera. Britisch-Indien. Vom 19. Juni bis zum 2. Juli starben in Calcutta 71 Personen an der Cholera. — Persien. In Ardebil erkrankten vom 1. bis zum 6. Juli 20 Personen, von denen 6 starben. — Straits Settlements. In Singapore erkrankten vom 3. bis zum 8. Juni 9 Personen und starben 9. — Siam. In Bangkok starben vom 8. bis zum 14. Mai 108 Personen; seitdem dauert die Epidemie dort fort. — Niederländisch Indien. In Soerabaya und Umgegend erkrankten vom 12. bis zum 25. Juni 28 und starben 11 Personen.

— Genickstarre. Preussen. Vom 17. bis zum 30. Juli wurden 9 Erkrankungen und 8 Todesfälle gemeldet.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 17. bis zum 30. Juli wurden 15 Erkrankungen und 3 Todesfälle gemeldet. — Oesterreich. In Steiermark, Kärnten und Vorarlberg wurde je 1 Erkrankung constatiert.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben: vom 18. bis zum 24. Juli	Erkrankt und gestorben: vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	538 (156)	1237 (359)	7. Juni
» Kronstadt	10 (4)	20 (6)	8. »
Gouv. St. Petersburg	52 (17)	111 (36)	24. »
Stadt Archangelsk	— (—)	1 (—)	10. »
» Reval	— (—)	1 (—)	13. Juli
» Riga	— (1)	2 (1)	14. »
Gouv. Pskow, Stadt Welikije Luki	— (—)	1 (1)	6. Juni
» Nowgorod	62 (16)	88 (26)	7. Juli
» Minsk	87 (33)	784 (284)	18. Mai
» Mogilew	14 (4)	354 (138)	14. »
Gouv. Witebsk	4 (4)	63 (10)	18. April
» Smolensk	7 (5)	13 (10)	10. Juli
» Podolien	87 (36)	174 (76)	21. Juni
» Wolynien	22 (12)	140 (79)	9. »
» Kiew	33 (15)	911 (356)	3. Mai
» Tschernigow	79 (24)	1228 (461)	13. »
» Poltawa	355 (155)	2022 (790)	9. »
» Charkow	450 (191)	2985 (1257)	8. »
» Orel	40 (13)	374 (148)	13. »
» Kursk	693 (279)	1894 (731)	9. Juni
» Woronesh	— (—)	1081 (425)	27. Mai
» Tambow	573 (229)	1106 (465)	29. »
» Pensa	364 (135)	477 (180)	27. Juni
» Kaluga	13 (3)	31 (13)	6. Juli
» Tula	15 (8)	36 (15)	17. »
» Rjasan	460 (151)	976 (336)	19. Juni
» Wladimir	30 (9)	50 (17)	5. Juli
» Moskau	12 (7)	24 (13)	10. Juni
» Twer	— (—)	5 (1)	10. Juli
» Jaroslaw	230 (102)	382 (163)	27. Juni
» Kostroma	628 (272)	957 (429)	27. »
» Nishnij-Nowgorod	409 (161)	805 (301)	24. »
» Kasan	521 (188)	975 (397)	18. »
» Ssimbirsk	270 (99)	588 (231)	21. »
» Ssamara	1781 (707)	3311 (1441)	9. »
» Ssaratow	774 (246)	1890 (731)	9. »
» Astrachan	339 (137)	1031 (425)	15. »
» Stawropol	650 (278)	2993 (1441)	3. »
» Perm	175 (47)	231 (73)	2. »
» Wjatka	73 (30)	175 (80)	26. »
» Ufa	174 (130)	263 (197)	29. »
» Orenburg	213 (105)	450 (182)	4. Juli
Turgai-Gebiet	5 (3)	17 (8)	13. »
Gouv. Jekaterinoslaw	1952 (776)	8508 (3753)	10. Jan.
Stadt Kertsch-Jenikale	75 (32)	498 (227)	14. Mai
» Ssewastopol	— (—)	32 (22)	10. Juni
Gouv. Taurien	581 (280)	2749 (1322)	7. Mai
Stadt Rostow a. Don	126 (30)	2885 (977)	7. »
Gebiet der Donkosaken	3131 (1342)	12620 (5769)	21. »
Gouv. Bessarabien	1 (—)	52 (23)	17. Juni
Stadt Odessa	75 (40)	402 (204)	27. Mai
» Nikolajew	— (—)	202 (78)	4. Juni
Gouv. Cherson	930 (451)	3780 (1541)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	71 (10)	502 (172)	7. Juni
Kuban-Gebiet	2125 (1122)	15168 (7883)	28. Mai
Terek-Gebiet	855 (351)	2123 (872)	28. »
Stadt Baku	200 (88)	405 (181)	4. Juni
Gouv. Baku	159 (71)	764 (371)	19. April
» Tiflis	213 (89)	704 (293)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	76 (47)	148 (88)	29. »
Transkaspi-Gebiet, Stadt Krasnowodsk	— (—)	5 (5)	19. »
Gouv. Erivan	12 (8)	19 (13)	8. Juli
Ssyr-Darja-Gebiet	1 (1)	5 (3)	13. »
Gouv. Tomsk, Stadt Mariinsk	— (—)	1 (—)	8. Juni
Finnland	2 (—)	2 (—)	22. Juli
Im Ganzen	20668 (8679)	81083 (35759)	

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben: vom 25. bis zum 31. Juli	Erkrankt und gestorben: vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	577 (233)	1814 (592)	7. Juni
» Kronstadt	47 (16)	67 (22)	8. »
Gouv. St. Petersburg	105 (36)	215 (72)	24. »
Stadt Archangelsk	— (—)	1 (—)	10. »
» Reval	— (—)	1 (—)	13. Juli
» Riga	— (—)	2 (1)	14. »
Gouv. Wologda	92 (39)	100 (41)	5. »
» Pskow	9 (3)	16 (5)	6. Juni
» Nowgorod	86 (43)	162 (74)	7. Juli
» Minsk	123 (33)	907 (317)	18. Mai
» Mogilew	53 (23)	477 (203)	14. »
» Witebsk	3 (1)	66 (11)	18. April
» Smolensk	7 (3)	35 (25)	10. Juli
» Podolien	132 (42)	343 (132)	12. Juni
» Wolynien	14 (11)	155 (90)	9. »
» Kiew	392 (110)	1366 (486)	3. Mai
» Tschernigow	104 (39)	1378 (529)	13. »
» Poltawa	443 (194)	2493 (991)	9. »
» Charkow	— (—)	3256 (1277)	8. »
» Orel	160 (59)	659 (269)	2. Juni
» Kursk	925 (436)	2856 (1187)	9. »

	Erkrankt und gestorben				Beginn der Epidemie
	vom 25. bis zum 31. Juli		vom Beginn der Epidemie		
Gouv. Woronesh	934	(416)	2835	(1216)	27. Mai
» Tambow	680	(333)	1982	(869)	29. »
» Pensa	394	(195)	871	(375)	27. Juni
» Kaluga	—	(—)	37	(14)	1. Juli
» Tula	5	(1)	41	(16)	17. Juni
» Rjasan	328	(154)	1339	(503)	19. »
» Wladimir	—	(—)	64	(24)	5. Juli
» Moskau	19	(9)	44	(22)	10. Juni
» Twer	2	(—)	7	(1)	10. Juli
» Jaroslaw	243	(127)	265	(291)	27. Juni
» Kostroma	778	(315)	2259	(971)	26. »
» Nishnij Nowgorod	438	(178)	1329	(522)	24. »
» Kasan	655	(296)	2327	(958)	19. »
» Ssimbirsk	545	(233)	1153	(466)	21. »
» Ssamara	1751	(759)	5062	(2200)	9. »
» Ssaratow	516	(158)	2406	(889)	5. »
» Astrachan	265	(136)	1252	(550)	15. »
» Stawropol	648	(325)	4764	(2362)	3. »
» Perm	131	(56)	362	(129)	2. »
» Wjatka	50	(34)	240	(121)	26. »
» Ufa	168	(70)	705	(429)	29. »
» Orenburg	253	(146)	791	(383)	4. Juli
Turgai-Gebiet	8	(5)	50	(23)	13. »
Gouv. Jekaterinoslaw	2292	(1018)	10800	(4771)	10. Jan.
Stadt Kertsch-Jenikale	60	(25)	551	(252)	14. Mai
» Ssewastopol	14	(8)	52	(30)	10. Juni
Gouv. Taurien	696	(334)	3741	(1811)	7. Mai
Stadt Rostow am Don	77	(18)	2952	(990)	7. »
Gebiet der Donkosaken	3671	(1678)	16297	(7504)	21. »
Gouv. Bessarabien	8	(—)	58	(24)	17. Juni
Stadt Odessa	68	(28)	471	(233)	27. Mai
» Nikolajew	—	(—)	303	(122)	4. Juni
Gouv. Cherson	916	(352)	5096	(2114)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	77	(20)	590	(196)	7. Juni
Kuban-Gebiet	1942	(1057)	18585	(9674)	28. Mai
Terek-Gebiet	890	(411)	3013	(1264)	28. »
Stadt Baku	261	(105)	685	(280)	4. Juli
Gouv. Baku	89	(44)	851	(420)	19. April
» Tiflis	180	(65)	884	(358)	6. Juni
Kars-Gebiet	93	(39)	361	(169)	5. »
Dagestan-Gebiet	168	(105)	296	(196)	29. »
Gouv. Kutais	159	(66)	211	(82)	26. Juli
» Jelisawetpol	2	(1)	7	(1)	18. Juli
» Erivan	119	(52)	144	(67)	8. »
Transkaspi-Gebiet	52	(19)	84	(52)	19. Juni
Ssyr-Darja-Gebiet	—	(—)	5	(4)	13. Juli
Gouv. Tobolsk	14	(8)	15	(8)	23. »
» Tomsk, Stadt Mariinsk	—	(—)	1	(—)	8. Juni
Akmolinsk-Gebiet, Stadt Omsk	13	(3)	17	(7)	23. Juli
Finnland	—	(—)	2	(—)	22. »
Im Ganzen	23944	(10723)	112985	(50287)	

— **Die Cholera in Petersburg.** Im Laufe der letzten 24. Stunden (vom 11.—12. Aug.) erkrankten an der Cholera 40 Personen, starben 30 und genasen 50. In den Hospitälern verbleiben 600. Seit dem Beginn der Epidemie sind 2300 Personen erkrankt, 800 gestorben und 815 genesen.

— **An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg** in der Woche vom 11. bis zum 17. Juli 1910 949 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 27, Typh. exanth. 1, Febris recurrens 5, Pocken 21, Windpocken 7, Masern 70, Scharlach 52, Diphtherie 44, Cholera 327, acut. Magen-Darmkatarrh 342, an anderen Infectionskrankheiten 53.

— **Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg** betrug in derselben Woche 901 + 50 Totgeborene + 58 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 15, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 1, Pocken 7, Masern 27, Scharlach 12, Diphtherie 17, Keuchhusten 5, crupöse Pneumonie 18, katarrhalische Pneumonie 75, Erysipelas 9, Influenza 2, Postula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 9, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 60, Tuberculose anderer Organe 20, Dysenterie 16, Gastroent. epidem. 0, Cholera 157, Magen-Darmkatarrh 82, andere Magen- und Darmerkrankungen 89, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 40, Marasmus senilis 20, andere Todesursachen 211.

— **Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern** betrug bis zum 17. Juli 1910 12348. Darunter Typhus abdominalis 302, Typhus exanth. 9, Febris recurrens 15, Scharlach 267, Masern 37, Diphtherie 206, Pocken 132, Windpocken 0, Cholera 462, choleraverdächtige Erkrankungen 203, crupöse Pneumonie 101, Tuberculose 520, Influenza 153, Erysipel 126, Keuchhusten 8, Dysenteria 8, Hautkrankheiten 43, Lepra 0, Syphilis 497, venerische Krankheiten 469, acute Erkrankungen 1878, chronische Krankheiten 1661, chirurgische Krankheiten 1541, Geisteskrankheiten 3362, gynäkologische Krankheiten 216, Krankheiten des Wochenbetts 99, verschiedene andere Krankheiten 33.

— **An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg** in der Woche vom 18. bis zum 24. Juli 1910 997 Personen. Darunter an Typh. abdom. 27, Typh. exanth. 0, Febris recurrens 2, Pocken 20, Windpocken 6, Masern 50, Scharlach 50, Diphtherie 45, Cholera 385 acut. Magen-Darmkatarrh 354, an anderen Infectionskrankheiten 58.

— **Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg** betrug in derselben Woche 961 + 46 Totgeborene + 58 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 17, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 5, Masern 10, Scharlach 15, Diphtherie 15, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 21, katarrhalische Pneumonie 49, Erysipelas 11, Influenza 4, Pyämie und Septicaemie 6, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 75, Tuberculose anderer Organe 16, Dysenterie 15, Gastro-ent. epidem. 1, Cholera 217, Magen-Darmkatarrh 71, andere Magen- und Darmerkrankungen 91, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 54, Marasmus senilis 29, andere Todesursachen 223.

— **Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern** betrug bis zum 24. Juli 12554. Darunter Typhus abdominalis 316, Typhus exanth. 8, Febris recurrens 13, Scharlach 255, Masern 35, Diphtherie 207, Pocken 132, Windpocken 0, Cholera 719, choleraverdächtige Erkrankungen 205, crupöse Pneumonie 93, Tuberculose 526, Influenza 155, Erysipel 113, Keuchhusten 10, Dysenteria 8, Hautkrankheiten 47, Lepra 0, Syphilis 517, venerische Krankheiten 444, acute Erkrankungen 1893, chronische Krankheiten 1641, chirurgische Krankheiten 1493, Geisteskrankheiten 3371, gynäkologische Krankheiten 218, Krankheiten des Wochenbetts 105, verschiedene andere Krankheiten 30.

— **Die Maul- und Klauenseuche** herrscht in allen Kreisen des Petersburger Gouvernements und geht auch auf die benachbarten Kreise des Gouvernements Pskow über. — Das Petersburger Gouvernements-Landschaftsamt erlässt Schutzmassregeln gegen die Einfuhr verseuchten Viehs und sucht vor allem den Petersburger Schlachtviehmarkt vor Infection zu schützen. Auch sind auf allen Bahnstationen Plakate ausgehängt mit der Warnung, rohe Milch zu trinken.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Moskau der Landschaftsarzt Dr. D. Orlow im Alter von 57 Jahren; 2) in Moskau plötzlich Dr. L. Wainstein; 3) am 25. Juli starb in Moskau Dr. K. Kasanskij, geb. 1855, approbiert 1880; 4) in Warschau: Dr. A. Wakere, geb. 1844, approb. 1869; 5) Dr. A. Tumpowskij, geb. 1869, approb. 1895; 6) Dr. L. Breschel, geb. 1842, approb. 1872; 7) Dr. J. Trhoshnizki geb. 1849, approb. 1874; 8) Dr. L. Zbershowski, geb. 1866, approb. 1896; 9) in Grodno Dr. K. Dombrowski, geb. 1870, approb. 1897; 10) die Aerztin E. Demjanenko nahm sich durch Sublimatvergiftung im Dorfe Bolschie Prochody (Gouv. Charkow) das Leben; 10) in St. Petersburg Dr. A. Dmitrijew, Chefarzt des St Petersburger Marinehospitals und Medicinalinspector des St. Petersb. Hafens im Alter von 59 Jahren. Er hatte anfangs in der Landarmee gedient, den Türkenkrieg 1877—1878 mitgemacht und viele militärische Auszeichnungen erhalten. Dann war er zur Marine übergangen; 12) Dr. M. Dufour, Professor der Ophthalmologie an der Universität zu Lausanne; 13) Dr. Farabenf, Professor der Anatomie an der medicinischen Facultät zu Paris und Mitglied der Akademie der Medicin.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 34 St. Petersburg, den 21. August (3. Sept.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Ueber Vorstufen des primären Glaucoms.

Vortrag, gehalten auf dem II. kurl. Aerztetag in Libau 29./V. 1910.

Von

Dr. Ischreyt-Libau.

Trotz eifrigster Arbeit während eines halben Jahrhunderts ist es der modernen Ophthalmologie noch nicht gelungen, den Schleier von der Entstehung jenes Leidens zu lüften, das wir als primäres Glaucom bezeichnen. Seitdem v. Graefe den Krankheitsbegriff scharf umrissen und den Grundstein unserer Glaucomlehre gelegt, hat es wohl kaum einen nambaften Ophthalmologen gegeben, der seinen Scharfsinn und Fleiss nicht auch an dieses Problem gewandt hätte. Aber klinische Beobachtung, Experiment und pathologische Anatomie haben des Rätsels Lösung noch immer nicht zu finden vermocht.

Das Studium des Glaucoms hat eine praktische und theoretische Bedeutung. Während aber die Erstere fast nur den Specialisten berührt, der nach neuen Heilfactoren für seine Patienten sucht, liegt die theoretische Bedeutung viel weiter. Die Beschaffenheit des befallenen Organs gestattet uns directe Einblicke in eine ganze Reihe physiologischer und pathologischer Lebensvorgänge, die sonst am menschlichen Körper nicht zu beobachten wären. Wir erkennen die Wechselwirkung zwischen Blutdruck und Augendruck, zwischen Zufluss und Abfluss, sehen, wie sich Compensationsstörungen entwickeln und übercompensiert werden und wie unter gewissen Bedingungen die Gewebe mit Entzündungserscheinungen reagieren. Das alles können wir entweder direct mit unseren Augen wahrnehmen oder wenigstens aus seinen Folgen erkennen, Beobachtungen, die jeden denkenden Arzt mit Befriedigung erfüllen müssen.

Wenn wir den Anfängen des Glaucoms nachgehen wollen, müssen wir uns vor allem klar machen, was wir darunter verstehen. Den Nichtophthalmologen unter Ihnen dürfte es nicht so bekannt sein, dass grade in der Nomenclatur noch grosse Meinungsverschiedenheiten herrschen. Ohne auf die verschiedenen Ansichten einzugehen, möchte ich hier das anführen, was mir am folgerichtigsten erschienen ist. Darnach ist Glaucom kein ätiologisch einheitliches Leiden, sondern ein Zustand, dessen wichtigstes Symptom die Druckerhöhung ist, also ein Symptomencomplex, aufgestellt ohne jede Rücksicht auf seine Entstehung. Pathologie des Glaucoms ist Pathologie der Drucksteigerung und ein Capitel der allgemeinen pathologischen Anatomie. Sobald wir der Aetiologie nachgehen, löst sich die Gesamtheit des Glaucoms in Einzelgruppen auf, die je nach dem Sitz und der Art der pathologischen Vorgänge zu benennen sind, und jetzt geraten wir auf Gebiete der speciellen pathologischen Anatomie.

Für eine Reihe von Glaucomformen sind die pathologischen Entstehungsbedingungen bekannt, wir nennen sie secundäre Glaucome. Für andere ist das nicht der Fall, und das sind die sogenannten primären. Wir sehen hieraus, dass der Unterschied kein grundsätzlicher ist, sondern nur von unserer Unwissenheit construiert wird.

Wir können nicht früher nach den Anfängen des Glaucoms suchen, als bis wir eine klare Vorstellung von dem Wesen des vollentwickelten Zustandes gewonnen haben. Dabei ist es zunächst gleich, ob wir es mit secundären oder sogenannten primären Formen zu tun haben. In beiden Fällen handelt es sich um eine Störung des Flüssigkeitswechsels, um ein Missverhältnis zwischen Zufluss und Abfluss im Sinne einer Volumsvermehrung, um eine Stauung. Theoretisch gedacht müsste sie sowohl durch Zuflusssteigerung als durch Abflussbehinderung zustande kommen, praktisch kommt die zweite Möglichkeit fast ausschliesslich in Betracht. Wir folgern hieraus, wie wichtig die Kenntnis der normalen Abflusswege für die weitere Entwicklung der Frage ist.

Durch die classischen Untersuchungen Lebers und seiner Schüler und durch ergänzende Beobachtungen anderer Autoren dürfen die Flüssigkeitsbahnen im Auge als bekannt angesehen werden. Die Augenflüssigkeit gelangt durch einen Filtrationsvorgang aus den Venen der Ciliarfortsätze in die hintere Kammer, bewegt sich in

einem ausserordentlich langsamen Strom um den freien Irisrand in die vordere Kammer und filtriert schliesslich aus dieser durch die Maschen des Reticulum sclerocorneale vorwiegend in den Schlemmschen Venenplexus, in zweiter Linie in die Venen des Ciliarkörpers und der Iris. Die Verhältnisse in der Kammerbucht sind es, welche für die Entstehung des primären Glaucoms ganz vorwiegende Bedeutung haben, und es ist ja auch einleuchtend, dass ein Stromhindernis in dieser Gegend eine Stauung und Vermehrung der Augenflüssigkeit bewirken müsse. Mit grosser Berechtigung hat man daher seit Knies den Veränderungen der Kammerbucht ganz besonderes Interesse entgegengebracht.

Man konnte in dieser Frage von der pathologischen Anatomie eine definitive Aufklärung erwarten; sie hätte dieselbe auch entschieden gebracht, wenn ihr nicht eine Vorbedingung gefehlt hätte — ein geeignetes Material. Denn, wenn auch im Laufe der Jahrzehnte Tausende von Glaucomaugen enucleiert und Hunderte histologisch untersucht worden sind, handelte es sich fast ohne Ausnahme um alte, vorgeschrittene Stufen, aus denen für die Entstehung nichts mehr abzuleiten war. Wohl fand sich als sehr regelmässiges Vorkommnis der Verschluss der Kammerbucht durch die Iris, die sogenannte periphere Irissynechie, aber es liess sich aus ihr nur folgern, dass durch sie die Druckerhöhung erhalten werde, nicht aber entstanden sei. Die Anfänge des Leidens blieben so dunkel wie sie waren.

In sehr wenigen Fällen konnten Glaucomaugen kurze Zeit, 7 Tage bis wenige Wochen nach dem ersten Anfall enucleiert werden (es sind das die Fälle von Birnbacher, Smith, Elschnig und Löwenson), doch auch diese Fälle brachten keine Aufklärung, wohl aber die Ueberraschung, dass die periphere Irissynechie des vorgeschrittenen Glaucoms zum grossen Teil nicht als Ursache, sondern als Folge der Drucksteigerung anzusehen sei, denn in einigen dieser Fälle fand sich trotz bestehender Druckerhöhung die äusserste Kammerbucht nicht verlegt. Man schloss daraus ganz richtig, dass das Stromhindernis in das Reticulum sclerocorneale zu verlegen sei.

Es wäre nun falsch, anzunehmen, dass alle Glaucome, die wir augenblicklich in die Gruppe der primären zusammenfassen, gleiche Entstehungsbedingungen hätten. In dem Masse, wie sich unsere Kenntnisse dieser Zustände vergrössern, wird auch eine genauere Unterscheidung möglich sein. Wir müssen uns vorstellen, dass sehr verschiedene Vorgänge ähnliche oder gar gleiche Schlussergebnisse zeitigen können.

Wie die Strahlen eines Sterns convergieren mannigfaltige Processe nach dem Zustande hin, den wir als Glaucom bezeichnen. Daraus ergibt sich, dass wir die Lösung des Problems möglichst weit in centrifugaler Richtung zu suchen hätten. Wir müssen in eine Zeit zurückgreifen, die noch nichts vom Glaucom zu erkennen gibt.

Hierbei stellen sich uns Schwierigkeiten entgegen, die eigentlich nur der Zufall zu überwinden vermag. Die klinische Beobachtung kann uns keinen Aufschluss darüber bringen, denn die Augen mit Vorstufen des Glaucoms machen ihrem Besitzer noch gar keine Beschwerden. Andererseits würde auch die zielbewusste Untersuchung von Augen, die erfahrungsgemäss zu Glaucom führen, keine positiven Ergebnisse zeitigen, da die Vorgänge, um welche es sich hier handeln kann, so versteckt in der Kammerbucht liegen, dass sie einer klinischen Beobachtung unzugänglich sind.

Auch die histologische Untersuchung, soweit sie planmässig erfolgen soll, lässt uns im Stich, denn es ist nicht gut denkbar, dass irgend einem Untersucher die Gelegenheit und die Zeit zur Verfügung stände, Hunderte von frischen Augen genau auf Serienschnitten zu durchforschen. Anders liesse sich aber ein sicherer Erfolg nicht erwarten.

Wo es sich um secundäre Glaucomformen handelt, die auf häufigen anderweitigen Erkrankungen beruhen, kann man den Versuch machen, solche Augen, die noch keine Druckerhöhung zeigen, zu untersuchen in der Hoffnung, dabei die Grundlagen der Drucksteigerung zu finden. So hat zum Beispiel Fuchs eine grosse Anzahl von Augen mit perforiertem Ulcus corneae und ohne Druckerhöhung untersucht, und ist dabei zu interessanten Ergebnissen gekommen, die uns aber hier nicht berühren, da sie nicht ohne weiteres auf das primäre Glaucom anzuwenden sind.

Der einzige mir bekannte Versuch, ein analoges Material für das primäre Glaucom zu gewinnen, rührt von Knies aus dem Jahre 1876 her. Er untersuchte in zwei Fällen das zweite, klinisch noch gesunde Auge von Glaucompatienten in der richtigen Erwartung, hier Vorläufer des Leidens finden zu können. Wissen wir doch erfahrungsgemäss, dass das Glaucom mit Vorliebe auch das zweite Auge zu befallen pflegt. Die Ergebnisse der Knies'schen Untersuchung waren in dem einen Falle völlig negativ, in dem anderen gelang es dagegen, eine Hyperämie des Corpus ciliare und der Chorioidea und Zelleninfiltration in der Umgebung des Schlemmschen Venenplexus nachzuweisen. Auf Grund dieser Befunde und anderer, die er an vorgeschrittenen Glaucomen gemacht hatte, stellte Knies seine bekannte Glaucomhypothese auf, wonach die Ursache des primären Glaucoms in einer selbständigen Entzündung der Kammerbuchtgewebe zu suchen sei. Der rege Stoffwechsel befähige diese Gegend dazu in besonderem Masse. Die periphere Irissynechie der späteren Krankheitsstufen sei eine Folge jener Entzündung.

So interessant die Kniessche Beweisführung zu nennen ist, sie weist doch mehrere wesentliche Lücken auf, und das ist wohl auch der Grund, weswegen die Hypothese keine allgemeine Anerkennung fand. Es fehlen noch wichtige Uebergangsstadien, um uns die Entwicklung der vollendeten peripheren Synechie aus der Entzündung glaubhaft zu machen.

Der Zufall hat mir kürzlich ein Präparat in die Hände gespielt, das mir von principieller Wichtigkeit zu sein scheint. Es handelte sich um ein wegen Carcinom des unteren Lides enucleiertes Auge, das gar keine Beschwerden verursacht hatte. Die klinische Untersuchung ergab auch bis auf einen mässigen myopischen Astigmatismus und dementsprechend herabgesetzte Sehschärfe nichts Besonderes. Bei der histologischen Untersuchung, die an meridionalen Serienschnitten vorgenommen wurde, fanden sich nun wider Erwarten auf der einen Seite und in einer nicht sehr grossen Anzahl von Schnitten überraschende Veränderungen. Die Iriswurzel ist hier nach vorn und aussen verlagert und dadurch in den lateralsten Teil der Kammerbucht hineingelegt. Sie schliesst dadurch einen Teil des für die Filtration so wichtigen Gewebes von der offenen Kammer ab und verlegt dem Flüssigkeitsstrom den Weg. Der vordere Abschnitt des Ligam. sclero-corneale wird allerdings noch vom Kammerwasser bespült, aber auch hier sind Verdichtungen und Infiltrationen vorhanden, die als Stromhindernis anzusehen sind. Als Ursache dieser wichtigsten Veränderungen erkennt man eine chronische Entzündung der die Kammerbucht begrenzenden Gewebe.

Wenn wir die Ausdehnung der entzündlichen Infiltration im Einzelnen verfolgen, finden wir eine auffallende Uebereinstimmung mit den Bahnen, auf denen das Kammerwasser das Auge zu verlassen pflegt. Wir dürfen wohl daher als Ursache reizende Stoffe annehmen, die auf den normalen Bahnen aus dem Auge hinausfiltriert wurden. Welcher Art sie sind, entzieht sich allerdings jeder Mutmassung.

Ich habe meinen Befund vorhin für principiell wichtig erklärt und zwar tue ich es aus folgenden Gründen: er stellt ein Bindeglied dar zwischen der Kniesschen primären Kammerbuchtentzündung und der entwickelten peripheren Irissynechie und zeigt uns, wie eben diese sich aus jener entwickeln kann. Dass sie es immer so tut, soll natürlich nicht gesagt werden, im Gegenteil sprechen manche Befunde an frischen Glaucomaugen für noch andere Entstehungsmöglichkeiten, und es wäre daher falsch, die hier gemachten Beobachtungen zu verallgemeinern.

Nun könnte aber doch die Frage aufgeworfen werden, ob wir überhaupt in meinem Falle eine Vorstufe des primären Glaucoms sehen dürfen, ob es sich nicht vielleicht nur um eine zufällige unbedeutende Veränderung handelt, die damit nichts zu tun hat.

Ich denke, dass man wohl von einer Vorstufe sprechen kann, denn es ist doch klar, dass eine grössere Ausbreitung des geschilderten Entzündungsprocesses mit seinen Folgen ganz entschieden zu einer Retention der Augenflüssigkeit und somit zu Drucksteigerung führen müsste — das nennen wir ja aber Glaucom. Natürlich soll nicht behauptet werden, dass in diesem Falle wirklich Glaucom eingetreten wäre, aber auch nicht jede Neuritis optici führt zur Atrophie und nicht jede Iridokyklitis zur Phthisis bulbi. Wichtig erscheint mir aber, dass durch diesen zufälligen Befund das Vorhandensein eines an die Abflusswege gebundenen chronisch entzündlichen Processes bewiesen ist, der, ohne klinische Erscheinungen hervorzurufen, den Keim des sogenannten primären Glaucoms in sich enthalten kann.

Referate.

H. Much: Das antitoxische Immunisierungsprincip. Fortschritte der Med. 1910. Nr. 1.

Definition des Begriffes der Immunität und Feststellung, dass es sich dabei eigentlich nicht um einen Begriff, sondern um eine Idee im Sinne Kants handelt. Absolute Immunität gibt es nicht, ebenso wie es keine sittliche Vollkommenheit gibt. Des weiteren bespricht Verf. die erworbene Immunität, die active und passive Immunisierung in Form eines klinischen Vortrages.

E. Plate. Ueber physikalische Therapie bei Herzerkrankungen. Fortschritte der Med. 1910. Nr. 1.

Besprechung der Wirkung von Gymnastik, Massage, Vibrationsbehandlung, Bädern, insbesondere CO_2-Bädern, bei Herzkrankheiten. Am wichtigsten scheint dem Verf., dass möglichst früh mit der Behandlung begonnen wird, und daher legt er besonderen Wert auf die functionelle Diagnostik.

Denis G. Zesas. Zahnextraction und Facialislähmung. Fortschritte der Med. 1910. Nr. 2.

Casuistischer Beitrag über eine relativ sehr seltene Beobachtung, wonach im Gefolge einer Zahnextraction, und zwar eines linken oberen Backenzahnes, eine Parese des linken Facialis sich einstellte. Für die Pathogenese dieser rätselhaften Erscheinung wird infectiöser Ursprung herangezogen.

Weissmann: Statistisches zur Hetolbehandlung. Fortschritte der Med. Nr. 5.

Auf Grund seiner Daten, die ein Material von 731 Fällen betreffen, darunter über 400 Fälle Lungentuberculose, plaidiert Verf. sehr lebhaft für die Hetolbehandlung der Tuberculose.

F. Holzinger.

F. Winkler: Versuche über die Beeinflussung des intrakraniellen Volumens durch einige Arzneimittel. Wiener Med. Wochenschrift 1910. Nr. 25—26.

Verf. registrierte das Gehirnvolumen bei curarisierten Hunden nach der von v. Zeissl angewandten Methodik. Die Zunahme des Volumens des Schädelinhaltes kann mehrfache Ursachen haben; entweder wird der arterielle Zufluss vermehrt oder der venöse Abfluss vermindert, oder der Inhalt der Gehirnventrikel nimmt zu, oder es tritt eine Flüssigkeitsdurchtränkung des ganzen Gehirns ein.

Von Arzneimitteln kamen zunächst jene Substanzen zur Verwendung, von denen die tägliche Erfahrung lehrt, dass sie bei Kopfschmerzen günstig einwirken, also vor allem Antipyretica. Ferner wurden einige Vasomotorenmittel untersucht. Es zeigte sich, dass z. B. nach Injection von Diuretin das Gehirnvolumen stark ansteigt. Die Messung der Druckverhältnisse und die Berechnung des Hürthleschen Quotienten zeigt, dass der Quotient vermindert ist, dass sich also die Gehirngefässe erweitert haben. Dem Ergotin und Cotarnin kommt zuerst eine geringe Verengerung der Gehirngefässe zu, auf welche dann eine Erweiterung folgt. Auch die Phtalsäure bewirkt eine Vergrösserung des Hirnvolumens, die auf Gefässerweiterung zurückzuführen ist.

Aus den Untersuchungen geht hervor, dass jene Substanzen, die bei Kopfschmerzen analgetisch wirken, das Gehirnvolumen steigern; ferner ergibt sich hieraus, dass solche Mittel, die das Hirnvolumen steigern, aber bisher noch nicht als Kopfschmerzmittel verwandt wurden, in dieser Richtung zu versuchen sind.

Dreuw: Puder-Aërotuba. Sonderabdruck aus „Monatshefte f. praktische Dermatologie." 1909. B. 49.

Dank einigen Modificationen an der in Nr. 6 der «Monatsh. f. pr. Derm.» beschriebenen Salben-Aërotuba ist es Verfasser gelungen, eine Puder-Aërotuba herzustellen, die es ihm ermöglicht, puderförmige Körper in gläsernen Cylindern durch einen einfachen Mechanismus vorwärts zu bewegen.

Die Vorteile einer solchen Puderanwendung sind: bequeme und saubere Handhabung, ein gleichmässiges Zerstreuen des Puderquantums und die Möglichkeit, das Puder zu sterilisieren.

Die Puder-Aërotuba wird von derselben Firma (H. Windler-Berlin) hergestellt.

Dreuw: Ueber Gelonida-Tabletten. (Mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung bei ac. Gonorrhoe). Sonderabdruck aus „Monatshefte für praktische Dermatol." 1910. B. 50.

Durch 10 pCt. Zusatz einer feingepuderten Substanz von Gelatine mit einigen Tropfen Formaldehyd, erhält die gewöhnliche Tablette die Eigenschaft, bei Berührung mit Wasser fast augenblicklich zu einer feinen Masse zu zerfallen. Somit erzielt die so hergestellte «Gelonida-Tablette» eine schnellere Resorption des in ihr enthaltenen Medicamentes.

Das Formaldehyd ist in jeder Tablette in so geringer Menge vorhanden (eine Tabl. von 1 g. Schwere enthält 0,0001 g. Formaldehyd), dass es praktisch nicht in Betracht kommt.

Die gebräuchlichsten Balsamica (Ol. Santali, Kawa-Kawa, Gonosan etc.) lassen sich nicht in Gelonida-Tabletten comprimieren, dagegen erhielt Verfasser mit Gelonida Arrhovin bei acuter Gonorrhoe gute Resultate.

Hinze.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. E. Grawitz. Organischer Marasmus. Klinische Studien. Stuttgart. Verlag F. Enke. 1910.

Grawitz berührt in seiner Arbeit eine äusserst wichtige Frage, die bis jetzt keine Bearbeiter gefunden. Es handelt sich um eigentümliche, schwere, oft tötliche, unter dem Bilde des Marasmus verlaufende Allgemeinerkrankungen, die nicht etwa auf anatomischen Veränderungen — wie bösartige Geschwülste oder chronische Infectionen — beruhen, sondern auf Functionsstörungen verschiedener Organe zurückzuführen sind. Diese Zustände erinnern oft an perniciöse Anämie und werden fälschlich als solche diagnosticiert.

Eine strenge Grenze zwischen dem Begriff Kachexie und Marasmus gibt es bis jetzt nicht; man könnte Kachexie mit «Siechtum» und Marasmus mit «Abzehrung» übersetzen, wobei man den ersteren Zustand zwar als einen chronischen aber doch reparablen ansehen kann, während sich mit dem zweiten die Vorstellung des krankhaft gesteigerten und fortschreitenden Stoffzerfalls verbindet, der nur in seltenen Fällen eine völlige Wiederherstellung zulässt.

Von einem physiologischen Greisenmarasmus kann man wohl nicht sprechen, die marantischen Veränderungen des Greisenalters kann man nicht als Vorbilder für den organischen Marasmus hinstellen, zumal gewisse senile Involutionen, wie an der Cornea und der Linse, auch bei schwerstem Marasmus jugendlicher Menschen nicht einzu-

treten pflegen. Eher könnte man als Vorbild für Marasmus die Carcinose hinstellen, doch fehlen im Bilde dieses Marasmus häufig gewisse Erscheinungen, wie Fieber und hämorrhagische Diathese, während wiederum der Carcinosemarasmus durch vielerlei Complicationen ausgezeichnet ist, wie sie sich bei anderen Formen nicht finden.

Ein Schema für das, was man heute unter Marasmus versteht, lässt sich nicht aufstellen. Die wesentlichen Erscheinungen desselben beruhen ohne Zweifel auf einem krankhaft gesteigerten und fortschreitenden Stoffzerfall und äussern sich in zunehmender Atrophie der Gewebe, in erster Linie der Muskulatur und des Fettpolsters, Verschlechterung der Blutmischung mit allgemeiner Abnahme des Hämoglobin- und Eiweissgehaltes des Serums. Im Gefolge hiervon entwickeln sich körperliche und geistige Hinfälligkeit, Appetitlosigkeit und weiterhin Störungen in den verschiedenen Organfunctionen, die je nach der Grundlage des Marasmus sich in den einzelnen Fällen recht verschieden äussern können. Am häufigsten sind die schweren Kachexien und Marasmen im Gefolge von chronischen bakteriellen Infectionen, ferner bei Einwirkung bekannter chemischer Giftstoffe, wie Arsen, Blei, Quecksilber etc., ferner bei der bösartigen Geschwulstbildung (Carcinom) oder bei schweren destructiven Veränderungen der lebenswichtigen inneren Organe. Das Zustandekommen des Marasmus ist bei vielen dieser krankhaften Processe verhältnismässig leicht zu verstehen; schwieriger ist das Malariasiechtum zu erklären, insofern es fraglich ist, wie viel bei diesen chronischen Kachexien auf das Conto der Parasiten selbst oder auf autochthone Toxinbildung des hyperplastischen Milzgewebes zu beziehen ist. Noch schwieriger ist die Frage, in welcher Weise der marantische Allgemeinzustand bei der Carcinose zustande kommt. Die Frage, ob das Carcinom eine specifische protoplasmazerstörende Giftbildung besitzt, oder ob es sich bei dem Marasmus nur um Folgeerscheinungen secundärer Art handelt, ist bis jetzt nicht entschieden.

Grawitz bespricht eingehend die Frage über Marasmus infolge von Functionsstörungen der Organe, welche Störungen dazu Veranlassung geben können im Muskelsystem (myogene Kachexien), in den Circulationsorganen (cardialer, arteriosclerotischer Marasmus), im Verdauungsapparat (enterotoxischer Marasmus), im Nervensystem (psychogener Marasmus), im Harnapparat (urotoxischer Marasmus), im leukocytären System (leukotoxischer, leukopriver Marasmus); ferner bespricht er die Störungen, die bei der Erkrankung der Milz zum Bantischen Marasmus Veranlassung geben können, und zum Schluss den Marasmus senilis.

Die in diesen Abschnitten gelieferten Beiträge zur Pathologie und Pathogenese der Functionsstörungen verschiedener Organe zeigen, wie schwere Schädigungen des Körpers durch zum Teil geringfügig erscheinende Störungen hervorgerufen werden können. Krankhafte nervöse Einflüsse auf die secernierenden Organe, Versiegen oder sonstige Aenderungen der Secrete selbst, Inactivität auf der einen Seite und Hyperfunction auf der anderen können von den verschiedensten Organen und Organsystemen aus zu allgemeiner Kachexie und Marasmus führen, ohne dass anatomische Veränderungen schwererer Grades vorhanden wären. Man ist infolgedessen berechtigt, von «functioneller Kachexie» und «functionellem Marasmus» zu sprechen im Gegensatz zu den bekannten secundären Allgemeinerscheinungen.

Die Organe haben unter den verschiedenen Entwicklungsbedingungen eine den Bedürfnissen angepasste verschiedenartige Zahl und Leistungsfähigkeit ihrer Zellen erhalten, jede Zelle wiederum hat ihren qualitativ und quantitativ nach den Anforderungen verschieden bestimmten Stoffwechsel und die Summe und Art dieser Stoffwechselproducte ist im Laufe der Entwicklung des Körpers so eingestellt, dass sie gewissermassen als Optimum für den Gesamthaushalt dosiert ist. Jedes Plus von Production durch Proliferation von Organzellen muss ebenso, wenn auch nicht immer in gleichem Masse, schädlich sein, wie jedes Minus.

Es muss daher, sagt Grawitz, eine celluläre Constanz der Gewebe als unerlässliche Bedingung für gesundhafte Organfunctionen vorausgesetzt werden.

Die Arbeit von Grawitz gibt eine Fülle von neuen Gedanken über dieses noch so wenig bearbeitete Gebiet. Die Lectüre derselben wird jedem Arzte von grossem Nutzen sein.

S. Unterberger.

II. kurländische Aerztetag in Libau.

(Vom 28.—30. Mai 1910).

(Fortsetzung).

7. v. Bergmann erwidert, dass er unter Peritonitis eine allgemeine Bauchfellentzündung verstehe, wo selbst am ersten Tag schon Eiter im ganzen Bauchraum, also auch schon im Epigastrium vorhanden sei, unter Perityphlitis einen abgekapselten Abscess im Bauchraum.

8. Christiani: Dass die chronische Appendicitis häufig Ursache der Dysmennorrhoe Nulliparer sei, ist wohl zweifellos, und Referent hat sich selbst in 2 Fällen davon überzeugen können. Christiani möchte besonders darauf aufmerksam machen, dass leichte Temperatursteigerungen bei geringen Adhäsionen um die Adnexa recht pathognomonisch für chronische Appendicitis seien. Bei verheirateten Frauen wird heute, häufig die Gonorrhoe als Ursache der Sterilität beschuldigt, wo es sich oft um chronische Appendicitiden handelt und zwar auf Grund von palpablen Veränderungen. Ref. hat die Ueberzeugung, dass auch die Erkrankung des Uterus von der Appendix auf dem Wege der Adnexa stattfinden kann, und kann sie durch 2 Beobachtungen aus seiner Praxis belegen. Also bevor man den armen Uxor beschuldigt — Vorsicht. Wichtig ist die Frage der chronischen Appendicitis in ihrer ätiologischer Bedeutung bei der Wahl der Operation. Redner glaubt, dass man bei diesen Erfahrungen principiell den abdominellen Weg wählen soll gegenüber den dunklen Operationsmethoden, zu denen Christiani den Alexander-Adams zählt. Die Gefahren der Eröffnung des Abdomens sind bei dem heutigen Stand der Asepsis nicht sehr gross. Die Schwierigkeit der Diagnose gibt Christiani Dr. Mey zu, doch wird es niemals schaden, wenn man es sich zum Princip macht, Ricinus bei Durchfällen und Opium bei Obstipation zu ordinieren. Die Wut, die harmlose Stuhlverhaltung stets bekämpfen zu wollen, ist unverständlich.

9. Ruth: Bei den heute angeführten grossen Zahlen ist es interessant zu erfahren, wieviel Männer und wieviel Frauen erkrankt seien. Neuerdings neigen wohl die Ansichten dahin, dass beide Geschlechter gleichmässig an der Erkrankung beteiligt sind. Als Gynäkologe sieht man sehr häufig chronische Appendicitiden, sehr selten acute. Die Ursache ist nicht ohne weiteres klar, warum Frauen seltener acut erkranken sollten. Die Coincidenz von Appendicitis und gynäkologischen Erkrankungen ist häufig und die gleichzeitige Diagnose beider bietet Schwierigkeiten. Ruth sah eine Frau, die an Appendicitis erkrankte, bei der es gleichzeitig zu tubarem Abort kam.

Wie es heutzutage schon üblich geworden ist, bei gynäkologischen Erkrankungen die Appendix zu controllieren, so sollte es umgekehrt zur Regel werden, bei der Appendectomie auch die benachbarten inneren Geschlechtsorgane zu besichtigen und eventuell beide operativ angreifbaren Krankheiten mit einem Mal zu beseitigen und so die Patientinnen vor einem zweiten Eingriff zu bewahren.

Ein Uebergreifen einer Entzündung von den Adnexen auf die Appendix oder umgekehrt erfolgt nicht auf dem Wege der Lymph- oder Blutbahnen des Lig. appendiculoovaricum, weil hier keine Anastomosen bestehen.

10. Heinrichsen fragt, wie die Landärzte sich zur Frühoperation stellen sollen, da sie oft garnicht in der Lage sind, die Kranken rechtzeitig zu einem Chirurgen zu schicken. Er meint deshalb, der Landarzt müsse die Diagnose auf App. simplex oder destructiva stellen, um erstere conservativ zu behandeln, letztere aber sofort zur Operation zu schicken.

Das Hauptunterscheidungsmerkmal zwischen Appendicitis spl. und destr. ist die Bauchdeckenspannung. Nach Ratter fehlt diese in 94 pCt. bei Appendicitis simplex, und ist nur ganz circumscript vorhanden bei 6 pCt., ausgebreiteter nie, während sie bei A. destr. nur in 6 pCt. fehlt und in 20 pCt. circumscript, in 65 pCt. ausgedehnter und in 15 pCt. auch links vorhanden ist.

11. Tantzscher meint, dass im Gegensatz zu Dr. von Bergmanns Tabelle nicht die 3-teilung: Appendicitis, Perityphlitis und Peritonitis aufrecht erhalten werden kann, da alle 3 Gruppen eben Blinddarmentzündungen sind. Es sind eben alles nur verschiedene Formen einer Erkrankung und diese Bezeichnungen, namentlich die der Perityphlitis, dürften zu Missverständnissen führen, da in der Literatur nur der Name Appendicitis jetzt der allgemein anerkannte ist.

Christianis Rat, bei Durchfällen stets Ricinus zu geben dürfte man doch nicht in jedem Fall beistimmen, da eine, Appendicitis gelegentlich auch mit Durchfällen beginnen kann.

12. Christiani erwidert, dass er mit seiner Bemerkung gemeint hat, dass bei Obstipationen Opium weniger schaden kann als Ricinus.

13. Von Bergmann hat einen Fall operiert, bei dem der Proc. vermiformis an die Tube gelötet war. Der Wurmfortsatz erschien gesund, das Exsudat in der Tube enthielt aber Bacterium coli. Bei Ulcus perforativum können Irrtümer passieren, namentlich wenn Schmerzen und Exsudat in der Ileocoecalgegend vorhanden sind. Da ist denn sofort der Leib breit zu eröffnen, ebenso muss die Schnittrichtung dem Rechnung tragen, wenn es gilt, die Gallenblase mitzuentfernen, was in der Tat vorkommt. Einmal wurden vom Proc. vermiformis nur die Drüsen der grossen Curvatur des Magens inficiert und mussten mit entfernt werden. Hat man einen palpatorisch undeutlichen Befund, so empfiehlt es sich, von hinten her an das Coecum heranzukommen. Man revidiert die Retrocoecalregion und entfernt eventuell leicht den nach hinten geschlagenen und versteckten Proc. vermiformis. Die Erkrankung der Coecalwand hat Referent einige Mal gesehn, auch in den Fällen, wo er infolge ausgedehnter Adhäsionen und Schwarten das Coecum mit dem Proc. vermiformis resecieren musste.

14. Hampeln erwidert, dass er natürlich ebenso wie Bergmann bei Perforation eines Duodenalulcus die sofortige Operation für indiciert halte. Darauf komme es aber hier nicht an, da in dem mitgeteilten Fall ein ulcus duodeni ja garnicht vorlag und wohl befürchtet aber doch nicht diagnosticiert wurde. Was das hier discutierte Thema betrifft, so interessiere ihn die Mitteilung, dass in einer Sitzung sowohl die Cholecystectomie wie Appendectomie bereits ausgeführt worden ist. Wichtig sei eben in jedem Falle nicht blos die Alternativdiagnose zu discutieren sondern auch das simultane Auftreten zweier wichtiger Erkrankungen in einem und demselben Fall. Darauf wollte er hingewiesen haben.

15. Brehm constatiert, dass man mit grosser Genugtuung auf die Discussion über die Appendicitisfrage sehn kann. Die Einstimmigkeit aller Discussionsredner, Chirurgen wie Internen in der Frage der Therapie ist sehr erfreulich, und man kann nur wünschen, dass auch bei den Herren, die nicht gesprochen haben, dieselbe Einmütigkeit herrscht. Hinsichtlich der sog. App. chron. hält Ref. eine principielle Abtrennung derselben für nicht gerechtfertigt. Es wird dadurch der Anschein erweckt, als sei sie wohl eine unangenehme, aber keine gefährliche Krankheit. Das ist nicht der Fall, wie Herr Michelsson sagte, es kann jeden Augenblick ein schwerer Anfall einsetzen, das hat wohl jeder Chirurg mehrfach erlebt. Herrn Tantzscher möchte Ref. erwidern, dass es doch auch am 1. Krankheitstage schon diffuse Peritonitis gibt und nicht nur ein freies aber localisiertes Exsudat. Eine allgemeine Peritonitis diagnosticiert Ref. nur, wenn ausser im kleinen Becken und Mesogastrium auch aus den subphrenischen Räumen der Eiter quillt. Ref. konnte diesen Befund einmal schon in der 7. Stunde erheben. Den Pessimismus der Herren v. Bergmann und Tantzscher hinsichtlich der Peritonitis kann Brehm nicht ganz teilen; von 7 Fällen sind aber 3 durchgekommen, alle 3 am 1. und 2. Tage operiert. Herrn Mey kann Ref. darin nur beistimmen, dass die centralen Pneumonien der Kinder oft ausserordentliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen, da müsse man sehr vorsichtig sein, denn ein Kind mit Pneumonie einer unnützen Laparotomie aussetzen ist wohl mehr als verhängnisvoll. Nicht so böse, wenn auch peinlich genug sind die von Herrn Hampeln angegebenen Fälle, in denen neben der Appendicitis noch eine Cholecystitis besteht. Ref. ist es einmal passiert, dass er einen katarrhalisch entzündeten Wurm exstirpierte. Am 4. Tage nach der Operation stieg die Temperatur wieder an, es trat ein schmerzhafter Tumor auf, der mit den Bauchdecken verbacken war und vom Ref. für ein inficiertes Hämatom aus der vielleicht verletzten A. epigastrica gehalten wurde. Nach einigen Wochen, nachdem die Temp. lange wieder abgefallen war, etablierte, sich in der Narbe eine Fistel und es entleerte sich eine Masse inficierter Galle und c. 20 Steine. Dr. Heinrichsen möchte Ref. antworten, dass der Landarzt im allgemeinen gut tun wird, die acute App. conservativ zu behandeln, wenn er nicht ein Hospital hat und ein geübter Chirurg ist, denn eine Frühoperation kann zwar technisch sehr leicht sein, sie kann aber auch mit zu den schwierigsten Abdominaloperationen gehören. Bei guten Transportbedingungen könnten exquisit schwere Fälle ja wohl in die Stadt geschickt werden; sehr weite und unbequeme Transporte sind durchaus zu widerraten.

16. Von Bergmann bemerkt zu seiner Tabelle, dass er unter «Perityphlitis» alle intraperitonealen Abscesse verstanden habe, so retrocoecale, subphrenische und subhepatische. Dabei ist der Proc. vermiformis meist nicht oder nur vereinzelt entfernt worden.

17. Dohrmann möchte dem Vorwurf der Chirurgen gegenübertreten, als ob Internisten gegen die Frühoperation be der acuten Appendicitis sind. Gerade die Landärzte schicken jeden Fall, wo nur möglich, zum Chirurgen in die Stadt, um vor jeder weiteren Verantwortung für den späteren Verlauf frei zu sein. Aber leider kämen häufig Fälle vor, in denen die Landärzte desavouiert werden. Kurz nur einige Fälle aus der Praxis: Ref. wird in ein litthauisches Städtchen gerufen und wird von ihm und dem behandelnden Collegen bei einem jungen Geistlichen eine Appendicitis diagnosticiert. Er wird unter den schwierigsten Verhältnissen in die Stadt transportiert, aber von hier unoperiert zurückgeschickt — da sich inzwischen der Zustand gebessert hat—und er lebt noch heutigen Tages ohne Operation. Ein zweiter Fall: Ein junges Mädchen wird vom Redner wegen Schmerzen in der Blinddarmgegend sofort zum Chirurgen in die Stadt geschickt. Er diagnosticiert eine App. und rät dringend zur Operation. Sie wendet sich aber ohne mein Wissen an einen Chirurgen in einer anderen Stadt, der ihr eine abwartende Behandlung proponiert und gegen eine Operation ist. Sie lebt ohne Operation weiter, da sie keine Attacke mehr gehabt hat. Viel Verwirrung wird durch solche verschiedene therapeutisch entgegengesetzte Ratschläge unter dem Publicum erzielt, und die Frage, wann und ob operieren, ist doch noch sehr unaufgelöst. Mit der chronischen App. hat es bei uns Landärzten keine solche Eile — die lassen wir, falls nötig, im Intervall operieren.

---

4. Sitzung

am 29. Mai 1910 von 3—6 Uhr nachmittags.

XII. Dr. Alksne-Libau hält seinen Vortrag «künstliche Hernien». Erscheint in der St. P. M. W.

Discussion:

1. Brehm möchte nur kurz eine verwandte Frage streifen, die durch Unfall hervorgerufenen Hernien. Der Chirurg hat garnicht so selten Gelegenheit Fabrikarbeiter zu sehen, die ihre Hernien auf irgend einen Unfall oder eine Ueberanstrengung beziehen und daraufhin Renten beanspruchen. Dass sich bei einem Mann mit Disposition zur Hernienbildung infolge andauernder körperlicher Anstrengungen ein Bruch bildet, ist nicht auffallend. Da kann man allerdings nicht von einem Unfall sprechen, allenfalls von einer gewerblichen Schädigung. Wer zarte Lungen hat und Glasbläser wird, erkrankt leicht an Phthise, wer schwache Bauchdecken hat und Tag aus Tag ein, Jahr aus Jahr ein Säcke hebt und schleppt, kann leicht eine Hernie kriegen, eine Rente würde man weder dem einen noch dem anderen zubilligen. Was anderes ist es mit den plötzlich im Anschluss an einen Unfall oder eine excessive Ueberanstrengung entstehenden Brüchen. Sie sind selten, kommen aber sicherlich vor, Ref. hat selbst einen Fall beobachtet. Um aber die Diagnose auf solch einen Bruch zu stellen, muss man ihn im acuten Stadium gesehen haben, wo er sich durch die heftigsten Schmerzen, Blutextravasate und Oedeme kennzeichnet, so dass die Betroffenen nicht weiter arbeiten können. Fehlt der Nachweis dieses acuten Stadiums, so wird man gut tun, eine Rente abzulehnen, wenn auch der Arbeiter noch so fest beteuert, er habe den Bruch plötzlich bekommen. Jeder sieht seinen Bruch einmal zuerst und dass das nach stärkeren Anstrengungen geschieht, ist auch nicht auffallend. Dass der Mann seine Hernie nun auf die eben vollführte schwere Arbeit bezieht, ist bei der jetzt so allgemein und skrupellos geübten Rentenjägerei der Arbeiter selbstverständlich auch ohne mala fides von seiten desselben.

2. Mey weist auf das Vorkommen, auf die allmähliche Entwicklung von Hernien hin im Verlaufe von schweren allgemeinen Convulsionen, als Beweis für die grosse Bedeutung der Bauchpresse in der Pathogenese der Hernien.

3. Mauring glaubt, dass die künstlichen Hernien auch durch die Bauchpresse, d. h. durch absichtlichen Husten erzeugt werden können.

4. Brehm kann nicht zugeben, dass im Fall einer allmählich im und durch den Beruf erworbenen Hernie ein Unfall vorliegt, der von der Fabrik, resp. Versicherungsgesellschaft zu entschädigen ist. Man müsse den Begriff des Unfalls nicht zu weit ausdehnen, es gehöre dazu unbedingt ein Trauma. Ohne Trauma gibt es keinen Unfall. Allenfalls lasse er noch die einmalige, eclatante Ueberanstrengung gelten, nie aber die durch Jahre hindurch wirkende Schädigung. Da der Arbeiter aber nur gegen Unfall versichert ist und nicht gegen solche gewerbliche Schädigungen, so darf auch nur ein Unfall entschädigt werden. Humane Motive dürfen uns bei der Regulierung der Rentenfrage nicht leiten, wir sind Experten und dürfen die Fabrik, resp. Gesellschaft nicht zu gunsten des Arbeiters schädigen. Wohl dürfe der Arbeiter dagegen verlangen, auf Kosten der Fabrik durch eine Operation von einer derartig erworbenen Hernie befreit zu werden, wenn dieselbe nachweislich vorher nicht bestand.

5. Mauring hält die Hernien, die bei der Arbeit entstehen, d. h. durch das Heben schwerer Lasten, auch für Her-

nien traumatischen Ursprungs und wäre dafür, dass diese Art der Hernien als durch Unfall verursacht anzusehen wären.

6. Sadikoff: Der College Brehm hat meiner Ansicht nach ganz klar die Sachlage dargelegt und ich meine, dass von einem Unfall beim Acquirieren eines Bruches bei der gewöhnlichen Beschäftigung nicht die Rede sein kann.

XIII. Dr. Chr. Siebert-Libau hält seinen Vortrag: Zur Casuistik der lethargo-kataleptischen Zustände. (Erschienen in Nr. 26 der St. P. Med. W.).

XIV. Dr. H. Siebert-Stackeln hält seinen Vortrag: Todesursache und pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken in der livl. Heil- und Pflegeanstalt Stackeln. (Erscheint in der St. P. Med. W.).

XV. Dr. Ischreyt-Libau hält seinen Vortrag: Ueber Vorstufen des primären Glaukoms. (Erscheint in Nr. 34 der St. P. Med. W.).

Discussion:

1. Kupffer fragt den Vortragenden, ob nicht experimentell bei Tieren Glaukom erzeugt sei, und ob dieses nicht ähnliche Verhältnisse zeige, wie sie soeben der College Ischreyt beschrieben hat.

2. Ischreyt: Es ist allerdings gelungen, auf experimentellem Wege an Tieraugen Glaukom zu erzeugen. Man darf aber daraus nicht folgern, dass das menschliche Glaukom auf dieselbe Weise entstehe. Die anatomischen Grundlagen sind im Tierauge ganz anders als im menschlichen. Das Glaukom des Tierauges verläuft unter dem Bilde des menschlichen Hydrophthalmus, nicht des Glaucoma acutum inflammatorium.

XVI. Dr. Sadding-Hasenpoth hält seinen Vortrag: Referat über die Hebammenfrage. (Erscheint in der St. P. Med. W.).

Discussion:

1. Christiani: Wie College Sadding die Hebammenfrage für Kurland aufgerollt hat, so hat Ref. es vor ca. 11 Jahren für Livland getan und damals wenigstens erreicht, dass die Frage acut wurde und als Folge davon schliesslich die mustergiltigen Hebammenschulen in Riga und Reval errichtet wurden. Ref. kommt mit dem Vortragenden durchaus überein, dass die Hebammen auf einem höheren Bildungsniveau stehen müssen. Um sich darauf zu halten, müssten sie ab und zu von Aerzten controlliert werden. Daher sollte die Anstellung nicht allein von der Gemeinde erfolgen, sondern unter Mitwirkung des Arztes, von dem die Hebamme in ihrer Leistungsfähigkeit beaufsichtigt werden soll. Ausserdem sollten alle 5 Jahre je 2-monatige Repititionscurse abgehalten werden. Ein weiterer Mangel wäre das Nichtvorhandensein eines lettischen Lehrbuchs, das Dietrich sche ist vollkommen untauglich. Raphael und Ref. waren schon vor Jahren bestrebt, eins zu schaffen. Die Ritterschaft versagte aber die Mittel. Neuerdings ist Ref. wieder mit anderen Collegen in Verbindung getreten und hofft Mittel und Wege zu finden, um da Remedur zu schaffen.

2. Ruth: Die Hebammenschule in Riga hat es bewiesen, dass sich gebildete Frauen für den Hebammenberuf finden und in ihm bewähren. Es müssen noch mehr herangezogen werden.

Unser flaches Land fährt aber vorläufig am besten, wenn anständige Frauen aus dem Bauernstande ausgebildet werden, die in ihrem Beruf in die gewohnte Umgebung kommen. Die Privatschulen müssten aber seitens der Regierung mehr controlliert werden. Genügendes Material können nur Schulen an communalen oder staatlichen Institutionen geben. Ein einfacher Vergleich mit der Zahl der Geburten am Stadtkrankenhaus zu Riga und der dort jährlich ausgebildeten Frauen unter Berücksichtigung der statutenmässig geforderten Anzahl von geburtshilflichen Fällen lässt erkennen, dass die auf Einnahmen bedacht sein müssenden Privatschulen das geforderte Minimallehrmaterial nicht bieten können. Zur vollen Ausbildung der Hebammenschülerinnen sind Polikliniken erforderlich. Die Rigasche hat bewiesen, dass sie mit ihren Resultaten denen der besten Kliniken gleich zu stellen ist. Bei uns zu Lande würde zur Wahrung der Standesinteressen, zur Controlle, die eine gegenseitige und freiwillige ist, und zur Weiterbildung ein Verein zu empfehlen sein, wie er in Riga von Dr. Keilmann gegründet ist.

3. Heinrichsen: Die Kreisärzte müssten jede Gemeinde, die eine Hebamme gagiert, veranlassen, die Hebamme für jeden Geburtsfall mit den nötigen Desinfectionsmitteln zu versehen, und den Hebammen genaue Instructionen geben, womit und wie sie sich und die Kreissende zu desinficieren haben, damit der Privatarzt eine Handhabe gegen die Hebamme habe. Durch diese Massregel könnte vielleicht eine geringe Besserung erzielt werden, bis andere bessere Massnahmen die Hebammenfrage fördern.

4. Waeber schliesst sich dem Antrag an, eine Commission zur weiteren Behandlung der Sache zu wählen. Namentlich wären auf dem Lande die Lehrer und Prediger heranzuziehen, die das Volk über den Wert einer tüchtigen und richtig ausgebildeten Hebamme aufklären sollten.

5. Puhzis betont die Wichtigkeit der Schaffung eines zweckmässigen, das moderne Lettisch berücksichtigenden Lehrbuches, und empfiehlt vorläufig das jetzt vorhandene.

6. Ruth und Bidder warnen im Gegensatz zum Vorredner vor diesem Buch, das nur noch historisches Interesse haben kann.

Es werden der vorgeschrittenen Zeit wegen die Verhandlungen über dieses interessante Thema geschlossen, und der Vorsitzende proponiert, eine Commission in dieser Sache zu wählen, die ihr Material zum nächsten Aerztetag in Mitau vorlegen soll. Es werden gewählt: Raphael-Mitau als Präses, Bidder, Ruth, Christiani, Sadding, Puhzis und Goeschel.

XVII. Demonstrationen.

Dr. Ischreyt-Libau hat eine Reihe von sehr hübschen Mikrophotogrammen hergestellt, die von den Collegen Brehm, Christiani und Ischreyt (Glaukompräparate zu seinem Vortrag) demonstriert werden.

Dr. Brehm demonstriert einige sehr gelungene Röntgenbilder, unter anderem von Nierensteinen, die deutlich als solche zu erkennen sind.

(Fortsetzung folgt).

Therapeutische Notiz.

— Bei Angina pectoris empfiehlt Dr. P. C. Franze, Bad-Nauheim, subcutane Anwendung von Morphin neben gleichzeitiger Anwendung von Hand- und Fussbädern oder das Einatmen von Amylnitrit oder Nitroglycerintabletten. Ein sehr wertvolles, weniger bekanntes Mittel ist folgendes:

Rp.	Fol. digital. pulv. . . .	0,1
	Coffein pur.	0,2
	Diuretin (Knoll) . . .	0,5
	Morphin mur.	0,005

M. f. pulv. D. tal dos. No. V. in caps. amylac.
S. Beim Anfall 1 Kapsel, evtl. nach 1/2 Stunde eine weitere.

(Folia Therapeutica, April 1910, Nr. 2).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die grosse, beinahe pandemische Verbreitung der Cholera in Russland bietet der politischen Tagespresse des In- und Auslandes Gelegenheit, die gegenwärtige Sachlage zu besprechen und sich darüber zu äussern, welche Massregeln gegen die Seuche zu ergreifen wären und wie in Zukunft solchen Ereignissen vorgebeugt werden, könnte. In einem langen Artikel spricht M. Menschikow in der «Nowoje Wremja» die Ansicht aus, dass eine Sanierung Russlands vom Staat in allernächster Zeit in Angriff genommen werden und hierzu ein Centralorgan geschaffen werden müsste—etwa ein Ministerium der Volksgesundheit,—an dessen Spitze eine mit weitgehender Vollmacht ausgestattete Persönlichkeit zu stellen wäre. Zu diesem Zweck dürften keine Kosten gescheut werden, denn die Opfer an Menschenleben, die in Russland alljährlich die Infectionskrankheiten verschlingen, haben eine ungeheure Höhe erreicht und drohen, den Wohlstand des Reiches endgiltig zu vernichten. Hierzu bemerkt Dr. L. Berthenson in derselben Zeitung, dass auch seiner Meinung nach eine Vereinheitlichung der sanitären Massregeln und Verordnungen durchaus nötig sei, wozu eine besondere Behörde unter der Leitung einer autoritativen Persönlichkeit dienen müsste. Es wäre an der Zeit, Russland in sanitärer Hinsicht auf dieselbe Höhe zu bringen wie die westeuropäischen Staaten und von den beständigen Invasionen allermöglichen Epidemien zu befreien.

Nun hat Prof. R. Kraus das Wort ergriffen und in einem Artikel in der «Neuen Freien Presse», in welchem er auf die den Nachbarstaaten drohende Gefahr der Choleraeinschleppung aus Russland hinweist, versteigt er sich zu dem Vorschlag, «auf internationalem Wege durch eine Sanitätsdelegation aller Staaten Russland zu bewegen, energischere Massregeln... als bisher... gegen die Cholera im eigenen Lande zu treffen» und zweitens «eine ständige internationale Sanitätsdelegation in Südrussland zu schaffen nach dem Muster der internationalen Sanitätsdelegationen in Alexandrien, Konstantinopel, Arabien

und Persien.» Die Redaction der N. Fr. Pr. schloss sich dieser Meinung vollkommen an, und, indem sie besonders die Oesterreich seitens Russlands drohende Choleragefahr betonte, warf sie die Frage auf, ob nicht Russland auf diplomatischem Wege dazu gebracht werden könne, «durch hygienische Verbesserungen und durch die Anwendung der wissenschaftlichen Fortschritte die europäische Menschheit vor der sich fortwährend erneuernden Gefahr des Einbruchs der Seuchen besser zu schützen».

Mit Recht bemerkt hierzu die «St. Petersburger Zeitung»: «Wir brauchen natürlich kein Wort darüber zu verlieren, dass es keine «diplomatischen» Mittel gibt und geben darf, die uns dazu veranlassen, uns einer derartigen kulturellen Entmündigung zu unterwerfen. Aber indem wir jeden derartigen Gedanken mit Entschiedenheit zurückweisen, haben wir leider kein Recht, uns über ihn zu entrüsten. Nur im Bewusstsein der Notwendigkeit des Selbstschutzes macht das Ausland diese Vorschläge, die für unsere kulturelle und staatliche Würde so kränkend sind, und wir können daher einzig und allein über uns selbst entrüstet sein. Und aus dieser wirklich moralischen Entrüstung sollte die tatkräftige Entschlossenheit entspringen, die das Ausland von der Gefahr, uns aber von Gefahr und Schmach befreit».

Auch Dr. Berthenson nimmt gegenüber dem Vorschlag Prof. Kraus' Stellung, indem er in der «Retsch» vor allem darauf hinweist, dass die Einführung der Canalisation und Wasserversorgung der russischen Städte eine durchaus innere Angelegenheit Russlands ist, in welche sich andere Staaten nicht einzumengen haben. Ferner bemerkt er, dass es noch durchaus nicht bewiesen ist, dass die Cholera nach Italien aus Russland eingeschleppt sei, und ob sie nach Oesterreich aus Italien oder Russland eingedrungen, bleibe auch noch eine offene Frage. Natürlich bestehe die Gefahr der Einschleppung der Cholera aus Russland in die Nachbarstaaten und zumal in solche, die inbezug auf ihren sanitären Zustand auch nicht auf der erforderlichen Höhe stehen. Viel grösser sei die Gefahr der Einschleppung der Epidemie aus dem Osten auf dem Seewege durch den Suezcanal.

Mag nun der von Prof. Kraus gemachte Vorschlag für das russische Nationalgefühl kränkend sein, so ist doch andererseits nicht zu leugnen, dass das beständige Auftreten der Cholera in Russland und ihre durch nichts gehinderte Verbreitung im Lande, eine ernste Gefahr für die Nachbarstaaten bildet und sie darauf sinnen lässt, sich auf jede Weise gegen diese Gefahr zu schützen. Um es nicht so weit kommen zu lassen, dass die Nachbarn Einem kränkende Vorschläge machen, muss man bei Zeiten solche Vorkehrungen treffen, die die Entstehung der Gefahr unmöglich machen, und durch fortgesetzte Arbeit auf sanitärem Gebiet einen Zustand schaffen, der eines Culturstaates würdig wäre. Eine Vorbedingung hierzu ist aber bei Hebung der allgemeinen Bildung — oder richtiger — die Schaffung einer solchen.

— Dem kürzlich erschienenen statistischen Jahresbericht der Stadt St. Petersburg für das Jahr 1909 (Предварительный сводъ статистическихъ данныхъ по г. С.-Петербургу за 1909 г.) entnehmen wir folgende Daten:

		1906	1907	1908	1909
Eheschliessungen	Stadt	10274	10373	9374	9206
	Vorstädte	1401	1305	1185	1110
Lebend Geborene	Stadt	43153	46206	44224	45681
	Vorstädte	7591	8290	7219	7930
Tot Geborene	Stadt	1977	2073	2011	1989
	Vorstädte	194	301	302	267
Todesfälle	Stadt	36564	37212	44311	39254
	Vorstädte	7154	7020	8058	7470

Von der Gesamtzahl der Todesfälle des Jahres 1909 (46724) entfielen auf Typh. exanth. 70, Typh. abdom. 510, Febr. recurr. 77, Variola 353, Masern 1668, Scharlach 979, Diphtherie 855, Pertussis 553, Pneumonia cruposa 1647, Pneumonia catarrhal. 4857, Erysipel 347, Influenza 486, Malleus 3, Anthrax 14, Hydrophobie 10, Pyämie und Septicaemie, 602, Puerperalfieber 69, Tuberculose der Lungen 5441, Tuberculose anderer Organe 1276, Dysenterie 100, Cholera 3210, Gastroenteritis epidemica 15, Catarrhus gastro-enter. 2565, andere Magen-Darmerkrankungen 2448, Alcoholismus 449, Debilitas congen. 2902, Marasmus senilis 1338, andere Todesursachen 13880. — Die Sterblichkeit betrug pro 1000 Einwohner im Jahre 1906—25,0, 1907—24,7, 1908—28,0, 1909—24,6. — An Infectionskrankheiten waren 25730 Personen erkrankt (nur in der Stadt). In die städtischen Gebärasyle traten 19759 Kreissende ein, von denen 22 starben. In den Ambulatorien der städtischen Dumaärzte wurden im Laufe des Jahres 1909 213866 Kranke besichtigt. Die Zahl der Pockenimpfungen betrug 47194, und zwar 14008 Erwachsene und 33186 Kinder. In dem städtischen Laboratorium wurden 3023 chemische und 17666 bakteriologische Untersuchungen ausgeführt. — Der Krankenbestand der Stadthospitäler betrug am 1. Januar 1909 11612, im Laufe des Jahres traten 135592 Personen ein, von denen 113208 geheilt entlassen, 7550 in andere Hospitäler übergeführt wurden und 13995 starben. Am 1. Jan. 1910 war der Krankenbestand in den Stadthospitälern = 12451. In den Ambulatorien der Stadthospitäler wurden 553756 Personen behandelt. Die Zahl der Unglücksfälle betrug 3230, die der Selbstmorde und Selbstmordversuche — 1432. Die Einwohnerzahl der Stadt betrug 1620000, die der Vorstädte 307000. Auf 1000 Einwohner entfielen im Jahre 1909 5,8 Eheschliessungen, 28,6 Geburten, 24,6 Todesfälle.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben				Beginn der Epidemie
	vom 1. bis zum 7. Aug.		vom Beginn der Epidemie		
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	359	(176)	2173	(768)	7. Juni
» Kronstadt	78	(41)	145	(63)	8. »
Gouv. St. Petersburg	60	(41)	274	(112)	24. »
Stadt Archangelsk	—	(—)	1	(—)	10. »
Gouv. Olonezk	1	(1)	1	(1)	7. Aug.
» Wologda	69	(47)	177	(92)	5. Juli
Stadt Reval	—	(—)	1	(—)	13. »
» Riga	—	(—)	2	(1)	14. »
Gouv. Pskow	2	(1)	18	(7)	6. Juni
» Nowgorod	29	(15)	191	(89)	7. Juli
» Minsk	30	(14)	910	(321)	18. Mai
» Mogilew	15	(15)	500	(215)	14. »
» Witebsk	6	(2)	61	(13)	18. April
» Smolensk	2	(1)	37	(26)	10. Juli
» Podolien	137	(64)	480	(196)	12. Juni
» Wolynien	6	(4)	152	(84)	9. »
» Kiew	242	(97)	1608	(583)	3. Mai
» Tschernigow	82	(31)	1617	(635)	13. »
» Poltawa	264	(107)	2757	(1098)	9. »
» Charkow	274	(159)	3821	(1648)	8. »
» Orel	70	(29)	752	(315)	2. Juni
» Kursk	416	(206)	3243	(1387)	9. »
» Woronesh	1119	(554)	4474	(2102)	27. Mai
» Tambow	480	(233)	2579	(1138)	29. »
» Pensa			1082	(469)	27. Juni
» Kaluga			145	(67)	1. Juli
» Tula	10	(3)	134	(53)	17. Juni
» Rjasan	225	(130)	1593	(650)	19. »
» Wladimir			177	(68)	5. »
» Moskau	37	(20)	80	(42)	10. »
» Twer	1	(—)	11	(2)	10. Juli
» Jaroslaw	187	(107)	695	(342)	27. Juni
» Kostroma	208	(71)	2381	(981)	26. »
» Nishnij Nowgorod	219	(130)	1667	(686)	24. »
» Kasan	88	(30)	2415	(979)	19. »
» Ssimbirsk	738	(363)	1891	(829)	21. »
» Ssamara	733	(327)	6223	(2805)	9. »
» Ssaratow	780	(362)	3186	(1252)	5. »
» Astrachan	194	(85)	1446	(635)	15. »
» Stawropol	480	(256)	6091	(3066)	3. »
» Perm	107	(32)	469	(161)	2. »
» Wjatka	34	(18)	261	(112)	26. »
» Ufa	169	(105)	874	(534)	29. »
» Orenburg	189	(112)	980	(495)	4. Juli
Turgai-Gebiet	11	(7)	67	(33)	13. »
Ural-Gebiet	10	(8)	25	(8)	3. Aug.
Gouv. Jekaterinoslaw	1944	(857)	13026	(5626)	10. Jan.
Stadt Kertsch-Jenikale	30	(15)	582	(267)	14. Mai
» Ssewastopol	11	(9)	63	(39)	10. Juni
Gouv. Taurien	216	(122)	4052	(1941)	7. Mai
Stadt Rostow am Don	35	(11)	2987	(1001)	7. »
Gebiet der Donkosaken	2213	(1089)	18510	(8493)	21. »
Gouv. Bessarabien			58	(24)	17. Juni
Stadt Odessa	32	(26)	507	(259)	27. Mai
» Nikolajew			303	(122)	4. Juni
Gouv. Cherson	749	(299)	6285	(2647)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	16	(15)	608	(212)	7. Juni
Kuban-Gebiet	1056	(547)	20674	(10742)	26. Mai
Terek-Gebiet	405	(161)	3760	(1568)	28. »
Stadt Baku	246	(92)	931	(372)	4. Juli
Gouv. Baku	142	(80)	1044	(523)	19. April
» Tiflis	187	(70)	1150	(479)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	207	(116)	505	(302)	29. »
Gouv. Kutais	59	(20)	270	(102)	26. Juli
» Jelisawetpol			7	(1)	18. »
» Erivan	197	(122)	311	(189)	8. »
Kars-Gebiet	120	(60)	441	(216)	5. Juni
Transkaspi-Gebiet	—	(—)	84	(52)	19. »
Ssyr-Darja-Gebiet	17	(10)	22	(14)	13. Juli
Gouv. Tomsk	8	(1)	9	(1)	8. Juni
» Tobolsk	33	(8)	73	(28)	23. Juli
Akmolinsk-Gebiet, Stadt Omsk	16	(9)	33	(16)	23. »
Finnland	—	(—)	2	(—)	22. »
Im Ganzen	16106	(7743)	134163	(60396)	

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 25. bis zum 31. Juli 1910 933 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 44, Typh. exanth. 1, Febris recurrens 4, Pocken 11, Windpocken 14, Masern 44, Scharlach 45, Diphtherie 44, Cholera 415, acut. Magen-Darmkatarrh 259, an anderen Infectionskrankheiten 52.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 943 + 55 Totgeborene + 84 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 18, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 2, Pocken 6, Masern 17, Scharlach 8, Diphtherie 11, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 11, katarrhalische Pneumonie 65, Erysipelas 7, Influenza 4, Postula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 9, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 15, Dysenterie 7, Gastroent. epidem. 0, Cholera 227, Magen-Darmkatarrh 90, andere Magen- und Darmerkrankungen 81, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 43, Marasmus senilis 14, andere Todesursachen 228.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 31. Juli 1910 12464. Darunter Typhus abdominalis 334, Typhus exanth. 5, Febris recurrens 13, Scharlach 246, Masern 27, Diphtherie 197, Pocken 111, Windpocken 2, Cholera 775, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 91, Tuberculose 535, Influenza 160, Erysipel 124, Keuchhusten 9, Dysenterie 7, Hautkrankheiten 41, Lepra 0, Syphilis 499, venerische Krankheiten 470, acute Erkrankungen 1813, chronische Krankheiten 1625, chirurgische Krankheiten 1498, Geisteskrankheiten 3371, gynäkologische Krankheiten 225, Krankheiten des Wochenbetts 93, verschiedene andere Krankheiten 33, acut. Magen-Darmkatarrh 160.

— Die Pest in Odessa. Vom 11. bis zum 16. August erkrankten an der Pest 20 Personen und starben 2.

Aegypten. Alle aus Russland und Italien eintreffenden Reisenden müssen eine Quarantäne bestehen.

— Cholera. Britisch-Indien. In Calcutta starben vom 3. bis zum 9. Juli 11 Personen. — Persien. Infolge Auftretens der Cholera in Enseli ist in Rudbar eine 5-tägige Quarantäne eingeführt, ohne welche Reisende die Medshlis-Brücke nicht passieren dürfen.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 3. bis zum 9. Juli erkrankten 801 Personen und starben 717. — China. In Kanton sind vom 27. Juni bis 16. Juli 13 Pestfälle gemeldet, davon 10 mit tödlichem Ausgang. — Aegypten. Vom 30. Juli bis 5. August erkrankten 10 Personen und starben 4. — Kalifornien. Im Bezirke San Benito ist am 5. Juni 1 Person an Pest gestorben.

— Genickstarre. Preussen. Vom 31. Juli bis 6. August wurden 4 Erkrankungen und 5 Todesfälle gemeldet.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 31. Juli bis 6. August erkrankten 17 Personen und starben 2. — Oesterreich. In Niederösterreich und Steiermark fand je 1 Erkrankung statt.

— Hochschulnachrichten.

Basel. Als Nachfolger von Prof. Wilms wurde Prof. Dr. Fritz de Quervain in La Chaux-de-Fonds gewählt.

Zürich. Als Nachfolger des zurücktretenden Professors Krönlein wählte der Regierungsrat zum Professor der Chirurgie an der Hochschule und Leiter der Poliklinik am Kantonspital den Professor Erwin Payr in Greifswald.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 30. Juli im Dorf Chrjaschtschewka, Kreis Stawropol, Gouv. Ssamara Dr. W. Grigorjew, geb. 1870, approbiert 1909. Er war schon 11 Jahre lang als Veterinärarzt tätig gewesen, bevor er anfing, Medicin zu studieren. Er hatte sich mit der Cholera inficiert. 2) Am 26. Juni, ebenfalls an der Cholera, Stud. med. W. Malinowskij in Gruschewka, Gouv. Cherson. Er hatte sich mit grossem Eifer der Tätigkeit als stellvertretender Choleraarzt hingegeben und sich allmählich die Liebe und das Vertrauen der Bevölkerung erworben. 3) Dr. Schwartze, Prof. der Ohrenheilkunde in Halle a. S., 73 Jahre alt. 4) Dr. Oser, Prof. der inneren Klinik in Wien, 71 Jahre alt. 5) G. Moynier, Präsident des Internationalen Comitees vom Roten Kreuz, in Genf, 84 Jahre alt; 6) Dr. Masse, ehemaliger Professor der Chirurgie an der medicinischen Facultät zu Bordeaux; 7) Dr. Charles Jewett, Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie am Long Island College Hospital in Brooklyn. 8) In Spezia der bekannte Physiologe, Anthropologe und Hygieniker Paolo Mantegazza, geb. 1831. Seine Lehrtätigkeit hatte M. in Pavia begonnen, wo er 1860 auf den Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie ernannt worden war. Im Jahre 1870 ging er auf den Lehrstuhl der Anthropologie an der Universität zu Florenz über. Seit 1876 war er Senator des Königsreichs Italien. Durch seine populärwissenschaftlichen Vorträge und Abhandlungen hatte er sich einen Namen gemacht.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

С. Унтербергеръ. Красносельскій лагерь въ санитарномъ отношеніи. С.-Петербургъ. 1910.

E. Abderhalden. Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden. IV. Band. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien. 1910. Prs. Mk. 35.—.

Д. Успенскій. Органотерапія. С.-Петербургъ. 1910. Ц. 5 р.

Л. Ландау. Поѣздка въ Болгарію во время Болгаро-Сербской войны. Юрьевъ. 1910.

P. F. Straub. Medical Service in Campaign. P. Blakistons Son & Co. Philadelphia. 1910.

J. Franzen. Untersuchungen über die Wirkungen von Digipuratum Knoll und seine Verwendbarkeit in der Veterinär-Medicin. Diss.-Bern.

Отчетъ по медико-филантропическому комитету и подвѣдомственнымъ ему учрежденіямъ за 1909 годъ. С.-Петербургъ. 1910.

J. Oldevig. Ein neues Gerät und neue Uebungen der Schwedischen Heilgymnastik zur Behandlung von Rückgrats-Verkrümmungen. E. Frewendts Nachfolger. Berlin. 1910. Prs. Mk. 1.80.

E. Nitzelnadel. Therapeutisches Jahrbuch. XX. Jahrgang. F. Deuticke. Leipzig-Wien. 1910. Prs. Mk. 5.—.

R. Bernert. Cardiale Dyspnoe. F. Deuticke. Leipzig-Wien. 1910. Prs. M. 3.

M. David. Körperliche Verbildungen im Kindesalter und ihre Verbreitung. B. Teubner. Leipzig. 1910.

M. Loehlein. Die krankheitserregenden Bakterien. B. Teubner. Leipzig. 1910.

R. Fürstenau. Leitfaden der Röntgenphysik. F. Enke. Stuttgart. 1910. Prs. Mk. 3.—.

F. Buttersack. Die Elasticität, eine Grundfunction des Lebens. F. Enke. Stuttgart. 1910. Prs. Mk. 5.40.

R. Klapp. Functionelle Behandlung der Scoliose. G. Fischer. Jena. 1910.

F. Penzoldt und R. Stintzing. Handbuch der gesamten Therapie. Lfg. 12. G. Fischer. Jena. 1910. Prs. Mk. 4.50.

M. Mühlmann. Das Altern und der physiologische Tod. G. Fischer. Jena. 1910. Prs. Mk. 1.20.

J. Bresler. Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Mittel. C. Marhold. Halle a. S. 1910. Prs. Mk. 1.—.

R. Sommer. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. V. Band. 2. Heft. C. Marhold. Halle a. S. 1910. Prs. pro Bd. Mk. 12.—.

E. Grätzer. Die wichtigsten Krankheiten. O. Salle. Berlin. 1910. Prs. Mk. 3.—.

G. Kluge. Langes Leben und gesundes Alter. O. Salle. Berlin. 1910. Prs. Mk. 3.—.

V. Urbantschitsch. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien. 1910. Prs. Mk. 18.—.

F. Wolter. Die Hauptgrundgesetze der epidemiologischen Typhus- und Choleraforschung. J. Lehmann. München. 1910. Prs. Mk. 24.—.

L. Hofbauer. Erfolge der Atmungstherapie beim Bronchialasthma und beim phthisischen Habitus. Abdruck aus der «Zeitschrift für ärztliche Fortbildung». 1910. Nr. 13.

A. Schnée. Elasto-Massage. Sonderabdruck aus der «Medicinischen Klinik». 1910. Nr. 30 und 31.

Fürsorgewesen. Acht Vorträge von J. Meier, E. Doernberger, M. Vogt, v. Gruber, A. Turtur, R. Kerschensteiner, Freudenberger, C. Kopp. München. O. Gmelin. Prs. Mk. 3.—.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 8. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).

Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).

Chirurgija (Chirurgie).

Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).

Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).

Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).

Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).

Russkij Wratsch (Russischer Arzt).

Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).

Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).

Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).

Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).

Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).

Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).

Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi medizimy (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).

Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).

Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).

Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Chirurgie.

Russkij Chirurg. Archiv. 1909. Heft. IV. u. V.

A. Arapow. Ueber Schussverletzungen der Blutgefässe und über die Structur der traumatischen Aneurysmen.

Verf. hatte im letzten russisch-japanischen Feldzuge 14 Fälle von traumatischen Aneurysmen nach Schussverletzungen beobachtet; diese zerfielen: 1) in Verletzungen grosser Venen (1 Fall); 2) Verletzung der nebenanliegenden Arterie und Vene (3 Fälle), und 3) Verletzung der Arterien (10 Fälle).

A. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) da bei Schussverletzungen grosser Gefässe eine frühzeitige Diagnose und eine rationelle Hilfeleistung auf dem ersten Verbandplatz von grosser Wichtigkeit ist, müssen chirurgisch geschulte Aerzte auf den vorderen Verbandplätzen concentriert werden. 2) Die Verletzung grosser Venenstämme ist gefährlich, weniger der Blutung wegen als wegen der sich anschliessenden Pyämie. 3) Die Blutdruckmessungen ober- und unterhalb des Aneurysmas nach Korotkow sind von grosser Wichtigkeit, da sie uns über den Zustand des Collateralkreislaufes aufklären. 4) Die Methode nach Antyllus muss als die beste Operationsmethode angesehen werden; vorher muss die zuführende Arterie systematisch comprimiert werden. 5) Die mikroskopische Untersuchung der richtigen traumatischen Aneurysmen zeigt, dass die Blutung aus den Vasa vasorum zwischen die einzelnen Schichten des Blutgefässes Veränderungen der Elastizität der Gefässwände und eine allmähliche Dilatation derselben hervorruft.

A. Abrajanow. Ueber die Ligatur der Vena jugularis interna bei der Thrombose des Sinus transversus.

Verf. ist Anhänger der von Körner vertretenen Ansicht, dass bei sich an Mittelohreiterungen anschliessenden Sinusthrombosen der Sinus immer eröffnet und gleichzeitig die Vena jugularis interna in typischer Stelle unterbunden werden muss. Er beschreibt zwei eigene Fälle.

B. Kranzfeld. Zur Casuistik der retropharyngealen Tumoren.

Verf. führt einen einschlägigen Fall an, wo es ihm gelang den Tumor nach temporärer Durchsägung des Unterkiefers mit Erfolg zu operieren.

Stromberg und Kossogledow. Ueber die Tuberculose der Brustdrüse.

Nach ausführlicher Besprechung der Aetiologie, Symptomatologie, und Therapie dieser Erkrankung kommen die Autoren zu folgenden Schlüssen:

1) Die Tuberculose der Brustdrüse ist eine seltene Erkrankung, die fast ausschliesslich Frauen befällt; 2) In klinischer Beziehung muss man drei Formen unterscheiden: a) die diffus-infiltrierende; b) den solitären intramammären kalten Abscess; c) die sclerosierende. 3) Die Tuberculose der Brustdrüse kann als einzige Localisation der Tuberculose im Organismus auftreten; oft ist der Ausgangspunkt eine tuberculöse Rippencaries. 4) Die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und maligner Erkrankung ist nicht immer leicht. 5) Die sclerosierende Form hat grosse Aehnlichkeit mit einem Scirrus der Brustdrüse. 6) Eine genaue Diagnose ist immer erwünscht, da bei der Brustdrüsentuberculose die Operation nicht so radical zu sein braucht. 7) Die Therapie besteht in der Amputation der Brustdrüse und in der Ausräumung der Axillardrüsen; die mehr conservativen Methoden geben oft Recidive. 8) Nach der Operation muss eine mikroskopische Untersuchung ausgeführt werden, um die Prognose sicher zu stellen, die bei der Tuberculose immer eine gute ist.

M. Burlakow. Zur Behandlung der Kotfisteln.

Verfasser führt, nachdem er alle üblichen Operationsmethoden beschrieben und einer Kritik unterworfen hat, 4 eigene Fälle an, die in der Klinik von Penski operativ behandelt wurden. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Kleine Kotfisteln, deren Secret die Haut nicht reizt und den Kranken nicht belästigt, können conservativ behandelt werden. 2) Kotfisteln, die der conservativen Behandlung nicht nachgeben, und die keinen Sporn aufweisen, können durch einfache Operationsmethoden von Dieffenbach und Malgaigne zum Verschluss gebracht werden. 3) Kotfisteln, die viel Darminhalt durchlassen und einen Sporn aufweisen, müssen durch radicalere Verfahren beseitigt werden. Die Wahl der Operationsmethode hängt von der Lage der Fistel ab. Bei hochsitzenden Dünndarmfisteln ist eine doppelseitige vollständige Darmausschaltung am Platz. Bei Fisteln des untersten Dünndarmabschnittes ist eine einseitige vollständige Darmausschaltung vorzuziehen. Bei Dickdarmfisteln ist eine vollständige doppelseitige Darmausschaltung indiciert, wobei die Fistel die erste Zeit offen gehalten werden muss zum Abfluss des schleimigen Secretes. Die ausgeschaltete Darmpartie kann allmählich vollständig atrophieren. Mirotworzew hat experimentell auf Hunden gezeigt, dass die Durchschneidung des Darmes bei der Darmausschaltung durch Anlegen von Darmklappen ersetzt werden kann.

Th. Kobilinski. Ueber Gelenkenchondrome.

Verf. beschreibt einen eigenartigen Fall, wo die ganze Synovialmembran des Kniegelenkes von Knorpelwucherungen durchsetzt war, die teilweise sich extracapsulär entwickelten. Durch eine ausgiebige Resection und Entfernung aller Wucherungen wurde der Fall schliesslich zur Heilung gebracht.

Die Ursache dieser Knorpelwucherung ist nach Lexer in einer Knorpelversprengung zu sehen, die noch in der Foetalperiode wegen mangelhafter Differenzierung des Mesenchyms bei der Bildung des Gelenkes entstanden war. Es ist jedenfalls eine benigne Erkrankung, kann aber bei der Operation grosse Schwierigkeiten bereiten.

A. Wakar. Fall einer operativen Behandlung einer veralteten Talusluxation.

Verf. beschreibt einen Fall, wo durch eine Talusexstirpation ein sehr gutes functionelles Resultat erzielt wurde. Wiederholte Röntgenaufnahmen zeigten, dass der Spalt zwischen

den Knochen des Unterschenkels und dem Fersenbein allmählich kleiner wurde, wobei das Fussgewölbe nicht abgeflacht wurde. Der Pes varus traumaticus, der sich nach der Operation ausgebildet hatte, ging nach der Operation allmählich zurück.

E. Istomin. Ueber bronchiogene Halscysten und Cysten, die aus den accessorischen Schilddrüsen entstehen.

Verfasser beschreibt 4 Fälle von embryonalen Epithelcysten am Halse, die teilweise operativ entfernt, teilweise bei der Section gewonnen wurden; alle Fälle sind genau mikroskopisch untersucht worden. Der erste Fall war eine mediane Halscyste, die aus dem Ductus thyreoglossus entstanden war; der zweite Fall war eine grosse cystische Geschwulst, die sich aus einer accessorischen Schilddrüse entwickelt hatte. Im dritten und vierten Fall handelte es sich um bronchiogene Cysten, die aus den embryonalen Kiemenbögen gewachsen waren.

Alle embryonale Epithelcysten des Halses müssen in zwei Klassen eingeteilt werden: in mediane und seitliche Cysten. Die Ersten entwickeln sich aus dem Ductus thyreoglossus; die zweiten zerfallen in: 1) bronchiogene Cysten, 2) Cysten, die aus den Resten der seitlichen embryonalen Gänge der Schilddrüse entstehen, 3) Cysten aus den embryonalen Gängen der Thymusdrüse. Die operative Entfernung der seitlichen embryonalen Halscysten kann zuweilen sehr grosse Schwierigkeiten bereiten, weil diese Cysten meistens mit dem Nerven- und Gefässbündel sehr feste Verwachsungen eingehen. In besonders schwierigen Fällen wird nur der vordere Teil der Cyste entfernt, der Rest aber in die Haut eingenäht.

N. Kopilow. Ueber Mischgeschwülste der Brustdrüse.

Verf. führt einen Fall an, wo die mikroskopische Untersuchung ein sarcomartiges Stroma zeigte, in welches Cysten verschiedener Form eingelagert waren, die teilweise mit cylindrischem, teilweise mit Plattenepithel ausgekleidet waren. Was die Aetiologie der Mischgeschwülste anbelangt, so ist Verf. Anhänger der von Wilms vertretenen Ansicht, dass diese Mischgeschwülste aus einer Embryonalanlage von nicht differenziertem Ectoderm entstehen. Seiner Meinung nach sind die meisten so genannten Adenome, fibroadenome Mischgeschwülste und auf dieselbe Aetiologie zurückzuführen.

S. Pubaschew. Die gegenwärtige Behandlung der acuten allgemeinen Peritonitis.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Hauptgewicht ist auf die Prophylaxe zu richten. Ein genaues Studium der Erkrankungen, die zur Peritonitis führen können und eine rationelle Behandlung derselben wird in der Zukunft den Mortalitätsprocent der Peritonitis herabsetzen. Den besten Beweis für diese Ansicht gibt die Geschichte der Behandlung der Appendicitis. 2) Die Behandlung kann nur eine operative sein, wobei der Zeitpunkt, wann nach Ausbruch der Erkrankung zur Operation geschritten wird, von grösster Bedeutung ist. Es ist darnach zu streben, dass diese Ansicht bei den Therapeuten, die als erste zum Peritonitiskranken gerufen werden, grössere Verbreitung finde. 3) Bei der Operation eines Peritonitiskranken müssen 2 Ziele verfolgt werden: a) der Infectionsherd muss entfernt und b) die Bauchhöhle muss drainiert werden. Sich mit der Verfolgung nur eines Zieles zu begnügen, ist ein Fehler. 4) Zum Zweck der Drainage müssen ausgiebige Schnitte angelegt werden. 5) Es muss gegen die Darmparese angekämpft werden, es sei denn auf operativem Wege. 6) Den biologischen Methoden der Behandlung der Peritonitis muss grössere Beachtung geschenkt werden. Diese Methoden werden uns die Möglichkeit geben die Resorption in der Bauchhöhle herabzusetzen. 7) Die postoperative Behandlung verdient keine geringere Aufmerksamkeit als die Operation selbst. Die Behandlung der Wunde, die Lagerung des Kranken, die Application von Wärme oder Kälte, die Ernährung des Kranken müssen nach den Verschiedenheiten der Fälle individualisiert werden.

A. L. Mariantschik: Zur Casuistik der Erkrankung des Wurmfortsatzes und der Uterusadnexe.

Er führt einen einschlägigen Fall an, der mit Erfolg operativ behandelt wurde.

B. Finkelstein: Zur Milzchirurgie. Ueber die Wander- und Malariamilz.

1) Die Dislocation der Milz ist das Resultat einer anatomisch-physiologischen Insufficienz des Organismus (unnormale Entwickelung des Mesogastrium, Störung des intraabdominalen Gleichgewichtes) und pathologisch-anatomischer Veränderungen der Milz selbst und ihrer Bänder. Als Hauptmoment, welches zur Verlagerung der Milz führt, ist die Malaria anzusehen. 2) Die dislocierte Milz kann schwere Symptome und Complicationen hervorrufen, und muss, wenn interne Mittel nichts helfen, operativ behandelt werden, sei es durch die Splenopexie oder Splenectomie. 3) Sind die Veränderungen in der Milz schwach ausgeprägt, so ist die Splenopexie angezeigt, eine Operation, die einen geringen Mortalitätsprocent gibt und ein wichtiges Organ conserviert. 4) Von den verschiedenen Methoden der Splenopexie ist die extraperitoneale Methode von Bardenheuer-Franke vorzuziehen. 5) Die Splenectomie, die selbst bei dislocierter Milz eine Mortalität von 10—15 pCt. aufweist, ist bei Stieltorsion mit Thrombose der Gefässe und Peritonealreizung, bei Necrose des Organs und Darmverschluss, bei starker Volumenveränderung der Milz angezeigt. 6) Bei der Malariamilz gibt die Splenectomie noch eine sehr hohe Mortalität (33—45 pCt.) und ist nur angezeigt, wenn die interne Behandlung resultatlos bleibt und wenn schwere Symptome bestehen, die durch Verwachsungen oder durch die Grösse des Organs hervorgerufen werden. Durch die Operation werden die krankhaften Symptome beseitigt, die Malariaanfälle aber bleiben unbeeinflusst.

Weber.

Russkij Wratsch 1909 und 1910.

B. Cholzow: Chirurgische Behandlung bei Hypertrophie der Vorsteherdrüse. (Nr. 41—43).

Vorgetragen auf dem 8. Congress russischer Chirurgen in Moskau.

S. Liokumowitsch: Experimentelle Ergebnisse der neuen Methode der Prostatectomie von Dr. Wilms. (Nr. 42).

Diese Methode hat L. in 3 Fällen angewandt und war mit dem Resultat sehr zufrieden.

A. Solimani: Material zur Frage über die operative Behandlung der tuberculösen Kniegelenkaffection nach den Ergebnissen der chirurgischen Universitätsklinik pro 1895 bis 1908. (Nr. 44).

Vorläufige Mitteilung.

A. Stackelberg: Zur Frage über die Adenome der Schweissdrüsen (Hydradenome). (Nr. 44).

Die bei einem 17-jährigen Mädchen entfernte Geschwulst musste nach genauer mikroskopischer Untersuchung zu den Siringadenomen gerechnet werden.

K. Turowski: Ein seltener Fall von Kugelverletzung der Bauch- und Brusthöhle. (Nr. 46).

Die Revolverkugel war in der Linea alba 3 Querfinger über dem Nabel durch die Bauch- und Brusthöhle durchgegangen und unter dem rechten Schulterblattwinkel zu fühlen. Bis auf eine geringgradige trockene Pleuritis waren keine Complicationen zu bemerken, und Pat. verliess das Hospital ganz gesund.

W. Lewit: Zur Frage über locale Anästhesie. (Nr. 46).

Bei Gebrauch von Schleich scher Lösung erhielt man wenig befriedigende Resultate. Besser sind dieselben bei einem Gemisch von Cocain-Adrenalin ad. Injection $^1/_2$ pCt. Novococainlösung und Bestreichen der Wundfläche mit stärkeren Mischungen.

W. Woiatschek: Zur Frage über die operative Eröffnung des Ohrlabyrinthes. (Nr. 47).

Genaue Beschreibung eines Falles von eitriger Entzündung des Labyrinthes mit Operation und Behandlung.

L. Stukkey: Ueber künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg. (Nr. 48).

Die künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg ist durchaus nicht vollkommen gefahrlos und soll mit Vorsicht nur in passenden Fällen angewandt werden. Als Contraindication dienen vorgerücktes Alter und Herzschwäche. Abgesehen davon ist diese Methode doch als eine wesentliche Bereicherung in der Chirurgie anzusehen. Die Technik wird bei vielen sehr blutigen Operationen vereinfacht und die Dauer derselben abgekürzt. Infolge der vollständigen Blutleere oder geringerer Blutung ist das kranke Gewebe vom gesunden leichter zu unterscheiden. Die Methode kann gerade zu lebensrettend sein, da sie die Möglichkeit gibt bei starken Blutungen in Ruhe alles zu einer schweren Operation vorzubereiten wie auch heftig Blutende ohne Furcht der Verblutung ins Krankenhaus zu transportieren.

A. Popow: Künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg. (Nr. 49).

Die Blutleere nach Momburg hat einen grossen Vorteil vor den bis jetzt gebräuchlichen Methoden der Aortencompression. Sie ist leicht und einfach auszuführen, bei nötiger Vorsicht ungefährlich, verdient allgemeine Berücksichtigung und kann in manchen Fällen unschätzbare Dienste leisten. Die einzige gefährliche Complication ist Störung der Herztätigkeit, welche aber immer rechtzeitig bemerkt und beseitigt werden kann, man muss nur dem Puls die nötige Aufmerksamkeit zuwenden.

P. Sabiakina: Zur Frage über die Prognose und Behandlung bei Brüchen der Ferse. (Nr. 49 und 50).

Zum Referat nicht geeignet.

S. Spassokukozki: Septische Wunde nach Bildung einer Entero-Anastomose. (Nr. 49).

Genaue Beschreibung einer Krankengeschichte.

G. Albrecht: Epiphysiolyse oder Redressement brusque als besondere Behandlung beim Genu valgum. (Nr. 50).

In der orthopädischen Klinik von Prof. Turner wurde die Epiphysiolyse in 42 Fällen ausgeführt. Die Resultate waren durchaus günstige und erwiesen zur Evidenz den Vorzug dieser Operationsmethode vor der Osteotomie.

P. Belawenz: Ein Fall von Ueberpflanzung der Ureteren in den Darm (Operation nach Prof. Tichow). (Nr, 52).

Dieser Fall betrifft einen 10-jährigen Knaben mit Hypospadia perineoscrotalis. Der Effect der Operation war ein ausgezeichneter und die Einheilung verlief normal. Der Knabe urinierte 6—7 mal täglich, Eiweiss war nicht zu finden.

G. Zeidler: Ueber die chirurgische Behandlung der acuten Appendicitis. (Nr. 1).

Vortrag, gehalten zum 9. Chirurgencongress in Moskau, erscheint in der Pet. Med. Wochenschr.

L. Sobolew: Ueber gegerbtes Catgut. (Nr. 2).

Die Präparierung eines zuverlässigen Catguts wird auf folgende Weise vorgenommen: das Catgut wird in einer Schicht fest am besten auf einen geschliffenen Objectträger aufgewickelt, und die Enden mit Bindfaden zugebunden. Dann wird derselbe in 5 pCt. Quebracholösung auf 24 Stunden gelegt, dem einige Tropfen Acid. carbol. liquefacti zugefügt sind und nach vorhergegangenem gründlichem Auswaschen kommt es in 4 pCt. Formalinlösung auf dieselbe Zeit. Wiederum auf 24 Stunden wird es in destilliertes Wasser getan, das 10—32 mal gewechselt werden muss und wird darauf 10—15 Minuten gekocht und dann aufbewahrt in 96 pCt. Spiritus, dem 5 pCt. Glycerin und 4 pCt. Carbolsäure zugesetzt werden. Auf diese Weise hält es sich unverändert bis zu 1 Jahr.

W. Minz: Ueber Indicationen zur Operation im Intervallstadium bei acuter Appendicitis. (Nr. 1).

Die Operation bei acuter Appendicitis später als am 3. Tage, d. h. im Intervallstadium, ist weniger gefährlich, als man es annimmt. Ein Eingriff ist indiciert bei unnormaler Resorption des Exsudates, welche Intoxicationserscheinungen, Entzündungen und Störungen in der Function der Nachbarorgane hervorrufen.

J. Spisharni: Ueber eine neue Methode der vollständigen Zungenexstirpation bei Neubildungen derselben. (Nr. 5).

Genaue Beschreibung der Methode, nach der Verf. 2 Kranke mit Erfolg operiert hat.

E. Hesse: Ueber Antifermentbehandlung eitriger Erkrankungen. (Nr. 5 und 6).

Im Auszug vorgetragen auf dem 9. Chirurgencongress in Moskau.

A. Oschmann: Zur Frage über die Muskelplastik bei Defecten der Bauchpresse.

Beschreibung eines Falles.

Mühlen.

Medizinsk. Obosren. 1909.

W. Bulgakow: Angioma cavernosum colli. (Nr. 14).

Der Tumor hatte sich im Gewebe der gefässreichen Parotis entwickelt. Das Vorhandensein von lymphoiden Elementen innerhalb der Bindegewebssubstanz der Drüse und der Reichtum an Bindegewebe in den Gefässen deuten auf den embryonalen Charakter des Tumors. Durch Aberration der Entwickelung der Gefässe gelangten diese nicht zu den Drüsenzellen und bildeten den angiomatösen Tumor.

P. Gussew: Ueber Zwergfellverletzungen. (Nr. 15).

Einer Frau war mittelst Scheere an der linken Seite im 8. Intercostalraum zwischen der Mamillar- und Axillarlinie eine 5 Cm. lange Wunde beigebracht worden. Aus dieser ragte ein 8 Cm. langes Stück Netz hervor. Bei der Operation fand sich eine Zwerchfellwunde von 4—5 Cm., aus dieser stülpte sich das Netz vor. Das Netz wurde reseciert, die Zwerchfellwunde vernäht; die äussere Wunde bis auf einen kleinen Teil für ein eingelegtes Marlistreifchen geschlossen. Heilung glatt.

M. Beresnegowski: Ueber Makroglossie. (Nr. 20).

2 Krankengeschichten. In einem Fall ragte die Zunge 6 Cm. über den Rand der Schneidezähne hervor; die Operation wurde verweigert. Im 2. Fall wurde der 8 Cm. hervorragende Teil der Zunge amputiert. Zur Verhütung einer starken Blutung, wurde etappenweis vorgegangen. Nach jedem Schnitt wurden gleich Nähte angelegt und dann erst weiter eingeschnitten. Die Wunde heilte gut, doch ist über den weiteren Verlauf nichts bekannt. Die unteren Schneidezähne standen horizontal und der Unterkiefer war nach vorne luxiert. Mikroskopisch wurde der Tumor als Lymphangiom bezeichnet.

E. Wassiljew: Ein Fall von Dilatation und Impermeabilität des Magens. (Nr. 2).

Es handelte sich um eine narbige Contraction des Pylorus wohl auf Basis eines Ulcus; die Pyloruscontraction war so bedeutend, dass sie in einem gegebenen Moment einen völligen Verschluss des Magens bewirkte und das Bild eines Ileus verursachte. Der Vorgang des Auftretens des acuten Magenverschlusses dürfte wohl durch eine spastische Contraction zu erklären sein. Es wurde die Gastroenterostomie gemacht.

A. Martynow: Die operative Behandlung der Hufeisenniere. (Nr. 3).

M. teilt einen Fall mit, bei dem der Verbindungsbogen der Hufeisenniere auf die Aorta drückte. Die Operation beseitigte die quälenden Schmerzen.

R. Fronstein: Diagnose und Therapie der einseitigen hämorrhagischen Nephritis. (Nr. 3).

Verf. führt die Krankengeschichte eines Falles an. Nach ihm hängen die profusen Nierenblutungen stets von pathologisch-anatomischen Veränderungen der Nierensubstanz ab. Selbst unbedeutende pathologisch-anatomische Veränderungen können profuse Blutungen veranlassen; nie jedoch kann ohne eine pathologisch-anatomische Veränderung eine Blutung erfolgen. Die acute hämorrhagische Nephritis kann doppelseitig oder einseitig vorkommen, in letzterem Fall muss sie als eine hämaturische bezeichnet werden. Bei dieser ist ein chirurgisches Eingreifen indiciert.

E. Maljutin: Beiderseitige acute Entzündung der Stirnhöhlen. Eine Modification der Kilianschen Operation. (Nr. 6).

Verf. hat folgende Modification ausgearbeitet. Jeder Schnitt wird in der von Kilian angegebenen Weise geführt, jedoch gleich bis auf den Knochen. Sodann wird das Periost mit der Haut zusammen abgelöst. Ueber der Stirnhöhle nach oben, über dem Stirnhöhlen-Nasengang nach rechts und links. Auf diese Weise werden die Schädelnähte zwischen Stirnfortsatz des Oberkiefers mit Stirn- und Nasenbein freigelegt. Dort wo die Stirnhöhle in den Nasengang übergeht, wird der Knochen abgemeisselt. Es wird also das innere Ende der Kilianschen Brücke abgemeisselt und allmählich die vordere Wand des Nasenganges entfernt. Hierbei muss der Nasenfortsatz des Stirnbeins, der Stirnfortsatz des Oberkiefers, dazwischen auch der an ihn grenzende Rand des Nasenbeins abgemeisselt werden. Mit einem durch die Nase eingeführten Conchotom wird die Schleimhaut durchtrennt und ein Teil der mittleren Muschel entfernt, wenn sie vorliegt. Wenn nötig, müssen auch die Siebbeinzellen eröffnet werden. Das Conchotom kann durch die geschaffene obere Oeffnung controlliert werden. Hierauf wird die vordere Wand der Stirnhöhle abgehoben und vor dem Operateur liegt breit der Nasengang offen. Falls die Orbitalwand etwas Verdächtiges aufweist, kann sie nach Kilian entfernt werden, ohne Rücksicht auf die resultierende hängende Brücke. Den hier mitgeteilten Fall hat M. nach dieser Methode operiert.

P. Ssitkowski: Ein Apparat für Sauerstoffnarkosen combiniert mit dem Braunschen Apparat (Nr. 7).

Der Apparat soll wohlfeiler und in der Handhabung bequemer sein.

M. Bogojawlenski: Ueber die operative Behandlung der Bauchwassersucht bei Lebercirrhose. (Nr. 7).

Auf Grund der klinischen Erfahrungen, an 9 operierten Fällen, von denen 3 genasen, äussert sich B. folgendermassen: Individuen mit angegriffenen Nieren sollten nicht operiert werden, da nur bei einer ungeschwächten Function der ausscheidenden Organe die Antointoxication ausbleiben kann. Aus demselben Grunde sollte die allgemeine Narkose vermieden werden und nur unter Localanästhesie operiert werden.

M. Nolde: Zur Diagnostik und Therapie der gutartigen Geschwülste des Schädels und der Hirnhäute. (Nr. 8).

3 Krankengeschichten. Eine Enostose, die vor der Operation nicht mit Sicherheit diagnosticiert werden konnte. Ein Osteom des Schädels fand bei der Operation volle Bestätigung. Ein vermutetes Osteom erwies sich bei der Operation als eine Erkrankung der Hirnhaut, welche secundäre Erscheinungen am Schädel hervorgerufen hatte. N. rät, bei Unsicherheit der Diagnose, bei der Operation nicht gleich ein rundes Knochenstück zu entfernen, sondern erst einen Knochenhautlappen zu bilden und erst dann zu seiner Abtrennung zu schreiten, wenn durch die Besichtigung der inneren Fläche des Knochens das Osteom constatiert ist. Der Defect am Schädel ist in allen dazu geeigneten Fällen am besten plastisch zu schliessen. Der 3. Fall ist als Pachymeningitis chronica serosa circumscripta zu bezeichnen.

Mickwitz.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Medizinskoje Obosrenje 1909.

J. Scherschewski: Experimentelle Daten über Syphilis. (Nr. 12).

Verf. ist bei seinen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen gelangt: I. In Bezug auf die experimentelle Syphilis der Tiere. a) Auch bei nicht antropoiden Affen können sich ausserhalb der Impfstelle secundäre syphilitische Erscheinungen ausbilden. b) Diese secundären Erscheinungen traten nach Injection von Serum eines genesenden Syphilitikers auf. c) Das Schwein ist für Syphilis empfänglich. d) Impfung an der Kaninchensclera bewirkt in einigen Fällen Keratitis parenchymatosa. e) Die Impfung einer syphilitischen Sclera eines Kaninchens ergibt wiederum bei einem Kaninchen nach kurzer Incubation (8 Tage) Herde, die Spirochäten enthalten mit einer leichten Trübung der anliegenden Hornhaut. II. Untersuchungen über die Spirochäte pallida: a) Die Intensität der Färbung der Spir. pal. ist von der Technik abhängig. b) Für eine intensive Färbung ist das Vermeiden der geringsten Fällung in der verdünnten und gekochten Giemsaschen Lösung Bedingung. c) In Ascitesflüssigkeit wächst die Spir. in allen Windungsvarianten. d) In intraperitonealen Culturen mit nur Pallidaformen als Ausgangsmaterial wachsen auch gestreckte und flach gewundene Exemplare. Daher muss die unter gewissen Bedingungen eintretende Transformation der Pallida berücksichtigt werden. e) Die besondere Stellung der Retringens ist noch nicht klargestellt. III. Serolytische Untersuchungen. a) Die Reactionsversuche weisen darauf hin, das bei Infectionskrankheiten 2 Stadien unterschieden werden können, wobei das eine dem Präcipitogen, das andere dem Präcipitin entspricht. b) Das Zummenwirken der Sera zeigt sich in Gestalt eines Ringes und das Auftreten dieses Ringes kann zu diagnostischen Zwecken verwertet werden. c) Die Klausnerschen Fällungen sind für die Syphilis nicht specifisch, sie bilden sich in gleichem Masse im Serum Genesender und Scharlachkranker.

M. Tschlenow: Ueber den Kampf mit dem Lupus in Russland. (Nr. 12).

Verf. schildert kurz die Schrecken und die grosse Verbreitung des Lupus bespricht verschiedene für die Lupusbehandlung gegründete Anstalten des Auslandes und will die Liga zur Bekämpfung der Tuberculose in Russland zum energischen Kampf gegen den Lupus anregen. Fürs Erste sollten an den Stadtkrankenhäusern Cabinette für Lichtbehandlung eingerichtet werden, bis genügende Mittel beschafft würden, um auch auf dem Lande durch Einrichtung von Stationen für Lichtbehandlung in erfolgreicher Weise der verheerenden Krankheit zu Leibe zu gehen.

R. Schweizer: Ein Fall von Morbus Adissonii. (Nr. 15).
Casuistische Mitteilung.

M. Werssilowa: Ein chronisches Erythem infolge von Reizung durch Spulwürmer. (Nr. 15).

5 Jahre bestand bei einer 25-jährigen Bäuerin ein Erythem der Haut, ohne irgend welche Beschwerden zu verursachen. Rote Kreise und Bögen von Erbsen bis Fünfkopekengrösse mit heller gefärbtem Centrum bedeckten den ganzen Körper mit Ausnahme der unbedeckt getragenen Körperteile. Der einzige Grund, der schliesslich für die eigentümliche Erscheinung gefunden wurde, waren Spulwürmer. Nach Abtreibung derselben schwand das Erythem.

A. Blaschko: Ueber die Bedeutung der Serodiagnose der Syphilis für die Praxis. (Nr. 18).

B. liefert hier eine sehr übersichtliche Darlegung der Bedeutung der Wassermannschen Reaction für Diagnose, Therapie und Prognose der Syphilis.

M. Tschlenow: Zur Abhandlung des Prof. A. Blaschko: Ueber die Bedeutung der Serodiagnose der Syphilis für die Praxis. (Nr. 19).

T. hebt die Vorzüge der von Blaschko nur kurz erwähnten Tuschpräparate des Berner Bakteriologen Burri hervor. Ferner tritt er für die vorläufige Beibehaltung der chronisch intermittierenden Behandlung der Syphilis ein, deren Gegner Blaschko von jeher gewesen ist.

M. Dawydow: Eine mikroskopische Untersuchung der Neurofibromatose. (Nr. 19).

D. untersuchte Teile eines Tumors, der einem Pat. mit Elephant. neurofibromatosa, reseciert war. Einem 2. Fall, dessen Krankengeschichte hier mitgeteilt wird, konnten leider keine Untersuchungsobjecte entnommen werden.

M. Wermel: Ueber die Technik der Serodiagnostik nach Wassermann. (Nr. 21).

Auf Grund seiner Studien und Beobachtungen meint W., dass die Wassermannsche Reaction ein mächtiges, ja dazwischen das einzige Hilfsmittel ist zur Feststellung einer syphilitischen Erkrankung. Wahrscheinlich werden auch bald gute Behandlungsmethoden auf Basis des Wassermann ausgearbeitet werden, wie auch bereits jetzt viele Tatsachen dafür sprechen, dass das Hg das Schwinden der Reaction beeinflusst.

A. Jordan: Ueber den praktischen Wert der Wassermannschen Reaction bei Syphilis. (Nr. 2, 1910).

Auf Grund von über 500 beobachteten Fällen, ist J. der Ansicht, dass der positive Ausfall des W. mit wenigen uns gut bekannten Ausnahmen für Syphilis spricht. Der negative Ausfall gibt Veranlassung bei syphilisverdächtigen Symptomen in der Diagnose vorsichtig zu sein. Der W. dient zur Controlle des Hg.

G. Goworow: Zur visceralen Syphilis der Kinder. 1910. (Nr. 7).
5 Krankengeschichten.

Mickwitz.

Russk. shurn. koshn. i wener. bol. Band IX, 11 und 12 und X. 1—4.

W. Kudisch: Naevus pigmentosus unius lateris.
Das Leiden begann im 2. Lebensjahre.

S. Brotmann: Ein Fall von Naevus verrucosus unius lateris.

N. Morosow: Ein seltener Fall von gummösem serpigenösem Geschwür.

Sehr ausgedehntes Geschwür. ausgehend von der Bauchhaut und sich bis zur Schulter erstreckend. Die Heilung trat erst nach Excision der schwieligen Ränder ein.

D. Awerbuch: Harnblasenveränderungen bei centralen Nervenerkrankungen.

Nach Meinung des Verf. beobachtet man bei Leiden des Centralnervensystems eine von hypertrophischen Muskelbündeln bedingte Balkenblase hauptsächlich in der Gegend des Vertex. Charakteristisch ist auch die Anämie der Blasenschleimhaut, die durch Störung der trophischen Function des Centrums bedingt ist.

J. Nikiforow: Zwei Fälle von Molluscum fibros.

Bei einer 41-jährigen Frau über den ganzen Körper zerstreut 101 kirschkern- bis nussgrosse Knoten. Dauer des Leidens 1 Jahr. Ausserdem eine Unmenge Naevi pigmentosi. Bei einem 19-jährigen Jüngling ein ähnliches Bild, nur betrug die Zahl der Knoten 40.

G. Meschtscherski: Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit mit einer einzigen massiven, mit dem N. radial im Zusammenhang befindlichen Geschwulst.

13-jährige Pat. Beginn des Leidens vor 9 Jahren. Die Geschwulst war 19 Ctm. lang und 18 Ctm. breit.

S. Bogrow: Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit.

17-jährige Pat. Beginn des Leidens seit frühester Kindheit.

A. Brytschew: Lymphangioma superficiale. Angioma cavernosum.

Nichts Besonderes.

A. Schebunew: Ein Fall von Facialisparalyse in der Frühperiode der Lues.

2 Mon. nach Ausbruch der Lues trat die Paralyse ein.

P. Motzokin: Die Behandlung der Lues mit organischem Serum nach Query.

Mitteilung von 3 Fällen, die nach je 20 Injectionen angeblich vollkommen geheilt wurden.

J. Selenew: Gonorrhoische Veränderungen an den Samenfäden und der Befund von Gonococcen in ihnen.

Der Fall betraf einen Pat. der eine doppelseitige Orcho-Epididymitis durchgemacht hatte. Verschiedene Degenerationsformen an den Köpfen und Schwänzen der Spermatozoen konnten nachgewiesen werden.

A. Nikolski: Elephantiastische Falten und Hautüberpflanzung nach Krause.

Ueber 2 faustgrosses Neurofibrom, breitbasig der Schläfe aufsitzend.

J. Selenew: 2 Fälle von Re-Superinfection bei Syphilis.

27-jähriger Pat., der vor 2 Jahren seine Frau inficiert hatte und jetzt von ihr einen neuen Primäraffect empfangen hat. 24-jähriger Pat. Alcoholist, der vor 2 Jahren die erste Lues erhalten hatte. Eine erneute Infection war von typischen Erscheinungen gefolgt.

S. Abulow: Ein Fall von syphilitisches Superinfection.

Bei einem seit 11 Jahren an gummöser Lues leidenden Pat. trat ein nicht charakteristischer Schanker auf, der von einem papulo-pustulösen Ausschlag gefolgt war.

D. Lewtschenkow: Ein seltener Fall von myxomatöser Degeneration der Cutis.

36-jährige Pat. im Anschluss an eine Erkältungskrankheit an den oberen Extremitäten symmetrisch auftretende Schwellung. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückes ergab, dass im Corium die Bindegewebsfasern durch durchsichtige Massen auseinandergedrängt waren, in denen man sternförmige Zellen unterscheiden konnte.

A. **Jordan**: Zur Casuistik der Hauttuberculide.
Mitteilung von 2 Fällen, in einem von ihnen war nur der Rumpf befallen.

M. **Gamrat**: Veränderungen des Stickstoffwechsels bei Psoriatikern.
Im Gegensatz zu **Grammatschikow** fand Verf. die Stickstoffassimilation bei vorhandenen Efflorescenzen um 2% geringer als ohne dieselben, die Ausscheidung des N im Harn dagegen unter denselben Verhältnissen um 8,2% geringer.

S. **Bogrow**: Pseudo-Hutchinson-Zähne.
Im mitgeteilten Fall sind die asymmetrischen Zahnusuren als Folge einer professionellen Angewohnheit (Pat. hatte als Schneiderin die Gewohnheit Nadeln etc. im Munde zu halten) zu deuten.

Tschumakow: Induratio penis plastica.
Mitteilung eines Falles, wo die plastische Induration im Anschluss an ein Trauma auftrat.

K. **Parfeneuko**: Spitze Condylome und Spirochaeta refringens.
Nachweis der Sp. ref. in grosser Anzahl im Gewebe eines grossen ad anum gelegenen Condyloms.

W. **Favre**: Resultate der Sexual-Enquête unter der Charkower Studentenschaft.
Aus den interessanten Resultaten, die sich auf Beginn und Formen der vita sexualis erstrecken, sich aber im Rahmen eines Ref. schwer wiedergeben lassen, wollen wir nur den relativ hohen Procentsatz an venerischen Erkrankungen (Gonorrhoe 47,2% Ulcus molle 10,8% und Syphilis 6,9%) hervorheben.

R. **Meleschko**: Ein Fall von Blastomykose der Haut.
Der Herd befand sich auf den Nates.

J. **Selenew**: Aetiologie der Pyodermitis.
Die pustulösen Hautaffectionen werden nicht nur durch Staphylo- und Streptococcen hervorgerufen, sondern auch durch Mikrococcus ureae, einen Gonococcus ähnlichen Diplococcen. S. beschreibt einen neuen geisseltragenden Bacillus, der Eiterung hervorruft. Ferner kommen als Erreger pflanzliche Parasiten in Form der Schimmelpilze und Hefepilze, sowie tierische Parasiten (Protozoen, Amoeben und Heliozoen) in Betragt.

Wichert.

Wratschebnaja Gaseta 1909 u. 1910.

N. **Leschnew**: Ueber die Behandlung mit Antigonococcenserum. (Nr. 50).
Das Antigonococcenserum wird von der Firma **Park-Davis** u. Co. hergestellt und ist bisher nur in Amerika in grösserem Maasstabe zur Anwendung gekommen und vorwiegend bei Complicationen des Trippers. L. wandte das Serum in 25 Fällen an, in 2 Fällen acuter Urethritis posterior, in 7 Fällen von Epididymitis, in einem Falle von Collocystitis, in 4 Fällen von chronischer Prostatitis, in 5 Fällen von Arthritis gonorrhoica, bei chron. Pyelitis gon. chron. und ähnlichen Complicationen (Funiculitis gon. etc). Im Allgemeinen liess sich ein günstiger Einfluss beobachten, die Gonococcen schwanden meist nach wenigen Injectionen, die in Zwischenräumen von 2—4 Tagen ausgeführt wurden. Eine Abkürzung der Dauer einer acuten Gonorrhoe liess sich nicht beobachten. Weitere Beobachtungen sind nötig, um ein endgültiges Urteil zu füllen.

W. **Smolenski**: Zur Casuistik der Umschnürung des Penis. (Nr. 50).
Ein Bauer von 49 Jahren hatte sich einen eisernen Ring auf den Penis nahe der Wurzel hinaufgeführt, wodurch starkes Oedem der unteren Partieen des Gliedes eintrat. Der Zweck war, eine Abschnürung durch den Ring zu bewirken, die das Weiterschreiten einer Röte und Schwellung des Gliedes, die durch eine Quetschung entstanden waren, verhindern sollten. Nach schwieriger Durchfeilung wurde der Ring entfernt.

I. **Gerbsmann**: Einige Worte über das Mergal. (Nr. 2).
G. findet, dass Mergal absolut nicht besser vertragen wird, wie andere Quecksilberpräparate bei innerem Gebrauch z. B. Protojoduretum Hg und eine sehr schwache Wirkung entfaltet, dabei teuer ist.

Unna und L. **Golodetz**: Ueber die Zusammensetzung des Fettes in der menschlichen Haut. (Nr. 3 und 4).
Oleinsäure und ihre Componenten reducieren Osmiumsäure, die anderen Fettsäuren und ihnen entsprechenden Fette besitzen nicht diese Fähigkeit. Die Oleinsäure verdankt diese Fähigkeit dem, dass sie nicht gesättigt ist; nach Sättigung mit Brom verliert sie die Osmiumsäure reducierende Eigenschaft. Die Eiweissstoffe (Protoplasma, Hornsubstanz) nehmen Osmiumsäure auf, aber reducieren sie nicht; diese Verbindung ist von grüner Farbe, wird durch weitere Einwirkung anderer Substanzen schwarz. Die Oleinsäure ist vorragend in der Basalschicht der Hornhaut concentriert. Zwischen der Körnerschicht und der Basalschicht findet sich eine einzellige Schicht von Hornzellen — die Infrabasalschicht, die keine Oleinsäure enthält. Die Infrabasalschicht gibt eine Reaction auf Glycogen und enthält es wahrscheinlich in der Form des Glycoproteides. Das Glycogen ist als Quelle der Oleinsäure in der Hornschicht anzusehen. Das Fett der Hornschicht besteht aus freier Oleinsäure und fettsauren Aethern. Die Methoden der Fettfärbung (Sudan) geben eine vollkommen genügende Erklärung für die Bildung «des schwarzen Ramens» auf in Osramsäure gehärteten Schnitten.

A. **Feinberg**: Ein Fall von Purpura variolosa (Nr. 5).
Ein 13-jähriger recht gesunder Knabe erkrankte mit Fieber mässigen Grades, Kopf- und Kreuzschmerzen. Am 3. Tage Exanthem das aus blauroten bei Druck nicht verschwindenden Flecken von Erbsen- bis Silberrubelgrösse bestand; auf der Conjunctiva bulbi Blutaustritte, die Augenlider ödematös, auf der Stirn, der äusseren Seite des Unterarme und Handrücken zahlreiche kleine Knötchen, etwa solche auf dem übrigen Körper und Beinen, Unbesinnlichkeit, Foetor ex ore, Puls fadenförmig, Milz nicht vergrössert, Blutungen aus Nase und Ohren. Exitus nach 2 Stunden. Der Knabe war 2 mal im 1. und 10. Lebensjahr geimpft worden, doch ohne Erfolg. In der Nachbarschaft waren mehrere Pockenfälle beobachtet worden. Autor hält den vorliegenden Fall für eine Purpura variolosa, eine sehr seltene Form der Variola (1½—5% nach verschiedenen Autoren).

Th. **Kobylinski**: Experimentelle Beiträge zur Frage über die Isolation der Ureteren (Nr. 6).
Die an Tieren ausgeführten Experimente zur Freilegung und Isolierung der Ureteren gelangen vollkommen und verliefen ohne nachherige Schädigung der Tiere.

M. **Fabrikant**: Operative Entfernung eines Steines des Ureters. (Nr. 6, 7 und 8).
Bei einer 17-jährigen jungen Person, die an starken periodisch sich verstärkenden Koliken im Leibe und Schmerzen in der Blase beim Urinieren litt und ganz abgemagert und geschwächt war, zeigte die Röntgenaufnahme einen im rechten Ureter eingeklemmten Stein, der operativ entfernt wurde. Heilung.

L. **Einis**: Ueber eine Varietät der Prurigo aestivalis. (Nr. 8).
E. unterscheidet eine besondere Form der Prurigo aestivalis-**Hutchinson**, die im Auftreten von kleinen Gruppen von Knötchen auf den Fingerrücken der I und II Phalange, häufig symmetrisch beider Hände besteht und von starkem Jucken begleitet ist. Die Knötchen können sich auf den Handrücken ausbreiten und verschwinden meist in 3—4 Wochen. Therapie: Ichtyolpaste mit Menthol.

W. **Schamarin**: Ueber krebsige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane. (Nr. 12).
S. beschreibt einen Fall von Carcinom des Penis, der von dem Frenulum ausging, bei einem 60-jährigen, gesunden Manne. Schnelles Wachstum der Geschwulst. Amputation des Gliedes, Ausschabung der Leistendrüsen, Heilung noch nach 8 Monaten vollkommen.

Schiele.

Pathologie und Therapie.

Russki Wratsch. 1910.

A. **Braunstein**: Zur Frage über die Selbstheilung des Krebses. (Nr. 3).
Klinisch und experimentell muss das Factum der teilweisen und vollständigen Heilung des Krebses als feststehend betrachtet werden. Das menschliche und tierische Organismus kann die Fähigkeit besitzen, hemmend auf das Wachstum der bösartigen Geschwülste einzuwirken. Die Selbstheilung des Krebses geht wahrscheinlich vor sich durch Bildung von Antikörpern, in Gestalt von Cytolysinen. Klinische und experimentelle Beobachtungen geben zur Hoffnung Veranlassung, dass man in Zukunft auch auf nicht operativem Wege gegen den Krebs vorgehen kann, was die Kankrologie erstreben soll.

P. **Koslowski**: Zur Serumbehandlung des Tetanus. (Nr. 3).
Von 12 Kranken mit Tetanus, die mit Serum behandelt worden waren, starben 6 und genasen 6. Von diesen waren 5 leichten und mittleren und nur 1 schweren Grades. Infolge dessen kann Verf. einer Zweckmässigkeit der Serumbehandlung bei Tetanus nicht zustimmen.

W. **Klimenko**: Bakteriologische Untersuchung des Blutes Keuchhustenkranker und mit Keuchhusten inficierter Tiere. (Nr. 4).
Während des convulsivem Stadiums wird bei kranken Kindern Bakteriämie in der Regel nicht beobachtet. Die Möglichkeit ist aber nicht von der Hand zu weisen, dass in den letzten Lebenstagen in seltenen Fällen dieselbe doch vor-

handen ist. Soweit man die Ergebnisse von Tierexperimenten auf den Menschen übertragen kann, ist das wohl zuzugeben.

Die Blutuntersuchung beim Keuchhusten vom bakteriologischen Standpunkte aus spricht dafür, diese Krankheit als locale Infection der Atemwege anzusehen.

J. Studsinski: Ueber den Einfluss subcutaner Injectionen von Gelatine bei Nierenkrankheiten. (Nr. 4).

In gewöhnlichen therapeutischen Dosen hat das Gelatin auf die Urinmenge und das specifische Gewicht keinen Einfluss. Bei chronischen interstitiellen und parenchymatösen Erkrankungen ohne Blutungen ist es unschädlich, erhöht nur in einzelnen Fällen, aber auch nur auf kurze Zeit, den Eiweissgehalt und die pathologischen Formelemente. Bei parenchymatösen Blutungen dagegen stillt oder verringert es die Blutausscheidung nicht, sondern im Gegenteil, verstärkt dieselbe, deshalb ist es in diesen Fällen fraglos contraindiciert.

A. Juschtschenko: Untersuchung der Erscheinungen von Selbstvergiftung bei Geisteskranken und bei Tieren mit Functionsstörungen der Schilddrüse. (Nr. 4).

Experimentelle Untersuchung.

N. Georgiewski: Urobilinurie als beständige Erscheinung bei Recurrens. (Nr. 4).

Urinuntersuchungen bei Gesunden und Kranken zeigten, dass Urobilinurie nie angetroffen wird, auch nicht bei Fiebernden, sondern mehr oder weniger deutlich nur bei Recurrens zu sehen ist. Als Beweis werden 4 Krankengeschichten angeführt.

M. Margulies: Reaction der Complementbindung bei Scharlach. (Nr. 5).

Alle Fälle von Scharlach, compliciert mit Streptococcen, geben eine positive Reaction der Complementbindung. Die Mehrzahl der Fälle von gewöhnlichem Scharlach (80 pCt.), welche ohne Complicationen mit Streptococcen verlaufen, geben in dieser Beziehung ein negatives Resultat.

Mühlen.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Russki Wratsch 1909 u. 1910.

L. Okinschiz. Einfluss von Auszügen aus der Nachgeburt auf die Muskulatur der Gebärmutter. (Nr. 42.)

Auszüge aus der Nachgeburt wie aus den Ovarien halten augenscheinlich die nach Entfernung der Ovarien eintretende Uterusatrophie auf.

Th. Tawildarow. Transplantation des Ureters in die Blase während einer Uterusexstirpation nach erweitertem vaginalen Verfahren (Schuchardt).

Diese Etappe der Operation ist durchaus nicht eine so gefährliche, wie viele Autoren es glauben. Man kann die Transplantation ohne besondere Mühe ausführen, wie es ein von T. genau beschriebener Fall zeigt, wobei auch ein grosses Stück des Ureters exstirpiert wurde. Als Bedingung eines günstigen Ausganges ist unbedingt notwendig Schutz der Stelle vor Infection, Fehlen von stärkerer Anspannung des transplantierten Ureters und geringe Zahl der denselben an die Blase fixierenden Nähte.

P. Korolkow. 1) Elektrischer Thermostat. 2) Elektrische Couveuse für unausgetragene Kinder. 3) Elektrischer Pasteurisator für Milch und Nährboden. 4) Elektrischer Kolben für subcutane und intravenöse Kochsalzinjectionen. 5) Elektrischer Sterilisator für Arzeneimittel und 6) Elektrischer Sterilisator zum Kochen chirurgischer Instrumente.

Alle Gegenstände sind im Verein der Kinderärzte in St. Petersburg demonstriert.

W. Orlow. Ueber Erweiterung der Indicationen zur Entfernung der Fibromyome des Uterus. (Nr. 50).

Das Fibromyom des Uterus ist keine indifferente Neubildung, sondern hat eine Einwirkung auf die andren Organe (Herz, Nervensystem). Wenn locale Erscheinungen (Schmerzen, Blutungen) bereits vorhanden sind, so müssen die Veränderungen im Organismus schon grösser sein. Bösartige Veränderungen machen sich in der ersten Zeit durch keine klinischen Erscheinungen geltend. Das Climacterium bedingt keine Verkleinerung oder Verschwinden der Geschwülste. Letztere sind häufig combiniert mit Entzündungen der Tuben und Eierstöcke, so dass die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen ist, dass dieselben sich in einzelnen Fällen durch eine Entzündung entwickeln. Die Operation muss also schnell vorgenommen werden, bevor sich locale Erscheinungen bilden, da dann der Chancen für einen günstigen Ausgang die besten sind.

G. Dawidow: Wiederholter Kaiserschnitt nach extraperitonealer Methode. (Nr. 50).

Der beschriebene Fall ist darin interessant, dass der Kaiserschnitt bei ein und derselben Kranken 3 mal ausgeführt wurde mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind. Das 3. Mal wurde derselben extraperitoneal vorgenommen.

H. Thomson: Anwendung von Gummihandschuhen und die Sterilisation derselben. (Nr. 51).

Beschreibung eines Apparates.

A. Sternberg: Einfluss der Schwangerschaft und Geburten auf den Verlauf der Lungentuberculose. (Nr. 3).

Schwangerschaft ist stets als ernste Complication bei der Lungentuberculose zu betrachten, abgesehen vom Stadium der Krankheit und der socialen Stellung der Kranken. Wie eine jede Complication, so indiciert auch Schwangerschaft ärztlichen Eingriff. Künstliche Unterbrechung in den ersten 3 Monaten erfordert der Zustand der Mutter. Der Arzt hat weder das moralische Recht noch wissenschaftliche Anhaltspunkte ein Fortdauern der Schwangerschaft anzuraten.

Die Perspective, die sich jetzt in der Behandlung der Tuberculose durch active Immunisation mit Tuberculinen eröffnet, gibt Grund zur Hoffnung, dass schwindsüchtige Frauen, welche bis zu grossen Dosen immunisiert sind, die Schwangerschaft und Geburten ohne Nachteil für ihre Gesundheit überstehen können.

Mühlen.

Wratsch. Gaseta. 1909 und 1910.

A. Mykertschjantz u. W. Dechtjarewa: Ueber die Anwendung des Ovarin-Poehl bei Amenorrhoea. (Nr. 44).

Die Autoren beschrieben 7 Fälle von Amenorrhoe, in denen es gelang durch Anwendung von Ovarin-Poehl Menses hervorzurufen. In 2 Fällen schwanden die Beschwerden, ohne dass sich die Regeln einstellten.

G. Lesment: Zur Frage der Uterusinversion. (Nr. 46, 47).

L. beschreibt 5 Fälle von Uterusinversion und betont neben den gewöhnlich angeführten Gründen für das Zustandekommen die Veränderungen Einrisse, Narben etc. am Muttermunde, die diesen sich leicht erweitern lassen. Was die Therapie anlangt, ist die manuelle Reponierung die beste Methode, gelingt es so nicht, so ist zu tamponieren oder der Colpeurynter zur Erweiterung des Muttermundringes. In nicht reponierbaren Fällen ist nach Knötner resp. nach Piecoli-Morisani zu operieren.

A. Mykertschjantz: Das Mammin-Poehl, ein neues Mittel zur Behandlung von Fibromen und chronischer Entzündungen des Uterus. (Nr. 1 u. 2).

Schilderung verschiedener Krankengeschichten, auf Grund derer Autor zu dem Schlusse kommt, dass das Mammin-Poehl eine Verkleinerung resp. Schwinden von Fibromen des Uterus bewirke, Uterinblutungen und Uterusentzündungen zum Schwinden bringe, die Menses regele, Schmerzen und Fluss beseitige etc. Bevor man sich zu einer Operation entschliesst, sollte man bei Fibromen der Utera immer 1—2 Monate lang das Mammin versuchen. Die besten Aussichten auf Heilung sind vorhanden, wenn die Fibrome noch eine gewisse Grösse nicht überschritten haben, der Uterus einer Grösse entspricht, die dem 4.—5. Schwangerschaftsmonate gleich kommt. Mammin ist ferner in allen Fällen von Fibrom anzuwenden, wo eine Operation infolge von Herzfehlern etc. unmöglich, es ist absolut unschädlich. Bei chronischer Metritis und Blutungen wirkt es anämisierend auf den Uterus und stillt die Blutungen bedeutend energischer wie Hydrastis canadensis und andere Präparate. Die Dosis beträgt bei chron. Metritiden 3 Tabletten à 0,5 Mammin pro die, bei Fibromen 4—6 Tabletten mit den Speisen. Es kann ohne Schaden monate-, ja jahrelang eingenommen werden.

A. Bortkewitsch: Zur Lehre von dem Myoma sarcomatodes uteri. (Nr. 3, 4, 5).

Autor beschreibt den Fall einer 40-jährigen Bäuerin, bei der ein Uterustumor diagnosticiert und mitsamt dem Uterus entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab Myoma sarcomatodes. Nach wenigen Wochen wiederum Schmerzen der Tube, allgemeine Cachexie und Tod. Die klinische Symptome glichen zuerst denen bei einer Graviditas interstitialis; der Tumor zeigte ein sehr schnelles Wachstum und kurz nach der Operation Recidiv mit vielfachen Metastasen, was selten beobachtet wird. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Tumors fanden sich alle Characteristica einer sarcomatösen Degeneration eines Leiomyoms.

Schiele.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 35 St. Petersburg, den 28. August (10. Sept.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Die Schädigung des Auges durch Licht und ihre Verhütung.

Vortrag, gehalten auf dem II. kurl. Aerztetage in Libau am 30. V. 1910.

Von

Dr. Braun-Libau.

Dass durch Blendung mit Licht das Auge in empfindlicher Weise geschädigt werden kann, ist seit altersher bekannt. Aber erst in neuerer Zeit hat man die Art dieser Schädigung genauer untersucht und sich die auch in praktischer Hinsicht wichtigen Fragen vorgelegt: wird das Auge durch bestimmte Strahlen geschädigt, und wie können wir uns am besten gegen diese Schädigung schützen?

Seitdem moderne Lichtquellen, wie Auerlicht, elektrisches Glühlicht etc. zur Beleuchtung von Arbeitsräumen verwandt werden, fällt es auf, dass häufig Patienten mit Klagen über erhöhtes andauerndes Blendungsgefühl, über verschiedene asthenopische Beschwerden kommen, als deren Ursache sie die moderne Beleuchtung betrachten. Diese Beschwerden schwinden erst, wenn die Lichtquelle geändert oder das Auge entsprechend geschützt wird; dasselbe gilt von so manchen hartnäckigen Bindehautkatarrhen, die erst der Heilung zugeführt werden können, wenn die Arbeit bei der grellen Lichtquelle sistiert wird. Alle diese Erscheinungen weisen darauf hin, dass unseren modernen Lichtquellen andere Eigenschaften zukommen müssen als den früheren, und dass diese Eigenschaften sie für unser Auge ungeeigneter machen. An der Lichtstärke allein kann es nicht liegen, da viel helleres Tageslicht für gewöhnlich unsere Augen nicht belästigt, die Ursache muss vielmehr in der verschiedenen Zusammensetzung des Lichtes zu suchen sein. — Eder, Elson, Staerkle und neuerdings Schanz und Stockhausen, die sich mit dieser Frage beschäftigten, fanden denn auch, dass im elektrischen, Auer-Acetylenlichte die Menge der ultravioletten Strahlen in derselben Lichtmenge eine bedeutend grössere ist als im Petroleum-, Kerzen- und gewöhnlichen Gaslicht. Diese letzteren Lichtquellen brennen bekanntlich sehr verschwenderisch, nur ein verhältnismässig kleiner Bruchteil der im Beleuchtungsstoffe vorhandenen Energie kommt dem gewollten Zwecke, der Lichterzeugung, zu gute, wird als leuchtende Strahlung nutzbar. Es war daher die Beleuchtungstechnik von jeher bemüht, die Temperatur der Lichtquellen immer mehr zu steigern, einmal um grössere Lichtstärken zu erzielen, zum andern das Licht im Preise billiger zu gestalten. Die Fortschritte, die die Beleuchtungstechnik in den letzten Jahrzehnten durch die Einführung des Auerbrenners und des elektrischen Glühlichts in hygienischer und ökonomischer Beziehung gemacht hat, sind nicht zu verkennen. Die Qualität des Lichtes wurde durch die grössere Aehnlichkeit mit dem Tageslichte eine bessere, es wurde die unnütze und lästige Wärmestrahlung wesentlich vermindert, ebenso die Entwicklung von Nebenproducten, mithin die lichtspendende Kraft bedeutend besser ausgenutzt, andererseits aber das Licht immer reicher an ultravioletten Strahlen. Es wächst nämlich mit steigender Temperatur die Energie jeder Wellenlänge und dabei wird die Energievermehrung um so grösser, je kleiner die Wellenlänge ist, oder mit anderen Worten, je höher die Temperatur eines leuchtenden Körpers ist, desto grösser ist der Anteil der ultravioletten, nicht sichtbaren Strahlen an der Gesamtstrahlung. Schanz und Stockhausen machten sich zur Aufgabe, experimentell und auch qualitativ die Zunahme der ultravioletten Strahlen mit der Entwicklung der Leuchttechnik bis auf den heutigen Stand genauer festzustellen und die verschiedensten Lichtquellen darauf zu vergleichen. Auf Grund dieser Untersuchungen unterscheiden sie arme, relativ arme und an ultravioletten Strahlen reiche Lichtquellen. Zu den ersteren gehören: die römische Olivenöllampe, die Kerzen und die offenen Rüböllampen, es folgen dann die Rüböllampen mit Cylinder, die Petroleumschnitt- und Rundbrenner, die Gasschnittbrenner und die Gasorgandbrenner; zur dritten

Klasse gehören alle Lampen, die mit einem Glühstrumpf ausgerüstet sind. Noch reicher an ultravioletten Strahlen als diese sind aber das Acetylenlicht, alle elektrischen Glühlampen und besonders alle Bogenlampen und Quecksilberdampflampen. — Wir unterscheiden bekanntlich im allgemeinen 3 Arten von Lichtstrahlen: die ultraroten (sog. Wärmestrahlen), die leuchtenden und die ultravioletten. Nach Wellenlängen bezeichnet würde der ultrarote Teil bis 760 μμ sich erstrecken, der leuchtende Teil von 760— c. 400 resp. 396 μμ (Frauenhofersche Linie 11). Die Strahlen von kürzerer Wellenlänge als 400 μμ bezeichnen wir als ultraviolette; entsprechend ihrer kürzesten Wellenlänge sind sie von allen Strahlen des Spectrums am stärksten brechbar und bilden daher das Ende des Spectrums. Von allen diesen Strahlen des Spectrums nimmt unsere Netzhaut eine relativ kleine Menge, etwa von 760 μμ (rot)—396 μμ (violett) wahr. Die ultravioletten Strahlen vermag unsere Netzhaut nur dann wahrzunehmen, wenn die Strahlen des sichtbaren Spectrums sorgfältig abgeblendet sind, nur dann werden sie dem Auge als ein schwach-grauer Schein, den wir als lavendelgrau bezeichnen, sichtbar. So sahen Helmholtz, Soret, de Chardonnet und Andere das Spectrum nach rechts hin bis zur Wellenlänge 300 μμ, von Maxart wird sie sogar bei 210 μμ gefunden. Brücke glaubte, dass sämtliche ultravioletten Strahlen von den Augenmedien absorbiert würden, bevor sie zur Netzhaut gelangen, und daher nicht wahrgenommen werden. Donders wieder hielt die Netzhaut überhaupt für unfähig, auf ultraviolette Strahlen mit einer Lichtempfindung zu reagieren. Heute wissen wir, dass die Augenmedien, vor allem die Linse, einen grossen Teil der ultravioletten Strahlen absorbieren, dass aber ein Teil doch bis zur Netzhaut gelangt. Um bei einer Lichtschädigung des Auges über den dabei in Betracht kommenden Strahlenbezirk urteilen zu können, müssen wir die Absorption der Augenmedien, der Hornhaut, des Kammerwassers, der Linse und des Glaskörpers kennen. Darüber liegen eine ganze Reihe von Untersuchungen vor, aber die verschiedenen Untersucher gelangten dabei zu recht abweichenden Resultaten. So fand Brücke bei Prüfung mit lichtempfindlichem Papier, dass die Absorption der Linse des Ochsenauges unmittelbar ausserhalb des sichtbaren Spectrums beginnt, Donders dagegen, dass die Linse auch den Strahlen von grosser Brechbarkeit kein Hindernis bot. Weiter hat de Chardonnet mit elektr. Bogenlicht und Bromsilberplatten die Durchdringlichkeit der Augenmedien verschiedener Tierarten geprüft. Er fand bei verschiedenen Tierspecies und Altersstufen wesentliche Differenzen. Beim Menschen beginnt nach ihm die Absorption der Linse direct hinter der 11. Linie (bei 397 μμ), um bei M. (372 μμ) vollständig zu werden. Damit stimmen die Befunde von Schulek (durch photographische Aufnahmen des Sonnenspectrums gewonnen) gut überein. Schanz und Stockhausen erzeugten mit einer Quarzlinse das Bild des Lichtbogens einer starken Bogenlampe und brachten in dieses Bild die zwischen 2 Quarzplatten eingeschlossenen Augenmedien, deren Absorptionsvermögen sie feststellen wollten. Hinter den Quarzplatten war ein Quarzspectograph so aufgestellt, dass die Lichtstrahlen, die die Augenmedien passiert hatten, in den Spalt desselben fielen. Sie stellten so fest, dass die Hornhaut des menschlichen Auges die ultravioletten Strahlen von weniger als 320 μμ Wellenlänge stark, von 300 μμ Wellenlänge an vollständig absorbiert. Die ultravioletten Strahlen von mehr als 320 μμ Wellenlänge dringen in das Augeninnere, sie werden vom Kammerwasser nicht absorbiert, gelangen zur Linse, die sie ausserordentlich intensiv verschluckt. Die Strahlen von weniger als 376 μμ Wellenlänge werden vollständig von ihr absorbiert, nur im jugendlichen Alter gelangt ein geringer Teil von ihnen durch die Linse hindurch zur Netzhaut. An der Fluorescenz der Linse sind die Strahlen von weniger als 375 μμ Wellenlänge nur wenig beteiligt. Die Fluorescenz der Linse wird vor allem von den Strahlen von 400—375 μμ Wellenlänge verursacht. Weiter untersuchte Birch-Hirschfeld eine Anzahl von Kalbs-, Schweins- und Rindsaugen, deren Hornhäute, Linsen und Glaskörperflüssigkeit zwischen Quarzplatten in den Strahlenkegel und vor dem Quarzspectrographen eingeschaltet wurden. Es ergab sich, dass die Absorption der Hornhaut verschiedener Augen der gleichen und verschiedenen Tierspecies nur sehr geringe Differenzen darbietet. Als Grenze ergibt sich eine Wellenlänge von 306 μμ Wellenlänge. Die Absorption der Hornhaut ist mithin etwas grösser als diejenige des gewöhnlichen Glases, dessen Absorptionsgrenze etwa bei 300 μμ liegt. Für den Glaskörper in 1 cm. dicker Schicht fand er die Grenze bei 300 μμ, gleichviel ob der Glaskörper von Rind, Kalb oder Schwein geprüft wurde. Dagegen boten sich bei der Linse nicht unwesentliche Differenzen; am grössten war die Differenz für die Linse des Kaninchens, deren Absorptionsvermögen zwischen 330 und 390 μμ schwankte. Für die Linse des Kalbes lag die Grenze im Durchschnitt bei 328 μμ, während die Linse des Rindes zwischen 370—400 μμ absorbierte. Hieraus folgt, dass, wie auch de Chardonnet annimmt, individuelle Schwankungen im Absorptionsvermögen der Linse für kurzwelliges Licht vorkommen, und dass dieses mit zunehmendem Alter des Tieres eine beträchtliche Zunahme erfährt. Dass solche erhebliche individuelle Differenzen auch beim Menschen vorkommen, dafür scheinen die Befunde von Schanz und Stockhausen zu sprechen. Dieselben hatten Gelegenheit, 2 Kinderaugen zu untersuchen, von denen das eine wegen einer schweren Verletzung, das andere wegen Gliom entfernt werden musste, in beiden Augen waren Hornhaut und Linse noch normal. Es zeigte sich, dass die Hornhaut beider Augen die Strahlen etwa bis zur Glasgrenze absorbierte, die Linsen aber erhebliche Differenzen im Absorptionsvermögen darboten, während die Linse des Gliomauges nur ein sehr geringes Absorptionsvermögen — wenig grösser als das der Hornhaut — besass und fast garnicht fluorescierte, absorbierte die Linse des Verletzungsauges wesentlich mehr. Dass beim Menschen auch mit zunehmendem Alter die Absorption eine bedeutendere wird, dafür scheint die auffallende Tatsache zu sprechen, dass ältere Leute das Spectrum durchschnittlich weniger weit nach dem ultravioletten Teile hin sehen, als jüngere. — Wenn wir nun zur Betrachtung der Schädigungen des Auges durch Licht übergehen, die bisher klinisch und experimentell beobachtet worden sind, so haben wir als leichteste, wenn auch sehr unangenehme Blendungsfolge eine Schädigung am vorderen Augenabschnitt zu erwähnen, die wir als Ophthalmia electrica bezeichnen — die heftigsten Augenentzündungen dieser Art sind an Personen beobachtet worden, die am elektrischen Lichtbogen beschäftigt waren, daher der Name. Die Symptome derselben sind folgende: mehrere Stunden nach der Blendung stellt sich ein Reizzustand des vorderen Augenabschnitts ein mit Lichtscheu, Tränenfluss und meist heftigen Schmerzen, die im Verlaufe der nächsten 6—8 Stunden eine furchtbare Höhe erreichen. Der Kranke hat das Gefühl, als ob tausend scharfkantige Fremdkörper zwischen den Lidern und dem Auge hin- und herrollen, die Lider sind krampfhaft geschlossen, und jede Annäherung eines Lichtes steigert die Qualen des Kranken ins Unerträgliche. Meist sind nur die Lider und die Bindehaut gerötet und geschwellt, in schweren Fällen aber auch die Hornhaut getrübt und die Iris hyperämisch. Die Netzhaut ist in der Mehrzahl der Fälle nicht beteiligt. Nach einigen Tagen bilden sich

die Erscheinungen zurück, meist ohne Folgen zu hinterlassen. Dieses Krankheitsbild kann auftreten ausser nach Blendung mit künstlichem Licht, das reich an kurzwelligen Strahlen ist, auch nach Schneeblendung auf hohen Bergen durch das von der Schneefläche reflectierte Sonnenlicht, weiter nach Kurzschlussblendung und Blitzblendung. Experimentell hat diese Symptome der kürzlich verstorbene Stockholmer Ophthalmologe Widmark mit elektrischem Bogenlicht an Kaninchenaugen erzeugt. Dass die elektrische Ophthalmie auf Blendung durch kurzwelliges Licht zurückzuführen ist — in erster Linie kommen hier die Strahlen von geringerer Wellenlänge als 300 μμ in Betracht, die garnicht ins Augeninnere eindringen können, aber von Bindehaut und Hornhaut stark absorbiert werden — dafür spricht der Umstand, dass diese charakteristischen klinischen Symptome nur nach Blendung mit solchem Lichte auftreten, das reich an kurzwelligen Strahlen ist, und weiter der Verlauf der Entzündung, die sich erst viele (6—8) Stunden nach der Einwirkung zu ihrem Culminationspunkte steigert, trotzdem zur Zeit das schädliche Agens nicht mehr wirkt, während bekanntlich die Entzündungserscheinungen, die durch ultrarote Strahlen verursacht werden, vom ersten Augenblicke an sich bemerkbar machen und nach Einwirkung der Strahlen rasch wieder verschwinden. Birch-Hirschfeld hat die Veränderungen der Bindehaut bei Ophthalmia electrica auch anatomisch untersucht und vor allem eosinophile Zellen im Secret, Plasmazellen, Lympho- und Leukocyten im subepithelialen Gewebe angetroffen. Blendete er die Kaninchenbindehaut sehr häufig (mehr als 100 mal) mit dem Lichte der Uviollampe in kurzen Zwischenräumen, so liessen sich auch eigenartige Veränderungen am Epithel und im subepithelialen und prätarsalen Gewebe hervorrufen, die den Veränderungen beim Frühjahrskatarrh ähnlich sind. Diese Befunde sind insofern interessant, als neuerdings die Conj. vernalis von manchen Seiten auf Lichtwirkung zurückgeführt wird. — Weiter sind die Schädigungen der Linse durch Licht anzuführen. Widmark und Hess haben experimentell nachgewiesen, dass nach intensiver und langdauernder Blendung das Kapselepithel der Versuchstiere Degenerationserscheinungen darbieten kann, die von Linsentrübung gefolgt sind; Hess gelang es, bei Fröschen, Meerschweinchen und Kaninchen Zell- und Kernzerfall des Kapselepithels im Pupillargebiet zu erzeugen, hinter dem Papillarrand hatte sich ein Regenerationswall gebildet. Um die Strahlenschädigung der Linse verstehen zu können, müssen wir etwas näher auf das Phänomen der Fluorescenz eingehen, das sich bei Einwirkung kurzwelligen Lichtes geltend macht. Von den meisten Autoren wird die Fluorescenz als eine Umwandlung kurzwelliger, ultravioletter Strahlen in langwelligere, sichtbare gedeutet. Das Fluorescenzlicht besitzt nach Helmholtz grössere Wellenlängen, als dasjenige, das die Fluorescenz erregte, und ein fluorescierender Körper absorbiert merklich stets diejenigen Strahlen, die seine Fluorescenz erregen. Die Fluorescenz der Linse ist ein physikalischer Vorgang, wie diejenige der Chininlösung, des Kaliumplatincyanürs u. s. w., eine nachweisbare Veränderung der fluorescierenden Substanzen findet nicht statt, weder durch Nachlassen des Phänomens, noch durch Abgabe von Wärme. Schanz und Stockhausen nehmen einen anderen Standpunkt ein: sie führen die Fluorescenz der Linse nicht auf eine Umwandlung ultravioletter Strahlen in Strahlen verschiedener Wellenlänge innerhalb des Bereiches des sichtbaren Spectrums, sondern auf ein Sichtbarwerden der ultravioletten Strahlen von 350—400 Wellenlänge zurück. Sie schliessen aus ihren Versuchen, dass das Fluorescenzlicht der Linse kein gemischtes Licht, sondern lavendelgrau, eine Spectralfarbe sei. Neuerdings jedoch scheinen sie diesen Standpunkt verlassen zu haben, denn in ihrer letzten Arbeit halten sie es für festgestellt und bestätigt, dass die Linse einen grossen Teil der kurzwelligen Lichtstrahlen in langwellige umwandelt, und geben zu, dass es sich schwer entscheiden lässt, ob es sich bei der Wahrnehmung des Lavendelgrau um eine directe Wahrnehmung der ultravioletten Strahlen handelt oder um Wahrnehmung des Fluorescenzlichtes der Netzhaut. Die Fluorescenz der Linse ist so intensiv, dass die klare Linse aussieht, als wäre sie vollständig cataractös. Dass nicht nur die ultravioletten, sondern auch die sichtbaren Strahlen an der Fluorescenz der Linse beteiligt sind, hat Vogt festgestellt; mit einem Lichtfilter, der die ultravioletten Strahlen ganz absorbierte, blaue und violette noch hindurchliess, konnte die Fluorescenz der Linse nicht ganz zum Schwinden gebracht werden. Erst wenn auch blaue und violette Strahlen ausgeschaltet wurden, schwand sie vollständig. Schulek, Schanz und Stockhausen sind der Ansicht, dass das Fluorescenzvermögen der Linse nicht nur im fortschreitenden Alter mit der Sclerosierung des Linsenkernes, sondern auch im jugendlichen Alter nach intensiver, längerer Bestrahlung abnimmt. In dem Masse, wie die Linse nach dem 30. Lebensjahre immer deutlicher eine gelbe Färbung annimmt, schwindet immer mehr und mehr die Fluorescenz und nimmt die Absorption zu. Diese grosse Absorptionsfähigkeit der alternden Linse für ultraviolettes und später sogar das anschliessende violette und blaue Licht brachte schon de Chardonnet auf die Idee, dass das linsenlose Auge das Spectrum weiter nach rechts wahrnehmen müsse als das gesunde, und in der Tat ergaben Widmarks Untersuchungen an Aphakischen (und zwar an seniler Cataract Operierten), was auch Schulek bestätigt, dass für das linsenlose Auge die Grenze zwischen sichtbarem und unsichtbarem Licht sich durchschnittlich deutlich weiter nach rechts verschob als für das gesunde, woraus folgt, dass die Netzhaut Aphakischer den ultravioletten Strahlen in höherem Masse ausgesetzt ist als die Gesunder. Birch-Hirschfeld dagegen hält nach seinen Beobachtungen die Ansicht von Schulek, Schanz und Stockhausen nicht für wahrscheinlich, er konnte weder an der Kaninchenlinse nach 5—6-stündiger Bestrahlung mit dem Lichte der Uviollampe, noch an der Linse eines 85-jährigen eine merkliche Abnahme der Fluorescenz nachweisen. Aus alledem ersehen wir, dass die Ansichten der einzelnen Forscher hier stark auseinandergehen, und dass wir zur Zeit die Antwort auf die Fragen, worauf beruht die Fluorescenz der Linse, ist sie ein constantes Phänomen, oder erleidet sie eine Abnahme nach intensiver Bestrahlung oder mit zunehmendem Alter, noch schuldig bleiben müssen. — Eine höchst eigentümliche, charakteristische Linsentrübung, die neuerdings ebenfalls hauptsächlich auf Einwirkung kurzwelligen Lichtes zurückgeführt wird, ist der Glasbläserstar. Bei vielen Glasbläsern nämlich entwickelt sich in relativ jungen Jahren, meist anfang der vierziger Jahre, eine kreisrunde Trübung am hinteren Pol der Linse. Hat diese längere Zeit bestanden, so beginnt sich auch eine Trübung am vorderen Linsenpole einzustellen. Mit der Zeit bildet sich eine Linsentrübung heraus, die vom hinteren zum vorderen Linsenpol zieht und schliesslich das ganze Gebiet der Linse ausfüllt, soweit es bei der Arbeit vor dem Glasofen von den Lichtstrahlen getroffen wird. Nur der Teil der Linse wird befallen, der von der Iris nicht gedeckt ist, die Peripherie der Linse ist dabei vollständig klar. Es ist dies eine ganz charakteristische Starform, die sonst nicht vorkommt. Zur Erklärung dieser eigenartigen Starform sind die verschiedensten Ansichten ausgesprochen worden. Peters glaubte, dass der Star der Glasbläser mit der durch das Blasen erzeugten Stauung in den

Vortexvenen in Verbindung zu bringen sei; daraus würde sich aber nicht erklären lassen, warum der Glasbläserstar lange Jahre nur auf einem Auge und immer in dem Auge zuerst vorhanden ist, das der Glasbläser dem Glasofen zukehrt. Meyhöfer beschuldigte als wesentliche Ursache der Starbildung den starken Wasserverlust des Körpers durch Schwitzen, derselbe schaffe für das Auge Bedingungen, die die Bildung der Startrübung veranlassen. Dagegen weist Cramer darauf hin, dass der Glasbläser durch häufiges Trinken den Verlust ausgleiche, ausserdem habe man die Beobachtung gemacht, dass staroperierte Glasmacher eher zu grosser Behäbigkeit, als zu einer infolge der riesigen Schweissentwicklung zu erwartenden Abmagerung neigen, ausserdem zeigen andere Feuerarbeiter (Eisengiesser, Schmiede, Heizer) keine dem Glasmacherstar ähnliche Starformen, obgleich sie ebenfalls grossem Wasserverluste ausgesetzt sind. Leber endlich meinte, dass die Wasserverdunstung an der Hornhautoberfläche und der starke Wasserverlust durch Schwitzen des ganzen Körpers eine stärkere Concentration des Kammerwassers veranlasse, die ihrerseits die Ursache zu der Linsentrübung abgibt. Dann müsste aber zuerst eine Trübung am vorderen und nicht, wie es beim Glasmacher der Fall ist, am hinteren Linsenpol auftreten, ferner ist die Linse vor der directen Einwirkung der Wärmestrahlen durch die Hornhaut und das Kammerwasser erheblich geschützt. Cramer kommt auf Grund rein klinischer Erwägungen zu dem Schlusse, dass die directe Ursache der Starbildung der Glasbläser die langjährige Einwirkung der chemischen Strahlen ist, während die Hitze nur ein unterstützendes Moment darstellt. Schanz und Stockhausen legten die Verhältnisse fest, unter denen der Glasbläser Tag für Tag arbeitet, sie massen die Temperatur am Glasofen, die Temperatur des flüssigen Glases, die Lichtmenge, die der Glasofen ausströmt, und untersuchten dieses Licht während einer ganzen Arbeitsperiode spectrographisch und konnten so die Schlussfolgerung Cramers bestätigen. Sie fanden, dass das Licht, das der Glasofen ausstrahlt, ultraviolette Strahlen bis etwa 320μμ Wellenlänge enthält, und dass darin am intensivsten die ultravioletten Strahlen von 400—350μμ Wellenlänge — darunter schwächt sich das Spectrum merklich ab — vertreten sind, es enthält das Licht also die ultravioletten Strahlen, die vor allem auf die Linse wirken, und ist frei von Strahlen, die das äussere Auge reizen. Bisher konnte man sich nicht recht erklären, weshalb Fälle von acuter Blendung durch ultraviolettes Licht, wie sie in anderen Betrieben (Eisenschmelzen, bei Installateuren und Elektrotechnikern), wo also ebenfalls intensives kurzwelliges Licht zur Verwendung kommt, nicht selten vorkommen, bei Glasbläsern nicht beobachtet sind? Die Erklärung ist jetzt einfach: Reizungen des äusseren Auges, wie sie in diesen Betrieben vorkommen, werden durch die kurzwelligsten ultravioletten Strahlen veranlasst, durch die Strahlen von weniger als 320μμ Wellenlänge, diese sind aber in dem Licht, das auf die Augen der Glasmacher einwirkt, nicht enthalten. Und nur dadurch, dass das Licht, das von der glühenden Glasmasse ausströmt, frei ist von den Strahlen, die das äussere Auge reizen, ist es dem Glasbläser möglich, während seiner ganzen Arbeitszeit seine Augen der Einwirkung dieses Lichtes auszusetzen. Da die stark pigmentierte Iris, die für Wärmestrahlen gut leitend ist, wegen ihres Pigmentes die kurzwelligen Strahlen aber besonders gut absorbiert, so bleibt die Einwirkung auf die Linse auf das Pupillargebiet beschränkt. Das die hinteren Linsenschichten den ersten Angriffspunkt bilden, sucht Cramer aus der durch die Brechungsverhältnisse dort bedingten grösseren Concentration innerhalb des optischen Systems zu erklären. Es kommt also bei den Schädigungen des Auges durch kurzwellige Lichtstrahlen, wie aus diesen Feststellungen Schanzs deutlich hervorgeht, nicht nur auf die Quantität, sondern auch auf die Qualität der kurzwelligen Strahlen an.—Eine weitere wichtige Frage drängen uns die Experimente von Widmark und Hess, die, wie wir gesehen haben, in einzelnen Fällen mit Hilfe ultravioletter Strahlen Linsentrübungen erzielen konnten, auf: sind die Trübungen der Linse, die mit zunehmendem Alter auftreten, die senile Cataract, nicht auch auf kurzwelliges Licht zurückzuführen? Diese Frage lässt sich heute noch nicht mit einiger Sicherheit beantworten, dazu müsste vor allem der Nachweis erbracht werden, dass der Altersstar jetzt, wo wir bei viel intensiveren Lichtquellen arbeiten als früher, häufiger auftritt, dass die Bewohner hochgelegener Orte, deren Sonnenspectrum besonders reich ist an kurzwelligen Strahlen, oft und frühzeitig an Cataract erkranken, dass überhaupt solche Personen vorzugsweise am Altersstar erkranken, die dem ultravioletten Lichte besonders exponiert sind. Dieses scheint jedoch mit Ausnahme des Glasbläserstars nicht der Fall zu sein. Andererseits wissen wir aber, dass die Linse unter dem Einflusse der ultravioletten Strahlen lebhaft fluoresciert, und dass die Linse die kurzwelligen Strahlen intensiv absorbiert, und zwar mit zunehmendem Alter immer mehr. Nach dem Gesetz von der Erhaltung der Kraft können wir nicht annehmen, dass diese Strahlen wirkungslos verloren gehen, es ist sogar unwahrscheinlich, dass die Umsetzung der Energie ohne jede Wirkung auf das Organ bleibt, in dem die Umsetzung stattfindet. Widmark hat die Vermutung ausgesprochen, dass die Entstehung des Altersstars mit der Fluorescenz der Linse zusammenhängen könne; er schreibt: „Bei der Fluorescenz der Linse durch die ultravioletten Strahlen wird ihr Energie zugeführt und in leuchtende Strahlen umgesetzt, wäre es nicht möglich, dass sich dabei in dem Organ, in dem diese Umsetzung der Energie stattfindet, im Laufe des Lebens Veränderungen ausbilden, die am Ende des Lebens in Trübungen der Linse (Altersstar) ihren Ausdruck finden." Und nach Hertel wirken die Lichtstrahlen auf die Zellen, die sie absorbieren, als Plasmareiz, der beim Ueberschreiten einer gewissen Reizstärke die Function der Zellen lähmen und schliesslich zur Abtötung der Zellen führen kann. Bei langer Reizdauer werden auch schwache Reize gleiche Wirkungen erzeugen können. Weiter hat Handmann neuerdings an der Hand einer grossen Statistik gezeigt, dass der Altersstar in der Mehrzahl der Fälle in der unteren Linsenhälfte, und zwar unten nasal häufiger als unten temporal beginnt. Er schliesst daraus, dass er durch Ernährungsstörungen entsteht, die sich in der unteren Hälfte stärker geltend machen als in der oberen. Er weist darauf hin, dass die Lichtstrahlen, die physiologisch auf die Linse einwirken, die untere Linsenhälfte ausgiebiger bestrahlen als die obere. Das Himmelslicht und das directe künstliche Licht ist reicher an kurzwelligen Strahlen als das diffus reflectierte Licht, das vorwiegend zur oberen Linsenhälfte gelangt. Das sind alles Momente, die darauf hinweisen, dass die Entstehung des Altersstars mit der Einwirkung der kurzwelligen Strahlen auf die Linse zusammenhängt, und deshalb werden wir gut tun, das Auge gegen die intensive Wirkung dieser Strahlen da zu schützen zu versuchen, wo es sich um eine bereits beginnende Cataract handelt, oder wo Disposition zum Altersstar anzunehmen ist. — Dass die Netzhaut eine hohe Empfindlichkeit für intensives Licht besitzt, ist ebenfalls klinisch und experimentell festgestellt. Birch-Hirschfeld beobachtete bei 5 Patienten, die längere Zeit tagtäglich bei der Quecksilberdampflampe, einer an ultravioletten Strahlen reichen Lichtquelle, gearbeitet hatten, charakteristische Farbensinnstörungen, es fanden sich Scotome für Rot und Grün, die sich pericentral in einem ringförmigen

Gebiete entwickelt hatten, und die sich erst nach mehreren Wochen zurückbildeten. In allen diesen Fällen war am Augenhintergrunde ophthalmoskopisch keine Veränderung nachweisbar. Birch-Hirschfeld hat auch experimentell Netzhautveränderungen festgestellt, er blendete Augen an Kaninchen mit spectralem Ultraviolett einer Bogenlampe und konnte feststellen, dass in den Augen derjenigen Kaninchen, deren Linsen vorher entfernt worden waren, die Netzhautganglienzellen deutliche, aber rückbildungsfähige Structurveränderungen darboten (Auflösung der Chromatinsubstanz der Ganglienzellen und Auftreten von Vacuolen im Protoplasma, Chromatinverlust der Körner der inneren, Ausbleichung und Formveränderung der Körner der äusseren Körnerschicht), während an den linsenhaltigen Augen bei gleicher Blendung diese Veränderungen sich nicht beobachten liessen. Damit erbrachte er den Nachweis, dass der Linse eine Schutzwirkung für die Netzhaut zukommt. In einer anderen Versuchsreihe benutzte er gemischtes Licht, das allerdings reich an kurzwelligen Strahlen war, und konnte trotz vorhandener Linse gleichfalls Netzhautveränderungen nachweisen; da nun die Linse Strahlen bis mindestens 375μμ Wellenlänge absorbiert, so ist wohl anzunehmen, dass bei den in praxi beobachteten Netzhautveränderungen auch den Strahlen des sichtbaren Spectrums, den blauen und violetten, eine Mitwirkung nicht abgesprochen werden kann. Hierher gehören die Sehstörungen, die nach Blitzblendung, Kurzschlussblendung und Blendung durch intensives künstliches Licht auftreten. Bei der Sonnenblendung, wie sie nach Beobachtung von Sonnenfinsternissen mit ungenügend geschütztem Auge recht häufig auftritt, finden sich ophthalmoskopisch nachweisbare Netzhautveränderungen in Form chorio-retinitischer Herde an den Stellen, die am meisten der Blendung ausgesetzt waren, also hauptsächlich im gelben Fleck. Derart geblendete Personen beobachteten auch sofort ein Scotoma centrale, das in leichten Fällen verschwand, in schweren aber jahrelang fortbestand. War die Schädigung eine leichte, so beobachtete man nur functionelle Störungen. Von den vielen Autoren, die von solchen Blendungen nach Sonnenfinsternissen berichten, hebt Haab in interessanter Weise hervor, dass er in dem hellgrauen Scheibchen in der Macula, dem Lichtbilde der Sonne, einen Ausschnitt sah, der der Stellung des Mondes bei Beobachtung der Sonnenfinsternis entsprach. Während bei den oben erwähnten Netzhautveränderungen wir es wahrscheinlich mit einer combinierten Wirkung der kurzwelligen und leuchtenden—blauen und violetten—Strahlen zu tun haben, scheinen bei der Sonnenblendung sogar in erster Linie oder ausschliesslich die Strahlen von grösserer Wellenlänge die schädlichsten zu sein. Ob die Erythropsie, das Rotsehn, an der Aphakische oft leiden, und die auch an normalen Augen auftritt, wenn man sich im Hochgebirge stundenlang dem dort an ultravioletten Strahlen besonders reichem Lichte aussetzt, wenn man nach längerer Gletscherwanderung in eine dunkle Hütte tritt, als eine Wirkung der ultravioletten Strahlen aufzufassen ist, wie das Fuchs und Andere erkannt haben wollen, oder eine combinierte Wirkung darstellt, ist ebenfalls noch nicht sicher entschieden; die Häufigkeit der Erythropsie bei Aphakischen macht es aber sehr wahrscheinlich, dass den von der Linse absorbierten kurzwelligen Strahlen eine wesentliche Bedeutung zukommt.—Nachdem wir nun gesehen haben, dass Licht, und namentlich das an kurzwelligen Strahlen reiche Licht, wenn es in hoher Concentration einwirkt, imstande ist, am Auge verschiedene krankhafte Veränderungen, wie Conjunctivitis, Linsentrübungen, Netzhautaffectionen hervorzurufen, kommen wir zu der in hygienischer und therapeutischer Hinsicht ausserordentlich wichtigen Frage, wie wir wohl am besten solche schädliche Strahlen von uns fernzuhalten oder möglichst abzuschwächen vermögen? Zum Schutze gegen Strahlenschädigung des Auges stehen uns verschiedene Mittel zur Verfügung. Erstens einmal können wir die Beleuchtung mit Lichtquellen, die reich an kurzwelligen Strahlen sind, indirect gestalten, d. h. wir können sie so anbringen, dass jede Blendung ausgeschlossen ist, dass die Flamme selbst unsichtbar ist. Diese ideale Beleuchtungsart ist jedoch sehr kostspielig; durch diffuse Reflexion verliert das Licht sehr viel von den kurzwelligen Strahlen, aber auch der Verlust an leuchtenden Strahlen ist gross. Zweitens können wir die Lichtquellen ihrer kurzwelligen Strahlen berauben durch geeignete diese Strahlen absorbierende Lampengläser, Glashüllen, Schutzglocken, und wo das nicht angeht, drittens das Auge unmittelbar vor diesen Strahlen schützen durch geeignete Brillen. Seit längerer Zeit hat man sich bemüht, brauchbare Schutzgläser herzustellen, da bei der Prüfung der vorhandenen auf ihre Brauchbarkeit gegen moderne Lichtquellen es sich herausgestellt hat, dass sie alle keinen genügenden und wirksamen Schutz gegen kurzwelliges Licht gewähren, dass vielmehr alle Beleuchtungsgläser aus Klarglas kurzwelligen Strahlen in reichem Masse den Durchgang gestatten. Auch der Glimmercylinder, der vielfach bei dem Gasglühlicht Verwendung findet, hat sich in dieser Hinsicht nicht bewährt, desgleichen gewähren auch die Opalin-Opal, Matt- und Milchglasgläser keinen genügenden Schutz. Staerkle schlug vor, die Glasumhüllungen bei den Lichtquellen mit dickeren (3—4 mm) Wandstärken herzustellen. Schanz und Stockhausen zeigten jedoch, dass auch mit diesen Massnahmen nicht viel zu erreichen ist und dass erst bei einer Glasplatte von 9 mm Wandstärke eine stärkere Absorption eintritt und kleineren Wellenlängen als 320μμ der Durchgang nicht gestattet wird, und erst bei einer Glasdicke von 18 mm Strahlen bis 345 μμ Wellenlänge zurückgehalten werden. Auch die gebräuchlichen farbigen Schutzbrillen sind nicht imstande, die ultravioletten Strahlen in genügender Weise abzuhalten; von den verschieden blau gefärbten Brillen kann man sagen, dass sie sogar das Gegenteil von Schutzbrillen sind, dieselben lassen auch in ihren stärksten Nummern gerade den grössten Teil der ultravioletten Strahlen durch und ausserdem die farbigen kurzwelligen Teile des Spectrums: blau und violett; deshalb wäre es wohl an der Zeit, die blauen Schutzbrillen, die noch viel verordnet werden, ganz bei Seite zu lassen. Wesentlich günstiger verhalten sich die rauchgrauen Gläser, deren Absorptionsgrenze bei mittlerer Nüance bei 345μμ liegt, und die das sichtbare Spectrum gleichmässig und beträchtlich schwächen; für empfindliche und kranke Augen,—bei Iritis, Keratitis, Chorioiditis —die wegen des schmerzhaften Blendungsgefühls nicht nur die ultravioletten sondern auch die sichtbaren Strahlen nicht vertragen, dürfte daher eine rauchgraue Schutzbrille stets zu Recht bestehn, namentlich wenn es sich um Licht handelt, das ärmer oder relativ arm an ultravioletten Strahlen ist, wie z. B. Tageslicht, Sonnenlicht in der Ebene. Noch günstiger als für die rauchgrauen Gläser liegen die Verhältnisse für die gelbgrünlichen Gläser, die Euxanthos, Fienzal oder Hallauergläser; diese Glassorten lassen in den mittleren Nummern von den Strahlen unterhalb 400μμ nur geringe Spuren durch und schwächen ausserdem die violetten und blauen Strahlen beträchtlich, ohne die Sehschärfe wesentlich zu beeinflussen; von Staerkle wurde der Intensitätsverlust an Leuchtkraft auf 31% berechnet. Da auch diese Gläser nicht allen Forderungen genügen, die man an ein ideales Augenschutzglas zu stellen berechtigt ist, so machten sich Schanz und Stockhausen zur Aufgabe, ein Glas herzustellen, dass die ultravioletten Strahlen vollständig absorbiert, zugleich aber die leuchtenden möglichst wenig schwächen sollte. Nach langen Bemühungen und zahlreichen Schmelzversuchen gelang es ihnen, neuerdings

ein Glas herzustellen, das alle ultravioletten Strahlen vollständig auslöscht. Das Glas, das unter dem Namen „Euphosglas" im Handel ist, hat eine schwachgelbgrüne Farbe, durch dasselbe werden die leuchtenden Strahlen bei einer Dicke von 0,5—1 mm angeblich nur um etwa (5%) geschwächt. Um eine unnötige Schwächung der sichtbaren Strahlen zu vermeiden, sind die Euphosgläser den verschiedenen Lichtquellen genau angepasst; je nach dem Zweck, dem es dienen soll, ist die Zusammensetzung des Glases verschieden. Die Euphosbrillengläser z. B. kommen in den Handel in 2 Abstufungen als Euphos-licht A, das die ultravioletten Strahlen erheblich schwächt, und als Euphoslicht B, das sie vollständig absorbiert. Da, wo es sich empfiehlt, gleichzeitig auch die sichtbaren Strahlen zu schwächen, sind die Schutzgläser „Euphos-grau" angebracht, sie sind so abgepasst, dass sie die kurzwelligen Strahlen ganz absorbieren und die sichtbaren Strahlen nach Art der rauchgrauen Gläser möglichst schwächen.— Ein weiteres in den letzten Jahren empfohlenes fast farbloses Schutzglas ist das Vogtsche. Birch-Hirschfeld, Vogt und Andere, die spectrographisch die Absorption farbloser Glasarten prüften, fanden, dass der chemischen Zusammensetzung des Glases eine wesentliche Bedeutung für die Absorption der ultravioletten Strahlen zukommt und dass mit vermehrtem Bleigehalt eines Glases eine vermehrte Absorption des ultravioletten Spectrums einhergeht. Diese Eigenschaft des Bleies benutzte nun Vogt als Ausgangspunkt zu seinen Versuchen, ein farbloses Glas zu finden, das die ultravioletten Strahlen des Spectrums absorbiert. Es gelang ihm nach langen Bemühungen, in dem Schwerflint 0,198, der in dünnen (1—2 mm) dicken Schichten ziemlich farblos ist, ein Schutzglas zu finden, das die kurzwelligen Strahlen bis 375μμ absorbiert und die Strahlen zwischen 375 und 400μμ stark schwächt, ohne dabei der Helligkeit des Lichtes merklich Abbruch zu tun. Wegen seiner Weichheit aber soll es sich zur Herstellung von Schutzbrillen wenig eignen, dagegen wohl imstande sein, als Lampenglasmaterial wertvolle Dienste zu leisten in Fabriken, Schulen etc., überall da, wo es sich darum handelt, den anhaltenden schädlichen Einfluss greller Lichtquellen auf das Auge abzuhalten.—Fassen wir das hier Dargelegte nochmals kurz zusammen, so ergibt sich, dass die ultravioletten Strahlen in der Pathologie des Auges eine hervorragende Rolle spielen, dass sie für die Lichtschädigungen des Auges, wenn nicht allein, so doch in erster Linie verantwortlich zu machen sind, dass eine Reihe von Augenerkrankungen gerade dieser Strahlenart ihre Entstehung zu verdanken hat, und dass uns heute in den Hallauergläsern und dem Vogtschen Schwerflint und namentlich den Euphosgläsern wirksame Schutzmittel gegen diese Strahlenschädigung zur Verfügung stehen. Werden schon gesunde Augen durch Licht, das reich an ultravioletten Strahlen ist, geschädigt, um wieviel mehr muss sich dieser schädigende Einfluss auf Augen geltend machen, die bereits aus anderen Ursachen entstandene Krankheitsprocesse aufweisen.

Referate.

Drew: Ueber purgoantiseptische Beeinflussung des Darminhalts. Sonderabdruck aus der Medicinischen Klinik. 1910. Nr. 3.

Verfasser verordnete versuchsweise in 2 Fällen von chronischem Ekzem, nachdem die verschiedensten äusseren und inneren Mittel ohne Erfolg verwandt worden waren, die innere Darreichung der essigsauren, schwerlöslichen Tonerde. Dabei erwies es sich, dass das Eston, ohne einen dermatotherapeutischen Effect erzielt zu haben, eine vorzügliche purgierende Wirkung besass. Dieses bewog Verfasser, das Eston bei weiteren 53 Kranken seiner Poliklinik, die an Obstipation litten, anzuwenden.

Nur in 6 Fällen versagte das Eston. Bei 30 Gonorrhoikern bewährte sich das Eston als ein hervorragendes Adjuvans insofern, als sich bei 36 Fällen nur 2 mal Complicationen zeigten.

Das Eston ist eine pulverförmige, schwerlösliche, essigsaure Tonerde von der Formel $Al_2(OH_3)(C_2H_3O_2)_4$; in Wasser nur in geringer Menge löslich.

Verwandt wird das Eston hauptsächlich mit sulfathaltigen Tabletten in einer Dosis von 2—5 g. pro die; Kinder erhalten 2—5 Tabletten à ¼—1 g. pro die.

Hinze.

J. Bresler: Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Mittel. Zusammenstellung der bisherigen Erfahrungen. Halle a. S. C. Marhold 1910.

Wechselmann: Beobachtungen an 503 mit Dioxydiamido-Arsenobenzol behandelten Krankheitsfällen. Sonderabdr. aus d. Deutsch. Med. Woch. Nr. 32.

A. Glück: Kurzer Bericht über 109 mit „606" behandelte Luesfälle. Sonderabdr. aus der Münch. Med. Woch. Nr. 31. 1910.

Von Tag zu Tag mehrt sich die Zahl der Publicationen über Syphilisfälle, die mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Mittel behandelt worden sind. Der kurze Bericht von Glück aus Serajewo umfasst 109 Fälle, davon 71 Männer und 38 Frauen im Alter von 12—70 Jahren. Alle wurden mit je einer Injection von 0,3—0,5 des Dioxydiamido-Arsenobenzols behandelt. Mit Initialsclerose ohne Allgemeinerscheinungen wurden 6 Luetiker beobachtet. In allen diesen Fällen erfolgte bereits nach 24 Stunden deutlich sichtbare Reinigung des Geschwürsgrundes und beginnende Erweichung und in einigen Tagen Heilung. Die Inguinaldrüsen schwanden langsamer, in einem Fall, wo schon Allgemeinerscheinungen aufgetreten waren, Exanthem, einzelne Papeln, erst nach 5 Wochen. In 10 Fällen waren maculöse Exantheme vorhanden, die in 3—10 Tagen restlos zum Schwinden kamen, bei 8 maculo-papulösen Syphiliden verschwanden diese in 3—5 Tagen, bei einigen pustulösen Exanthemen dauerte es auch nur 5—8 Tage, bis sie unter Zurücklassung von Pigment schwanden. Bei 9 Patienten lagen pustulöse Exantheme in Bart und am Kopf vor, die gleichfalls in 5—9 Tagen schwanden, ebenfalls als Rest einen Pigmentfleck hinterlassend. Angina syphilitica schwand in 2—7 Tagen, Plaques an Zunge, Lippen, Mund, Rachen, weichem Gaumen noch schneller, in spätestens 5 Tagen. Rapid heilen auch breite Condylome an der Scrotal- und Penishaut. Sie bestanden bei 29 Patienten, bei einem hypertrophisch, nässend, das ganze Scrotum bedeckend; ungeachtet dessen war am 6. Tage nach der Injection alles mit zarter, neuer, rosagefärbter Haut bedeckt. Etwas resistenter waren Condylome am Anus, doch schwanden sie bei allen diesen 22 Fällen in 7 — spätestens 17 Tagen, ebenso die Papeln und Condylome am weiblichen Genitale. Sehr günstig wurde eine Keratitis parenchymatosa bei einer Frau beeinflusst, bedeutende Aufhellung der Cornea in 21 Tagen. Eine Iritis mit Synechien war am 8. Tage ausgeheilt. Die Lymphdrüsen in secundären Fällen schwanden frühestens in 8—10 Tagen, in vielen Fällen noch langsamer. In einem Fall von Lues maligna mit Geschwüren an den Unterschenkeln, Lungenkatarrh und Fieber war in 14 Tagen alles fast vollkommen zur Heilung gekommen. Auch in tertiär-syphilitischen Fällen war die Wirkung des «606» eine überraschende, Hautgummata, Ulcerationen, Gummata am Gaumen etc. alles kam zur Heilung in 6—21 resp. 47 Tagen. In den Sclerosen liessen sich schon nach 24—48 Stunden keine Spirochäten mehr nachweisen, in 2 Fällen war das Untersuchungsresultat erst am 4. Tage negativ. Der Wassermann, der nur in 20 Fällen ausgeführt werden konnte, war nach 8—21 Tagen (in 15 Fällen) noch positiv, in 5 Fällen nach 35—40 Tagen ausnahmslos negativ. Die Dosis wurde im Anfang zu gering genommen, 0,3 des Mittels, hierdurch ist auch ein Misserfolg zu erklären bei einer Frau, die 8 Tage nach der Injection mit unveränderter Sclerose an der Lippe zurückkam, der sich noch ein maculöses Exanthem und eine Angina specifica zugesellt hatten. Auf eine zweite Injection von 0,4 kam nun alles definitiv zum Schwinden. Recidive sind bisher bei den Patienten nicht beobachtet worden.—Eine Ergänzung früherer Mitteilungen ist der Aufsatz Wechselmanns. Der Bericht W. aus dem Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin umfasst bereits die stattliche Zahl von 503 Kranken, zu denen auch Säuglinge gehören. Ein in der Couveuse gehaltenes neugeborenes Kind von 200 g. Gewicht mit allerschwerstem Pemphigus syphiliticus, Oedem der Beine und des Gesichtes, Gangrän der Endglieder der Finger wurde von seiner Hautsyphilis in wenigen Tagen durch Injection von 0,015 «606» geheilt, starb aber leider später an Bronchopneumonie. W. beobachtete, dass die Plaques in der

Mundhöhle auch ohne locale Mundpflege bei Rauchern in 24—48 Stunden nach der Injection zur Heilung kommen. Das gleiche gilt von Erosioschankern der Mundhöhle und auch von dieser Form an den Genitalien, wo je nach der Grösse die Ueberhautung einige Tage dauert. In einzelnen Fällen ist Leucoderma colli in wenigen Tagen unter Verschwinden der weissen Stellen geheilt. «Am schwersten beeinflussbar sind die derben Hautpapeln, wie dies ja auch bei den bisher üblichen Mitteln der Fall war.» Die glänzendsten Erfolge ergaben sich bei der malignen Syphilis oder den vorzeitig ulcerösen Formen. Manchmal muss in solchen Fällen die Injection nach 3—4 Wochen wiederholt werden, um volle Heilung zu erzielen. Recidive hat W. aber bisher bei keinem seiner Patienten gesehen. In einem Fall von ulceröser Mastdarmlues heilten die Geschwüre gleichfalls in kurzer Zeit völlig aus. Ein lange bestehender Icterus bei Lebersyphilis schwand in 10 Tagen. Ebenso schwollen syphilitische Wucherungen des Kehlkopfes, derentwegen die Tracheotomie gemacht werden sollte, nach der Injection schnell ab. «Zwei Fälle von cerebraler Lues mit Tumorbildung vertrugen trotz schwerer Symptome, ebenso wie zwei Fälle von frischer und ein Fall von einige Wochen alter luetischer Apoplexie, den Eingriff vorzüglich, und die 3 letzten Fälle wiesen sehr deutliche Besserungen auf.» In einem Fall von reflectorischer Pupillenstarre und Abducensparese beiderseits und starker Herabsetzung der Sehschärfe auf dem rechten Auge trat einige Tage nach der Injection eine erstaunliche Besserung auf, das Sehvermögen wurde wesentlich besser, und es trat wieder eine deutliche Pupillenreaction auf. Das Gleiche wurde in einigen Fällen von Tabes mit Pupillenstarre beobachtet. Schädigungen durch das Mittel hat W. keine gesehen. Auch auf den Sehnerven scheint das «606» im Gegensatz zum Atoxyl keinen schädigenden Einfluss zu haben, ebenso wenig auf das Nervensystem. «Wohl aber scheint die Einverleibung des neuen Mittels bei bereits bestehenden bakteriellen Infectionen (Angina, Schnupfen, Influenza etc.) eine stürmische Reaction zu erzeugen». «Fünf Frauen am Ende der Schwangerschaft bekamen 0,45 ohne Schädigung der Früchte». Bresler schliesslich hat eine Zusammenstellung verschiedener über die Behandlung der Syphilis mit «606» erschienenen Aufsätze geliefert. Er bespricht zuerst die Arbeiten von Prof. K. Alt in Uchtspringe, der das Mittel bei 23 Paralytikern anwandte und folgendes erzielte: von 18 Kranken mit positiver Wassermannscher Reaction verloren dieselbe nach einem Tag: von 0,3 vollständig 2 Patienten, die Reaction zeigte starke Abnahme bei weiteren 2, schwache Abnahme bei 3. Die Arsenausscheidung war eine langsame, noch am 10. Tage konnte es im Urin nachgewiesen werden. Nach Alts Angaben versuchte das Mittel nun in der Dosis von 0,3 Schreiber am Altstädtischen Krankenhaus in Magdeburg an Menschen mit frischer Syphilis und hatte geradezu verblüffende Behandlungserfolge zu verzeichnen. Die Initialgeschwüre gingen in wenigen Tagen zurück, die Sclerosierung schwand, die maculo-papulösen Ausschläge blassten ab und schwanden in kurzer Zeit, nässende Papeln und Geschwüre trockneten ein und verheilten, auch ein grosses tertiäres Geschwür am Oberschenkel heilte in 3 Wochen. Die specifischen Anginen mit schmierigen Belägen reinigten sich und schwanden in wenigen Tagen. Als Nebenwirkung wurde nur starke Schmerzhaftigkeit und Temperaturerhöhungen bis 38,6 beobachtet. Das Allgemeinbefinden und Körpergewicht hob sich überraschend schnell. Von 27 Personen mit positivem Wassermann wurde er bei vieren in kurzer Zeit negativ. Die Arbeiten von Wechselmann, Michaelis, Tomasczewski, Kromayer, Dörr, Neisser, Spatz, Jéronne, Hugenberger und Pick bestätigen und ergänzen diese Angaben. Schreiber und Hoppe fanden 50 Tage nach der Injection bei Syphilitikern, dass 84,6 pCt. derselben die vorher positive Wassermannsche Reaction verloren hatten, vier weitere verloren sie noch später (=92,3 pCt. der Fälle!), sie wurden negativ nach frühestens 4 bis spätestens 70 Tagen. Lesser beobachtete, dass das «606» auch bei mit Nephritis behafteten Luetikern anstandslos vertragen wurde und bei Lungensyphilis glänzend wirkte. Nach Ehrlich ist «606» nicht organotrop, bei einer Obduction 14 Tage nach der Injection fand sich Arsen nur im injicierten Muskel, in einem anderen Fall fand sich noch am 36. Tage p. inj. 0,01 Arsen in den Glutäen. Im Blut war am 14. Tage kein Arsen mehr zu finden. Fischer und Hoppe fanden, dass bei subcutaner Einverleibung die Ausscheidung des Arsen bei Paralytikern in 12—14 Tagen beendet ist, bei Epileptikern und sonstigen kräftigen Luetikern bis zum 5. Tage. Bei intravenöser Anwendung ist das Arsen schon vollkommen in 2—3 Tagen ausgeschieden. Durch den Darm wurde Arsen bei intravenöser Anwendung noch am 5. und 6. Tage, bei intramusculärer am 10. Tage ausgeschieden. Das «606 ist ein Dioxydiamidoarsenbenzol von der Formel $C_{12}H_{12}O_2N_2As_2$ und ist von Ehrlichs Mitarbeiter Dr. Bertheim dargestellt und von Dr. Hata an Tieren geprüft worden. Es ist ein schwefel-gelbes Pulver, das in Vacuumröhrchen zum Versand kommt und nicht als reine Substanz, sondern als salzsaure Verbindung. Die anfänglich sehr grosse Schmerzhaftigkeit bei der Anwendung wird bei den neuesten Anwendungsmethoden nach Michaelis und Wechselmann fast ganz vermieden, ebenso die Fiebersteigerungen und sonstigen Nebenerscheinungen. Die Anfangsdosis von 0,3 hat sich als zu klein erwiesen, es wird jetzt im allgemeinen 0,5 bei Männern, 0,45 bei Frauen angewandt, doch sind Dosen von 0,6 ja 0,8 in einzelnen Fällen ohne Schaden injiciert worden.

Wenn das neue Mittel sich vielleicht auch nicht als absolut sicher, in einmaliger Dosis, wirkendes Specificum erweisen sollte, so ist es doch ohne Frage ein neuer mächtiger Factor im Kampfe gegen die Syphilis, jedenfalls der mächtigste bis heute bekannte. Auch hier in Russland haben wir, dank dem liebenswürdigen Entgegenkommen von Prof. Ehrlich, bereits die Möglichkeit, uns selbst von der Wunderwirkung des «606» zu überzeugen.

W. Schiele.

Dr. Stepp: Ein Beitrag zur Behandlung der Tuberculose der Lungen. Fortschr. d. Med. Nr. 6.

Bericht über 17 Fälle klinisch-manifester, zum Teil schwerer Lungentuberculose, bei denen mit Menthol auffallend günstige Resultate erzielt worden sind. Zur Verwendung kam 30—40% Mentholsalbe mit Eucerin als Vehikel und wurde jeden Tag auf eine andere Körperfläche 10 Minuten lang eingerieben. Wichtig ist die Dauer der Behandlung, die nicht unter 4—5 Monaten, nach Möglichkeit aber viel länger durchgeführt werden soll. Von guter Wirkung war dieselbe Behandlung auch bei Infiltraten nach abgelaufener acuter Pneumonie bei Kindern, während Lungentuberculose mit Diabetes, acute Drüsen- und Knochentuberculose nicht beeinflusst wurden.

Dr. E. Hönck: Die Behandlung des Keuchhustens und anderer Luftröhrenkatarrhe durch die Bauchmassage. Fortschr. d. Med. Nr. 7. 1910.

Ausgehend von seiner Beobachtung, dass Luftröhrenkatarrhe nicht selten im Gefolge einer Blinddarmentzündung auftreten, glaubte Verf., dass durch den Vagosympaticus eine Wechselwirkung zwischen Trachea und Bauchorganen vermittelt wird, und wurde dadurch veranlasst, bei Luftröhrenkatarrhen und Keuchhusten Bauchmassage anzuwenden. Die Resultate des Verfahrens waren ungemein günstig, in manchen Fällen geradezu verblüffend, und Verf. glaubt nicht, dass mit einer anderen Behandlung ein Keuchhusten so leicht und schnell zum Schwinden gebracht werden kann.

Bedingung ist allerdings das Fehlen hochfieberhafter Nebenerkrankungen, obschon leichtes Fieber keine Gegenanzeige bildet. Auf Grund der Erfolge seiner Therapie hat sich Verf. die Meinung gebildet, dass der Keuchhusten neben dem infectiösen Moment noch eine abdominale Ursache haben müsse.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. Med. Fritz Williger. Zahnärztliche Chirurgie. (Leitfaden der praktischen Medicin Bd. I). Leipzig 1910. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. 120 Seiten, mit 8 Tafeln und 74 Abbildungen. Preis M. 4.

In gedrängter Kürze, aber in klarer, anschaulicher Weise behandelt der Verfasser die kleine Chirurgie der Mundhöhle. Die Operationsmethodik wird hauptsächlich nach dem von Prof. Partsch geübten Verfahren geschildert, aber auch die Lehren anderer Schulen sind nicht unberücksichtigt geblieben. Das Buch enthält 4 Capitel, welche 7½ Druckbogen füllen. Die 3 ersten Capitel handeln von den wichtigsten chirurgischen Krankheiten der Zähne und der Mundhöhle und ihrer Diagnostik. Das 4. Capitel bringt speciell die kleine zahnärztliche Chirurgie. Zum Schluss enthält das Buch einen Index der geschilderten Krankheiten und Medicamente, der seinen Wert erhöht.

Da Verf. sich die Aufgabe gestellt, nur diejenigen Krankheiten und Operationen im Gebiet der Mundhöhle zu schildern, welche in der Ambulanzpraxis zur Behandlung kommen und ohne Assistenz operiert werden können, so betont er mit Recht, dass sein Buch nicht die grossen Hand- und Lehrbücher der Krankheiten der Kiefer und Zähne ersetzen kann. Die Ausstattung des Buches ist gut, der Preis ein mässiger, und es kann durchaus allen praktischen Zahnärzten empfohlen werden, zumal darin alle neuen Anschauungen und Operationsmethoden auf dem im Titel erwähnten Gebiet geschildert sind.

Dr. med. N. Astachow.

Prof. Dr. Julius Schwalbe. Therapeutische Technik. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende. Mit 537 Abbildungen. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. Leipzig. 1910. Verlag von G. Thieme. XVI + 979 Seiten. Preis M. 22.

Der Umstand, dass schon 3 Jahre nach dem Erscheinen der ersten Auflage des Buches eine neue nötig ist, beweist, dass das Buch einem Bedürfnis entspricht und grosse Beliebtheit in Aerztekreisen geniesst. Es unterscheidet sich von einigen ähnlichen Werken dadurch, dass es vorzugsweise nur das für den praktischen Arzt und Studenten Wissenswerte enthält ohne grosse theoretische Auseinandersetzungen. Das mag neben der Gediegenheit und Fülle des Inhalts, der übersichtlichen Anordnung des Stoffes und der anschaulichen Darstellung dem Buche die meisten Freunde erwerben. Die einzelnen Kapitel sind von folgenden Autoren bearbeitet: Technik der Arzneibereitung und Arzneianwendung — Prof. R. Kobert, Technik der Ernährungstherapie — Prof. Fr. Kraus und Priv.-Doc. Dr. Th. Brugsch. Dieses Kapitel bildet eine neue, wertvolle Ergänzung zur ersten Auflage. — Die Technik der Hydro- und Thermotherapie ist von Prof. H. Rieder, die Technik der mechanischen Orthopädie, Massage und Gymnastik von Prof. Riedinger neu bearbeitet worden (statt Vierordt und Hoffa in der ersten Auflage). Das ebenfalls neu hinzugekommene Kapitel der Technik der Behandlung der Haut- und venerischen Krankheiten hat Prof. Bettmann zum Verfasser. Die chirurgische Technik haben Prof. Hildebrand und Dr. B. Bosse bearbeitet. Die Technik der Behandlung einzelner Organe weist folgende Verfasser auf: Augen — Prof. Eversbusch, Ohr — Prof. Siebenmann, Nase, Rachen und Kehlkopf — Prof. Friedrich, z. T. in Gemeinschaft mit Dr. Albanus, Pleura und Lungen — Prof. Hoppe-Seyler, Herz — Prof. J. Schwalbe, Speiseröhre, Magen und Darm — Prof. Ad. Schmidt, chirurgische Behandlung des Darms und Abdomens — Prof. V. Czerny, Harnorgane und männliche Genitalorgane—Prof. O. Zuckerkandl, weibliche Genitalorgane — Prof. Fritsch, Nervensystem — Prof. Strümpell und Prof. Müller. Durch die Erweiterung der früheren Kapitel und das Hinzukommen neuer ist der Umfang des Textes von 789 auf 942 Seiten gestiegen, und auch die Zahl der Abbildungen ist bedeutend vermehrt, während ein Teil der alten durch neue, bessere ersetzt ist. Neue Apparate und Instrumente finden durchweg gebührende Berücksichtigung, und ihre Anwendung wird klar und anschaulich geschildert. Das Werk kann allen praktischen Aerzten bestens empfohlen werden, und wir wünschen ihm in der neuen Gestalt eine ebenso günstige Aufnahme wie sie die erste Auflage gefunden hat.

F. Dörbeck.

H. Schridde und O. Naegeli. Die Hämatologische Technik. Mit 1 Tafel und 20 Abbildungen im Text. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1910.

Wir befinden uns bereits im Besitz einer Anzahl von Werken, die die Histologie und Pathologie des Blutes behandeln und in wechselnder Breite auf die Technik der Blutuntersuchung eingehen. Dieses Buch nun gibt uns in zwei gesonderten Kapiteln einesteils die erprobten Methoden der histologischen Untersuchungen der blutbereitenden Organe und des Blutes, andererseits die Technik der klinisch-morphologischen Untersuchungen des Blutes. Es ist längst anerkannt, dass ein Eindringen in den Sinn des normalen, wie pathologischen Geschehens in den hämatopoetischen Organen nur durch ein fleissiges Studium der Histologie dieser Organe in Verbindung mit den Untersuchungen des Blutes beim gesunden und kranken Menschen gewonnen werden kann, und es ist daher die hier durchgeführte Combination als eine höchst zweckentsprechende anzusehen. In der Auswahl der angeführten und empfohlenen Methoden sieht man den bewährten Rat erfahrener Untersucher, der gelegentlich auf kleine Handgriffe hinweist, die manchem Verfahren erst den Erfolg sichern. Selbstverständlich ist das Neueste mitaufgenommen, so z. B. die Viscosimetrie, die eben in die Klinik ihren Einzug hält.

Ucke.

II. kurländischer Aerztetag in Libau.

(Vom 28.—30. Mai 1910).

5. Sitzung

am 30. Mai 1910 von 10—1 Uhr vormittags.

XVIII. Dr. Thilo-Riga. Zur Verhütung der Winkelstellungen nach Lähmungen. Dr. Th. legt einige von ihm ersonnene und erprobte Apparate vor.

Zur besseren Verständigung erläutert er zunächst an einem schematischen Modell, wie nach Lähmungen der Rückenbeuger des Fusses (Dorsalflexoren) durch Verkürzung der Sohlenbeuger ein Spitzfuss entsteht. Er erinnert hierbei an die Arbeiten von A. Fick. Dieser hat nachgewiesen, dass schon jeder normale Muskel, wenn er sich zusammengezogen hat, in seiner Verkürzung solange verharrt, bis er wieder ausgedehnt wird, ja es gehört sogar eine ganz erhebliche Kraft dazu, ihn zu seiner vollen Länge wieder auszudehnen. Je länger er aber in seiner Verkürzung verharrt, um so erheblicher muss die dehnende Kraft sein. Diesen Zustand der Verkürzung hat A. Fick als «Schrumpfung» bezeichnet, denn es beginnt bei ihm sehr bald ein Schrumpfen und Schwinden der Muskelfasern. Schliesslich bilden sie sich in Bindegewebe und Sehnengewebe um.

Der Spitzfuss entsteht also, weil die Sohlenbeuger nicht mehr genügend ausgedehnt werden, infolgedessen sich immer mehr verkürzen und schliesslich in Sehnengewebe übergehen.

Die Entstehung eines Spitzfusses kann man also nur verhüten, wenn man die Sohlenbeuger mehrmals am Tage gründlich ausdehnt und hierauf den ganzen Tag über in diesem ausgedehnten Zustande durch Schienen und drgl. erhält. Diese Behandlung ist solange fortzusetzen, bis die frühere Kraft der Rückenbeuger ausreichend wieder hergestellt ist. Das ist doch gewiss eine sehr einfache Regel! Leider wird sie aber wohl meistens nur sehr unvollkommen berücksichtigt.

Es werden die Rückenbeuger elektrisiert oder massiert, hierdurch werden auch die Sohlenbeuger einige Mal ausgereckt und dann lässt man sie ganz ruhig wieder 24 Stunden lang «schrumpfen», d. h. es geschieht gleich nach der Lähmung nichts dafür, um durch Schienen und drgl. die Verkürzung der Muskeln zu verhüten. Gerade zu dieser Zeit ist das aber meistens ohne Schwierigkeiten erreichbar, denn die Sohlenbeuger besitzen noch ihre normale Dehnbarkeit, und man braucht nur diese solange zu erhalten, bis die Kraft der Rückenbeuger wiederkehrt. Hierfür sind die Aussichten oft günstiger als es anfangs erscheint.

Man weiss es ja schon seit einiger Zeit, dass nach Zerstörung des Sprachcentrums ein neues Centrum entstehen kann. Dieselbe Möglichkeit liegt jedenfalls auch für Bewegungscentren vor.

Vortr. hat selbst eine ganze Reihe veralteter Lähmungen mit so günstigem Ausgange behandelt, dass er ihre Heilung nur durch die Bildung neuer Centra erklären kann. Für solche Heilungen ist aber eins Grundbedingung. Man muss die Schrumpfung der Antagonisten verhüten, denn diese kann die freie Kraftentwickelung der gelähmten Muskeln oft unmöglich machen. Daher ist auch der Kampf gegen die Schrumpfung gleich nach eingetretener Lähmung vorzunehmen, d. h. wenn die Muskeln noch vollkommen dehnbar sind. Schon nach einigen Wochen ist oft die Dehnbarkeit bedeutend herabgesetzt. Es kann dann vorkommen, dass man einen Spitzfuss oder eine Greifhand nicht mehr vollständig mit der Hand zurückbiegen kann. Aber auch dann wird meistens noch immer keine Schiene angelegt, es geschieht das oft erst nach Monaten oder Jahren. Dann aber ist schon ein grosser Teil der Sohlenbeuger sehnig geworden, und in den Rückenbeugern ist der letzte Rest von Muskelfasern geschwunden. Unwillkürlich fragt man wohl: warum wird bisher die Muskelschrumpfung so unvollkommen durch Schienen bekämpft?

Th. meint, weil die bisherigen Schienen zu grosse technische Schwierigkeiten bereiten. Aus diesem Grunde hat er sich jahrelang bemüht, einfachere herzustellen. Er hat sie an sehr zahlreichen Fällen erprobt und in seinem Werke: «Orthopädische Technik». Wiesbaden 1908. A. F. Bergmann, veröffentlicht. Er erläutert eine ganze Reihe derselben gegen Spitzfuss, Klumpfuss, Plattfuss, Verkrümmungen der Finger, Beine und Arme. Auch einen Heftpflasterzug gegen Schiefmund bei Facialislähmungen erläutert er, dsgl. einen Heftpflasterzug gegen das Offenstehen der Augenlider u. s. w.

Neben dieser Behandlung lässt Th. von vornherein passive und active Bewegungen vornehmen. Auch hierzu hat er einfache Vorrichtungen ersonnen und hergestellt. Sie sind gleichfalls in seiner «Orthopäd. Technik» veröffentlicht. Der Kranke kann sie mit eigener Hand in Bewegung setzen, man braucht ihn nur anzuleiten und von Zeit zu Zeit anzuspornen. Wenn eine grössere Zahl von Kranken gemeinsam übt, so spornen sie sich gegenseitig an. Th. legt einige Curven vor, welche erläutern, wie durch seine Bewegungsvorrichtungen oft in kurzer Zeit die Kraft gelähmter Muskeln erheblich zunahm. Bei einigen Kranken stieg die Kraft der Muskeln in 2—3 Monaten auf das Dreifache, bei anderen sogar in 8 Monaten auf das Hundertfache.

Zum Schluss spricht Th. die Hoffnung aus, dass namentlich die Nervenärzte mit seinen Vorrichtungen Versuche anstellen mögen. Sie würden sich dann bald davon überzeugen, dass der Zuwachs an Arbeit nicht so gross ist, wie er anfangs erscheint. Allerdings muss man streng an dem Grundsatze festhalten, nicht alles mit eigener Hand zu machen. Man muss vielmehr Heilgehilfen heranziehen, die sich in aller

Ruhe vollständig den Uebungen der Kranken widmen können. Oft gelingt es auch, zu solchen Gehilfen die Angehörigen der Kranken, ja die Kranken selbst, heranzuziehen.

Discussion:

1. Brehm hat bei der Klumpfussbehandlung auch die Erfahrung gemacht, dass dieselbe nur Erfolg haben kann, wenn sie sehr lange fortgesetzt wird, am häufigsten scheitert der Erfolg aber nicht an der Ungeduld des Arztes, sondern an der des Patienten resp. der Eltern, sobald dieselben einen normal gestellten Fuss sehen, verschwinden sie. Der Klumpfuss ist heilbar, wenn die Behandlung genügend lange fortgesetzt wird. Es erscheint dabei nicht wesentlich, ob man mit Gipsverbänden oder Schienen behandelt. In jedem Fall ist die Tenotomie unerlässlich.

2. Mey fragt Dr. Thilo, ob der seiner Zeit vom weil. Prof. v. Wahl in Dorpat seinen Schülern empfohlene Heftpflasterverband bei angeborenem Klumpfuss ausreichend sei, um zum Ziele zu kommen?

3. Thilo antwortet Dr. Mey, dass die Heftpflasterverbände leider meistens nicht ausreichen. Man ist genötigt, Gipsverbände oder Schienen anzuwenden. Die Verbände müssen Monate lang getragen werden. Die Gipsverbände werden zum Teil als Dauerverbände, zum Teil als abnehmbare Gipsverbände angewandt. Durchaus sind auch Massage und Bewegungen monatelang zur Heilung erforderlich.

Ueberhaupt ist ein Klumpfuss als ein sehr ernstes, ungemein hartnäckiges Leiden anzusehen, das eine ungünstige Prognose hat. Hierauf muss man die Eltern aufmerksam machen, damit sie gleich von vornherein die Sache ernst nehmen.

Der Vorsitzende teilt mit, dass man leider auf den wichtigsten Teil des Aerztetages, die Discussionen bei den folgenden Vorträgen, wird verzichten müssen, da zu 3 Uhr die gemeinsame Fahrt durch den Kriegshafen angesagt ist.

Es finden ohne Discussion folgende Vorträge statt:

XIX. Dr. Braun-Libau: Die Schädigung des Auges durch Luft und ihre Verhütung. (Erschienen in Nr. 35 der St. P. Med. W.).

XX. Dr. Goldberg-Libau: Ueber die Behandlung der Placenta praevia. (Erschienen in Nr. 27 der St. P. Med. W.).

XXI. Dr. Christiani-Libau: Die Indication des künstlichen Aborts. (Erscheint in der St. Pet. Med. W.).

XXII. Dr. Straume-Libau: Ueber einen unter dem Bilde einer Phtisis florida verlaufenen Fall von malignem Chorion-Epitheliom. (Erschienen in Nr. 28 der St. P. Med. W.).

XXIII. Dr. Bidder-Mitau: Geburtshilflicher Bericht aus der Mitauer Hebammenschule. (Erschienen in Nr. 31 der St. P. Med. W.).

Mit diesem Vortrag schliesst die wissenschaftliche Sitzung.

Der Vorsitzende, Dr. Zoepffel verliest einen Aufruf der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift, der die bedrängte Lage der Zeitschrift schildert. Um die einzige, in deutscher Sprache erscheinende Wochenschrift zu erhalten, ist es dringend nötig, dass jeder College sie abonniere, wozu der Verein St. Petersburger Aerzte und die Dorpater medicinische Gesellschaft ihre Mitglieder verpflichtet habe. Der Vorsitzende bittet, dass die Collegen im selben Sinne in dem Verein wirken sollen, zu dem sie gehören.

Der Vorsitzende gibt einen kurzen Rückblick auf den II. Aerztetag, der eine zahlreiche Beteiligung aufzuweisen habe, die kaum hinter der des I. Aerztetages in Mitau zurückbleibe. Auch waren die Vorträge stets gut besucht und die Discussionen lebhaft. Leider mussten sie nur am letzten Tage wegfallen.

Im Namen der Aerztegesellschaft spricht der Schriftführer Tantzscher dem Vorsitzenden für seine Mühe bei der Vorbereitung und Leitung des Aerztetages den Dank der Collegen aus, worauf der Vorsitzende den II. kurländischen Aerztetag für geschlossen erklärt.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Um die Einschleppung der Pest aus Odessa nach St. Petersburg zu verhüten, ist eine besondere städtische Antipestcommission gebildet, und diese hat den von Dr. Kaschkadamow ausgearbeiteten Plan bestätigt. Unter anderem sollen alle aus Pestgegenden ankommenden Personen genau registriert werden und die Polizei muss ihren Wohnort der Commission mitteilen, die eine sorgfältige ärztliche Beobachtung der Ankömmlinge im Laufe von 10 Tagen veranstaltet. Der Hafen von St. Petersburg soll mit allen speciellen Vorrichtungen zwecks Desinficierung von Schiffen versehen sein. Eine energische Rattenvertilgung soll in Angriff genommen werden. — Das soll Alles geschehen. Inzwischen ist aber in St. Petersburg ein Schiff mit Korn aus Odessa angekommen und ruhig ohne alle Vorsichtsmassregeln in den Hafen eingelaufen, ohne dass die «Antipestcommission» eine Ahnung davon hatte. (s. Nowoe Wremja, Nr. 12372, 22. August).

— Die Massregeln zur Bekämpfung der Pest in Odessa bestehen in folgendem. Die Stadt ist in 72 Bezirke geteilt; in jedem Bezirk ist ein Arzt und 6—7 Sanitäts-Curatoren ernannt. Letztere sind verpflichtet, Rundgänge in ihren Bezirken zu machen und durch Umfragen zu erfahren, ob nicht pestverdächtige Erkrankungen vorgekommen seien. Jede Erkrankung wird dem Bureau gemeldet, welches aus dem Stadthauptmann, den Professoren W. Wyssokowitsch und D. Sabolotnyi und einem Stadtverordneten besteht. Das Bureau ordnet dann die entsprechenden Massnahmen an.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 10. bis zum 16. Juli erkrankten in ganz Indien 659 Personen und starben 561. — Aegypten. Vom 6. bis zum 12. August wurden 5 Erkrankungen und 3 Todesfälle registriert.

— Pest in Russland. Odessa. Seit dem Beginn der Epidemie bis zum 24. August sind an der Pest erkrankt 85 Personen, gestorben 19, genesen 21; verbleiben in Behandlung 45 Kranke. In allen Fällen handelte es sich um Bubonenpest, es ist kein einziger Fall von Lungenpest beobachtet worden. Um die Massregeln zur Abwehr der Pest kennen zu lernen, sind nach Odessa Aerzte aus Poltawa, Tiflis, Ssimferopol, Nikolajew, Jekaterinoslaw, Rostow a. Don und anderen Städten des Südens gekommen.

Die bakteriologische Untersuchung der beiden pestverdächtigen Erkrankungen in Nikolajew ergab ein negatives Resultat.

Am Aksai, im Atbaschinschen Bezirk des Kreises Przewalsk, Gebiet Ssemiretschensk (Centralasien) sind seit Ende Juli bis zum 11. August 17 Fälle von Lungenpest constatiert worden. Alle Vorsichtsmassregeln sind getroffen (Nowoe Wremja).

In der Dshambeteiskaja Wolostj des Uralgebietes sollen 7 pestverdächtige Erkrankungen beobachtet worden sein (Retsch).

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 8. bis zum 14. Aug.		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	435	(178)	2608	(946)	7. Juni
» Kronstadt	31	(27)	176	(92)	8. »
Gouv. St. Petersburg	68	(37)	342	(147)	24. »
Stadt Archangelsk	—	(—)	1	(—)	10. »
Gouv. Olonezk	—	(—)	1	(1)	7. Aug.
» Wologda	42	(23)	240	(123)	5. Juli
Stadt Reval	—	(—)	1	(—)	13. »
» Riga	—	(—)	2	(1)	14. »
Gouv. Pskow	1	(—)	23	(7)	6. Juni
» Nowgorod	38	(17)	291	(130)	7. Juli
» Minsk	63	(31)	1230	(436)	18. Mai
» Mogilew	22	(8)	529	(231)	14. »
» Witebsk	20	(2)	81	(17)	18. April
» Smolensk	10	(5)	47	(31)	10. Juli
» Podolien	89	(46)	568	(247)	12. Juni
» Wolynien	1	(1)	153	(87)	9. »
» Kiew	846	(333)	3978	(1474)	3. Mai
» Tschernigow	93	(34)	1854	(719)	13. »
» Poltawa	163	(69)	2942	(1168)	9. »
» Charkow	50	(23)	3935	(1709)	8. »
» Orel	44	(19)	1027	(474)	2. Juni
» Kursk	284	(147)	3596	(1570)	3. »
» Woronesh	1706	(801)	7973	(3403)	27. Mai
» Tambow	341	(185)	2843	(1371)	29. »
» Pensa			1436	(641)	27. Juni
» Kaluga			145	(67)	1. Juli
» Tula	2	(—)	197	(82)	17. Juni
» Rjasan	179	(96)	1772	(746)	19. »
» Wladimir			467	(213)	5. »
» Moskau	45	(12)	125	(54)	10. »
» Twer	4	(—)	33	(15)	10. Juli
» Jaroslaw	137	(86)	768	(373)	27. Juni
» Kostroma	234	(158)	3325	(1561)	26. »
» Nishnij Nowgorod	115	(50)	1782	(692)	24. »
» Kasan	293	(137)	2888	(1303)	19. »
» Ssimbirsk	503	(251)	2464	(1055)	21. »
» Ssamara	876	(472)	7330	(3277)	9. »
» Ssaratow	400	(191)	4049	(1575)	5. »
» Astrachan	122	(55)	1568	(690)	15. »
» Stawropol	48	(14)	5457	(2741)	3. »
» Perm	59	(29)	530	(188)	2. »
» Wjatka	22	(8)	349	(161)	26. »

	Erkrankt und gestorben vom 8. bis zum 14. Aug.		Erkrankt und gestorben von Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Gouv. Ufa			874	(534)	29. Juni
› Orenburg	299	(132)	1279	(627)	4. Juli
Turgai-Gebiet	18	(10)	85	(43)	13. ›
Ural-Gebiet	15	(8)	33	(13)	3. Aug.
Gouv. Jekaterinoslaw	822	(533)	15406	(6964)	10. Jan.
Stadt Kertsch-Jenikale	6	(—)	588	(267)	14. Mai
› Ssewastopol	4	(2)	67	(41)	10. Juni
Gouv. Taurien	193	(114)	4145	(2055)	7. Mai
Stadt Rostow am Don	48	(15)	3035	(1016)	7. »
Gebiet der Donkosaken	1038	(538)	19538	(9031)	21. »
Gouv. Bessarabien			58	(24)	17. Juni
Stadt Odessa	19	(23)	526	(282)	27. Mai
› Nikolajew			303	(122)	4. Juni
Gouv. Cherson	564	(243)	7016	(2965)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	7	(1)	615	(213)	7. Juni
Kuban-Gebiet	657	(417)	21849	(14072)	26. Mai
Terek-Gebiet	127	(90)	3871	(1643)	28. ›
Stadt Baku	81	(46)	1114	(418)	4. Juli
Gouv. Baku	91	(56)	1210	(575)	19. April
› Tiflis	243	(85)	1383	(564)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	187	(97)	692	(399)	29. ›
Gouv. Kutais	48	(29)			26. Juli
› Jelisawetpol	205	(165)	516	(354)	8. ›
Kars-Gebiet	167	(72)	609	(288)	5. Juni
Transkaspi-Gebiet	—	(—)	84	(52)	19. ›
Ssyr-Darja-Gebiet	24	(11)	46	(25)	13. Juli
Gouv. Tomsk	23	(5)	32	(6)	8. Juni
› Tobolsk	20	(8)	86	(40)	23. Juli
Akmolinsk-Gebiet	218	(131)	245	(144)	23. »
Finnland	—	(—)	2	(—)	22. »
Im Ganzen	12510	(6376)	154445	(74723)	

— Cholera. Italien. Choleraerkrankungen kamen vor in Barletta, Trani, Andria, Bisceglie, San Ferdinando di Puglia, Margherita di Savoia, Trinitapoli und Cerignola. — China. In Inkan sind von japanischen Aerzten mehrere Choleraerkrankungen unter den Chinesen mit tötlichem Verlauf constatiert worden. Auch ein Japaner ist gestorben. Auf der Eisenbahnlinie Kuantschendsi-Tairen ist ärztliche Besichtigung der Passagiere eingeführt.

In Wien sind 2 Fälle von Cholera asiatica constatiert worden, von denen der eine tötlich verlief. Es handelte sich um eine Frau und ein Mädchen, die aus Ungarn gekommen waren, und zwar auf 2 verschiedenen Schiffen aus Pest und aus Pressburg.

— Bukarest. Auf Befehl des Ministers des Inneren wurden alle aus Russland eintreffenden Reisenden an den Grenzstationen nach gründlicher Desinfection im Laufe von 5 Tage einer ärztlichen Observation an ihren Wohnorten in Rumänien unterworfen.

— Genickstarre. Preussen. Vom 7. bis zum 13. August wurden 6 Erkrankungen und 1 Todesfall gemeldet.

— Poliomyelitis. Preussen. Vom 7. bis zum 13. August wurden 6 Erkrankungen und 1 Todesfall constatiert.

— Hochschulnachrichten.

Rom. Dr. G. Ferreri wurde zum o. Professor der Ohrenheilkunde und Dr. Lo Monaco zum o. Professor der Physiologie ernannt.

Turin. Zu ord. Professoren wurden ernannt: Dr. Ceconi — der inneren Medicin, Dr. Vicarelli — Geburtshilfe und Gradenigo — Ohrenheilkunde.

— Listen der Mitgliedsbeiträge und Spenden für die Allrussische Liga zur Bekämpfung der Tuberculose.

V. Liste: (7.—17. Mai).

Wirkliche Mitglieder, welche einen lebenslänglichen Beitrag eingezahlt haben: Berson L. N. 50 R., Berson O. S. 50 R., Hassewicz S. Dr. 50 R.

Wirkliche Mitglieder, welche den Jahresbeitrag für 1910 eingezahlt haben im Betrage von:

1 Rbl.: Blumenthal G. J., Boreskowa M. P., Kitajew F. J., Lasarew P. M., Lasarewa E. F., Losinski M. L., Martynow L. E., Sdrawomyslow W. M., Semitschow A. W., Semitschowa S. W., Simina M. A., Warfolomejew A. N., Werbalowskaja L. M., Werbalowski M. G., Wogak A. J.

2 Rbl.: Kotliarewskaja W. W., Kotliarewski N. A., Moskwin I. M., Tschechowa-Knipper O. L.

3 Rbl.: Gillien K. I., Pomeranzew N. D., Rajewski A. A., Romanow P. M., Romanowa A. D., Seropegow R. A., Wetwenitzki K. I.

5 Rbl.: Pokrowskaja E. P., Pokrowski N. N., Salemann W. A., Swolianski S. E., Baronin Wolf L. A.

Einmalige Spenden: Fürst Dolgoruki A. S. 25 R., Eberling L. 3 R., Kapuschtschuk I. M. 1 R, Makowskaja J. P. 10 R., Sulim M. A. 1 R., Unbekannte aus der Geschäftsstelle der «Nowoje Wremja» 1 Rbl. Im ganzen laut Liste V 260 R., zusammen mit den früher eingezahlten Beträgen — 8508 R.

VI. Liste. (18. Mai — 10. August).

Wirkliche Mitglieder, welche einen lebenslänglichen Beitrag eingezahlt haben: Balaschow I. P. 100 R., Brodski L. I. 50 R., Fawitzki A. P. 50 R., Gassewitsch Dr. 50 R., Graf Orlow-Dawydow A. A. 50 R., Gräfin Orlowa-Dawydowa A. E. 50 Rbl., Tarnowskaja P. N. 100 R.

Wirkliche Mitglieder, welche ihren Jahresbeitrag für 1910 eingezahlt haben im Betrage von:

1 Rbl.: Almedingen E. N., Almedingen N. A., Almedingen T. A., Bilenko E. A., Bilenko S. A. Bylinin, N. W., Bylinin W. W., Kasarin I. W., Kisselewa N., Kollat N. A., Kopytkin N. N., Kopytkina E. F., Kopytkina E. N., Kruglikowa S. I., Makin F. U., Mayer K. A., Müller P., Paschutin L. W., Poleshajew G. N., Poleshajew M. N., Poleshajew N. D., Poleshajew N. N., Poleshajewa A. G., Poleshajewa M. N., Sarchi A. I., Schirokowa A., Sobolewa L. N., Suratow A. I., Umow A. A., Umow A. I., Umowa M. I., Weimar E. E., Weimar O. E., Weimar S. K., Werbalowskaja L. M., Werbalowski M. G., Wetoschkina A. A., Winogradow A. B.

2 Rbl.: Jaffe S., Kissina F., Kolpakowa A. W., Meyer P., Pechliwanow I. G., Sachs S., Salessowa E. N., Sytina S. A.

3 Rbl.: Bolotow I. I., Bolotowa O. I., Brandt A. A., Koni A. F., Pomeranzew N. D., Rajewski A. A., Romanow P. M., Romanowa A. D., Wachramejewa W. W.

4. Rbl. Adamowitsch E. S., Denisjew P. F., Golizyn W. N., Ignatjewa E. S., Keller N., v. Lerche P. K., Zuckermann J.

5 Rbl.: Ardaschew W. W., Budsinski S. K., Figner M. I., Lopuchina N. I., Pokrowskaja E. P., Pokrowski N. N., Polosowa E. N., Tanejew A. S., Tanejewa N. I.

6 Rbl.: Petersen A.

8 Rbl.: Krawetz F., Laurenz I.

10 Rbl.: Beck E. F., Naryschkina E. A.

Einmalige Spenden: Brandt A. A. 7 R., Fürst Dolgoruki A. S. 25 R., Eberling L. 3 R., Figner M. I. 10 R., Kapuschtschuk T. M. 1 R., Kriwoschein I. 2 R., Kriwoschein O. 2 R., Kriwoschein O. 2 R., Kriwoschein W. 2 R., Kriwoschein W. 2 R., Kriwoschein W. 2 R., Sulim M. A. 1 R., E. G. K. 1 R., N. N. 1 R., N. N. 1 R., N. N. 4 R., Unbekannter 1 R.

Im Ganzen laut Liste VI — 713 R. und zusammen mit den früher eingezahlten Beträgen — 9221 R.

Dr. Leo Berthenson.

Den 18. August 1910.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. V. Puschkin Landschaftsarzt in Grjasnow, Kreis Lichwin, Gouv. Kaluga, am Flecktyphus. Er war geboren 1879, und approbiert 1903. 2) Die Aerztin E. Schwerina, geb. 1866, approb. 1903. Sie diente als Landschaftsarzt in Kospljansk, Kreis Poretschje, Gouv. Smolensk. 3) In Warschau der ehemalige Prof. der allgemeinen Chirurgie an der Universität, Dr. M. Wassiljew, geb. 1857, approb. 1881. 4) In Moskau am 12. Aug. Dr. Edmund Spindler, geb. 1868, approb. 1893. 5) Der Landschaftsarzt im Kreise Ushumsk, Gouv. Wjatka, Dr. N. Koschurnikow, am Typhus, geb. 1875, approb. 1903. 6) Im Dorfe Zyskor, Kreis Ssolikamsk, Gouv. Perm, an der Cholera die Aerztin E. Malzewa als ein Opfer ihres Berufs. Sie hatte erst in diesem Jahr ihre Studien beendigt und sich mit allem Eifer der Jugend ihrer ärztlichen Tätigkeit unter den schwierigsten Verhältnissen, wie man sie sich in Europa gar nicht vorstellen kann, hingegeben. Ihr Tod rief allgemeine Trauer hervor. Der Gouverneur drückte den Eltern sein Beileid aus, die Gouvernementslandschaft beschloss, an dem Medicinischen Institut für Frauen ein Stipendium auf den Namen der Verstorbenen zu stiften und ihr Bildnis im Hospital aufzuhängen. 7) Am 25. Aug. in Dresden der Altmeister der Kinderheilkunde Prof. Henoch, nachdem er vor kurzem seinen 90. Geburtstag gefeiert. 8) Am 25. Aug. der frühere Professor der pathologischen Anatomie in Strassburg v. Recklinghausen im Alter von 77 Jahren. 9) In London im Alter von 91 Jahren Miss Florence Nightingale, berühmt durch ihre aufopfernde Tätigkeit als Pflegerin der Verwundeten im Krimkriege und als Vorkämpferin auf dem Gebiet des Krankenpflegewesens in England.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 36 St. Petersburg, den 4. (17.) September 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Ueber künstliche Hernien.

Vortrag, gehalten auf dem II. Kurl. Aerztetag in Libau.

Von

Dr. med. J. Alksne.

M. H.! Bekanntlich muss gerade der russische Staat alljährlich viel Energie im Kampfe gegen die Verstümmelungen in der Armee opfern. Vor allen Dingen lässt die geistige Dunkelheit, welche noch weite Territorien und ganze Nationen Russlands überschattet, die vor Jahrzehnten entstandenen Legenden über die Schrecken des Militärdienstes nicht sterben. Viele Kränkungen bringt zudem den ungebildeten nichtrussischen Stämmen, z. B. Tataren, Grusiern, Moldauern u. a. die Unkenntnis der Reichssprache. Dass aber auch kulturell hochstehende Nationen, z. B. die Juden, Polen u. a. einen recht grossen Procentsatz von Verstümmelungen bieten, erklärt sich aus den eigenartigen socialpolitischen Verhältnissen Russlands, wo der Bürger nicht nach seinen Fähigkeiten, sondern nach seiner Nation und seinem Glaubensbekenntnis beurteilt und belohnt wird. Bekanntlich kann z. B. einem Juden kein Diensteifer, keine Gewissenhaftigkeit aus den Reihen der Gemeinen zum Unterofficier oder zum Feldscher verhelfen.

Als gewesener Militärarzt habe ich der Frage über künstliche Hernien näher treten müssen. Und es geschah, ich muss es gleich hier eingestehen, nicht ihrer grossen Häufigkeit wegen, sondern weil dieselben nur allzu oft von den Militärcollegen den Rekruten und jungen Soldaten auf blosse Verdächtigungen hin andiagnosticiert werden. Da jegliche Verstümmelungen einer strengen gesetzlichen Verfolgung unterliegen, können solche unbegründete Diagnosen das ganze Leben der Betroffenen verderben. Deshalb hat gerade in der Frage der künstlichen Hernien das menschliche Gewissen mitzusprechen.

Zweifellos werden in Russland künstliche Hernien zur Vermeidung der Wehrpflicht erzeugt, obgleich sicherlich nicht so oft, wie es einige Autoren behaupten. Mit geringen Ausnahmen sind es Juden, welche zu diesem doppelschneidigen Schwert greifen. Ueberhaupt beobachtet man bei jüdischen Soldaten in dem ersten Dienstjahr 7 mal häufiger Hernien als bei anderen Nationen (S o l o m k a).

Dabei ist es auffallend, dass im 1—3 Dienstjahr bei Juden mehr linksseitige als rechtsseitige Leistenbrüche beobachtet werden, während bei anderen Nationen das Umgekehrte zurecht besteht. Auch die Spanier sollen mehr linksseitige als rechtsseitige Brüche aufweisen. Die Frage der künstlichen Hernien wurde zuerst in den Militärhospitälern der jüdischen Ansiedlungscentren, in Warschau und Kiew, zur Discussion gebracht und ist ausschliesslich von russischen Aerzten bearbeitet worden. Ich nenne die Namen S c h u l z, O r l o w, J a s c h t s c h i n s k i, W o s k r e s s e n s k i, B o r n h a u p t, K r a s s n o w, G a l i n, A b l o w, S o l o m k a, W l a s s o w, G u b a r e w, K r y m o w. Vor allen Dingen hat G a l i n zur Klärung der Frage experimentell und klinisch viel getan. Er berichtet, 76 Fälle von künstlichen Hernien operiert zu haben.

In mehreren Fällen haben S c h u l z, G a l i n, K r y m o w, W l a s s o w u. a. das Eingeständnis der Operierten über die Selbstverstümmelung erhalten. Ich habe 2 Fälle von Hernien operiert, welche die Anzeichen der künstlichen an sich trugen. In dem ersten Falle wurde meine Vermutung durch Aussagen des Patienten bestätigt, in dem zweiten musste ich mich mit dem Operationsbefunde begnügen und bei dem begründeten Verdacht bleiben. Die Krankengeschichten folgen später.

Das Leichenexperiment hat die Möglichkeit der Erzeugung künstlicher Hernien bewiesen. Ich gebe zu, dass man es hier mit alterierten Geweben und grosser Gewaltanwendung zu tun hat, immerhin darf man denselben nicht jede Bedeutung absprechen, wie es W o s k r e s s e n s k i tut. Dass es ihm nicht gelungen ist, an Leichen Hernien zu erzeugen, beruht wohl darauf, dass er sich bemüht hat, schiefe Hernien hervorzubringen. Ich habe an 5 Leichen beiderseitige Brüche

zu erzeugen versucht, und kann im allgemeinen die Erfahrungen von Galin und Krymow bestätigen.

Die anatomischen Verhältnisse der Inguinalgegend werden von den einzelnen Autoren recht verschieden geschildert. Ich übergehe die Details und begnüge mich mit dem Hinweis, dass ich mich an Waldheyer halten will. Die Vorderwand des Leistencanals wird von der Aponeurose des m. obliquus abdom. ext. gebildet. Die Fasern derselben zeigen ein compliciertes Geflecht und trennen sich in der Nähe der äusseren Oeffnung des Leistencanals in das crus internum und crus externum. Der annulus inguin. ext. wird in seinem oberen Winkel durch die fibrae intercrurales abgerundet. Die hintere Wand des Canals besteht aus den Aponeurosen des m. obliquus abdom. intern. und m. transversus und aus der fascia transversalis, welche einen stärkeren lateralen und schwächeren medialen Teil hat; zwischen diesen Teilen verlaufen die vasa epigastrica. An der Bildung der hinteren Wand beteiligt sich noch ein dreieckiges bandförmiges Blättchen, das ligam. Collesii seu crus poster. Die obere Wand des Leistencanals wird von den untersten Fasern der mm. obl. abd. intern. und transversus gebildet, welche zum Samenstrang den m. cremaster schicken. Der untere Wandschluss besteht aus dem lig. Poupartii, welches eine verstärkte Fortsetzung der Aponeurose des m. obl. abd. extern. ist und nach hinten in die fascia transversa übergeht. Wir müssen noch die peritonealen Vertiefungen der vorderen Bauchwand erwähnen, welche zum Durchtritt von Eingeweiden führen, nämlich die von einander durch die peritoneale Falte der vasa epigastrica getrennten fovea inguinalis externa und fovea inguinalis interna.

Da das Leichenexperiment Tatsachen ergeben hat, welche zum Verständnis der klinischen Erscheinungen einer künstlichen Hernie unbedingt notwendig sind, will ich zuerst die Ergebnisse der Untersuchungen Galins, Krymows und der meinigen kurz zusammenfassen. Die Experimente werden derartig angestellt, dass man mit dem Zeigefinger oder mit einem stabförmigen Instrument in die äussere Leistenöffnung eindringt und in dieser oder jener Richtung die hintere Wand des Leistencanals zu durchbrechen sucht. Es ist mir nicht gelungen, durch einfache Erweiterung des natürlichen Leistencanals eine Hernie zu erzeugen, womit bewiesen ist, dass die schiefen äusseren Brüche, welche den ganzen Leistencanal passieren müssen, keine künstlichen sein können. Dringt man aber mit dem Finger oder mit dem Instrument sogleich über dem tuberc. pubicum dorsalwärts gegen die Tiefe vor, so gelangt man in die innere peritoneale Leistengrube, welche den directen inneren Hernien zum Durchtritt dient. Die Widerstände sind hier erheblich leichter zu überwinden, denn sie werden bloss von den Schenkeln des äusseren Leistenrings und der fascia transversa gebildet. Meint man den Weg für die künstliche Hernie genügend vorgebildet zu haben, so wird durch Pressen des Abdomens, eventuell bei aufrechter Stellung der Leiche, versucht, Eingeweide in die Perforationsstelle zu treiben, was auch in den allermeisten Fällen gelingt. Daraufhin werden die Inguinalgegenden seciert, um sich über die eventuellen Verwüstungen der Gewebe zu informieren. Ist der äussere Leistenring zu eng, so wird er lädiert, wobei die Leistenschenkel eingerissen und abgedrängt, die fibrae intercrurales gesprengt werden und die Aponeurose des m. obl. abd. ext. zu einem Spalt auseinandertritt. Der äussere Leistenring erhält dabei gewöhnlich die Form eines Dreiecks. Damit genügt es aber noch nicht zur Erzeugung einer Hernie. Dieselbe kann nur dann zustande kommen, wenn bei genügender Weite des äusseren Leistenrings auch die hintere Canalwand, d. h. die fascia transversa, perforiert oder wenigstens sehr erheblich gedehnt wird. Ich muss eingestehen, dass es mir nicht immer gelang, bloss mit dem Finger diese Verwüstungen herzustellen; ich habe öfters zum Instrument greifen müssen. Ist der äussere Leistenring genügend gross, so braucht er garnicht einzureissen und behält seine natürliche Form. Dann kommt es nur auf die im allgemeinen geringe Widerstandsfähigkeit der fascia transversa an. Somit kann es, nach dem Experiment zu urteilen (Krymow), 4 Arten von directen künstlichen Hernien geben: Zerreissung des äusseren Leistenrings und Perforation der fascia transversa; Zerreissung des äusseren Leistenrings und sackförmige Dehnung der fascia transversa; angeborene Weite des Leistenringes und Perforation der fascia transversa; angeborene Weite des Leistenringes und sackförmige Dehnung der fascia transversa. Während nämlich Galin kategorisch behauptet, dass bei der experimentellen Hernienbildung stets die fascia transversa einreisst und dass künstliche Hernien ohne Zerreissung derselben undenkbar sind, muss ich Krymow beipflichten, dass bei genügender Vorsicht und Ausdauer es gelingt, in der Fascie eine sackförmige Ausbuchtung hervorzurufen ohne sichtbare oder tastbare Lochbildung.

Das ist das pathologisch-anatomische Schema, in welches alle künstlichen Leistenhernien hineinpassen.

Stellen wir uns jetzt vor, dass die beschriebenen Manipulationen an einem Lebenden ausgeführt werden. Wie gesagt, es steht fest, dass künstliche Hernien von verbrecherischen „Operateuren" gegen Bezahlung erzeugt werden. Mein sechzigjähriger Patient, ein Jude, welcher mir die künstliche Erzeugung seines Bruches in der Jugend eingestand, erzählte, dass derselbe mit Hilfe eines Ochsenhorns unter furchtbaren Schmerzen zustande gebracht worden sei. Galin hat folgende Tatsachen in Erfahrung gebracht. Der Betreffende wird auf die Diele gelegt und ein Gehilfe des „Operateurs" setzt sich auf seinen Kopf, während der andere die Beine hält. Zwischen die halbgebeugten und ausgespreizten Beine setzt sich der Operateur und zerreisst mit dem Zeigefinger irgend etwas in der Leistengegend. Diese Manipulation geschieht rasch und ist sehr schmerzhaft. Sogleich darauf zwingt man den Operierten, aufzustehen und zu gehen, wobei er an den folgenden Tagen husten, pressen und Lasten heben muss. Als das Centrum der Hernienfabrikation im Süden Russlands wird Berditschew angegeben. Eine solche Operation kostet 15 bis 100 Rbl. Die Gewebsschichten, welche bei dieser „Operation" traumatisiert werden, sind folgende: die Haut, das Unterhautzellgewebe, die oberflächliche Fascie, die Schenkel des Leistenringes und die fibrae intercrurales, das dazwischen gelegene lockere Bindegewebe mit den Fasern des m. cremaster und die fascia transversa. Es ist selbstverständlich, dass alle diese Verletzungen von grösseren oder kleineren Extravasaten begleitet werden, je nach der Gewalt und Kunst, womit der Operateur seine Arbeit gemacht hat. Da die Operierten sogleich aufstehen müssen, und durch verschiedenartige Anstrengung der Bauchpresse eine primäre Verklebung der gerissenen Gewebspartien verhindert wird, so bilden sich im Gefolge einer reactiven Entzündung narbige Verklebungen und Verhärtungen, welche noch für die spätere Zeit zu palpieren sind. Vor allen Dingen verkleben die Ränder des Defects in der Tranversalfascie mit dem vorgedrängten Bruchsack. Die traumatisierten Ränder des m. obl. abd. int. und m. transversus vekleben mit den eingerissenen Leistenschenkeln. Die Spitze des Peritonealsacks dringt in den gespreng-

ten Leistenring, verklebt mit der Muskelschicht, mit den traumatisierten Leistenringrändern und mit der oberflächlichen Fascie. So erhalten wir eine Vorstülpung des Peritoneums, dessen Kuppe direct unter der Haut befindlich sein kann. Nach grösserer Gewaltanwendung kann auch das Peritoneum in den reactiven Entzündungsprocess hineingezogen werden, so dass Verlötungen des Bruchsackes mit seinem Inhalt auftreten. Dietz hat 3 künstliche Leistenbrüche beschrieben, wo Dünndarmschlingen mit dem Bruchsack fest verwachsen waren. In einem meiner Fälle, wo die künstliche Erzeugung des Bruches eingestanden wurde, war das Coecum nebst Wurmfortsatz mit dem Peritonealsack untrennbar verlötet. Da das Peritoneum an dieser Stelle gut verschieblich ist, werden wohl Zerreissungen desselben selten vorkommen. Obgleich der bewegliche funiculus spermaticus dem directen Trauma ausweicht, indem der Finger des Operateurs an seiner inneren Seite zur inneren Leistengrube vordringt, so wird er dennoch gequetscht und in den allgemeinen Entzündungsprocess hineingezogen. Die Folge davon können Verwachsungen mit dem Bruchsack, mit den Bestandteilen des Leistenringes und mit dem Schambein sein. Je nach dem Grade der Verletzungen werden die Deformationen des Leistenringes und die Narbenbildungen verschiedene Dimensionen erreichen. Dieser Typus der künstlichen Brüche mit Sprengung des Leistenringes und Perforation der Transversalfascie bietet die typischsten Merkmale, welche die Diagnose nicht allein bei der Operation, sondern auch meistens schon bei der äusserlichen Untersuchung ermöglichen. Dieselben sind durchaus nicht als eine theoretische Construction auf Leichenexperimenten aufzufassen, sondern sind vielfach bei der Operation constatiert worden. Galin hat dieselben in ein abgeschlossenes System gebracht.

Der zweite Typus (Sprengung des Leistenringes und sackförmige Dehnung der fascia transversa) ist von Krymow und mir experimentell erzeugt worden. Ich glaube, dass er garnicht so selten am Lebenden vorkommt, wenn die Herstellung der Bruchpforte nicht gewaltsam in einigen Minuten, sondern etappenweise in mehreren Sitzungen und durch systematische Uebungen erzielt wird. Leider ist in den betreffenden Operationsprotocollen das Verhalten der fascia transversa nicht genügend charakterisiert, um jedes Mal über ihre Unverletztheit urteilen zu können. In meinem zweiten Fall, wo das Eingeständnis des Operierten fehlte, war der äussere Leistenring offenbar gesprengt worden und mit der oberflächlichen Fascie, dem Muskelrande und dem Samenstrang verlötet, doch die fascia transversa war als ein sehr derber und verdickter Sack erhalten, von welchem sich der Peritonealsack ablösen liess, woraus ich auf Erhaltung der Fascie schliesse.

Noch geringere Merkmale von Verletzungen wird der dritte Typus bieten (weit veranlagter Leistenring nebst Perforation der fascia transversa). Auch solche Fälle sind sicherlich beobachtet worden und in der Literatur verzeichnet. Galin und Krymow behaupten, dass bei einiger Uebung das Auffinden des Loches in der Fascie leicht möglich ist. Man müsse folgends verfahren: „Nachdem der Kranke Rückenlage eingenommen, führe man den Zeigefinger unter Einstülpung der Scrotalhaut gegen den Leistencanal, setze ihn auf das Schambein und führe ihn allmählich in die Tiefe. Wenn man den Kranken leicht pressen lässt, so beginnt der Finger jetzt die sich anspannende Fascie zu tasten, und in ihr lässt sich das Loch leicht finden". Ich muss eingestehen, dass mir das percutane Constatieren des Zustandes der Fascie an der Leiche Schwierigkeiten gemacht hat. Die Section hat gezeigt, dass ich mich mehrmals geirrt hatte.

Der vierte Typus der künstlichen Brüche, ausgezeichnet durch weiten und unversehrten Leistenring und durch sackförmige Vorwölbung der fascia transversa, wird sich durch nichts von den natürlichen inneren Leistenbrüchen unterscheiden. Man kann einen solchen Bruch an der Leiche herstellen. Krymow hat einen solchen am Lebenden beobachtet, welcher die künstliche Erzeugung eingestand. Dahin könnte auch ein Fall von Galin gehören, wo eingestandenermassen ein künstlicher Bruch vorlag, aber bei der Operation keine Anzeichen eines gewesenen Traumas gefunden wurden.

Diese pathologisch-anatomische Uebersicht hat schon die Hauptmerkmale der künstlichen Leistenbrüche zu Tage gefördert.

Es erübrigt noch, an die kritische Betrachtung der einzelnen Merkmale zu treten, inwiefern sie nur den künstlichen Leistenbrüchen eigen und für dieselben absolut beweisend sind. Hiermit betreten wir das Gebiet der Gewissensfrage bezüglich der künstlichen Hernien. Da das Schicksal der bruchkranken Rekruten und Soldaten bei uns sehr oft nicht von erfahrenen Chirurgen, sondern von Nichtspecialisten entschieden wird, und sehr viele Militärärzte a priori geneigt sind, überall—zumal bei Juden — Simulation und Selbstverstümmelung zu verdächtigen, so bin ich gezwungen, noch einige andere Punkte kritisch zu beleuchten, welche der Chirurg richtig zu würdigen weiss, während der Nichtspecialist dieselben sehr oft ganz falsch beurteilt.

Es gibt Collegen, welche bei der Rekrutierung einen jeden beginnenden Bruch der Künstlichkeit verdächtigen, zumal bei Juden. Auf diese Weise gelangen viele Bruchkranke in die Armee, von welchen man sich später garnicht so leicht befreien kann. Der Körperbau und die eventuelle Veranlagung zur Bruchbildung des Mannes werden nicht berücksichtigt, der Anamnese wird nicht geglaubt, man gibt sich nicht einmal Rechenschaft darüber, ob es ein directer oder indirecter Bruch ist. Wie gesagt, sind schiefe Brüche meist angeboren. Der Mann kommt ins Regiment, und die Verdächtigungen und Kränkungen wollen kein Ende nehmen. Nicht selten wandert er von einer Commission zur anderen, aber niemand will ihn freisprechen, weil eben ein solches Gehenlassen keine Verantwortung den Aerzten auferlegt. Einen solchen sehr belehrenden Fall beschreibt Steinberg. Ich brauche nicht zu beweisen, dass ein solches Verfahren unwissenschaftlich und unhuman ist.

Mehr Missverständnis als Principienlosigkeit spricht in den Fällen mit, wo bei jungen Soldaten, welche beim Einstellen ins Regiment gesund waren, ganz unerwartet Brüche auftreten. Da man sich nicht zu erklären weiss, wie ein Bruch so rasch entstehen konnte, glaubt man sich berechtigt, Selbstverstümmelung anzunehmen. Die Erfahrung lehrt, dass wir es in solchen Fällen fast ausschliesslich mit Hernien zu tun haben, welche in einen angeborenen processus vaginalis peritonei infolge starker Action der Bauchpresse eingetreten sind. Ich habe viele solche Verdächtigungen zu bekämpfen gehabt, habe die Betroffenen vor dem Anklagestuhl gerettet und sie zur Operation bewogen. Gräser sagt, dass die congenitalen Hernien häufiger sind als wir bisher angenommen haben. Bayer geht noch weiter und schreibt: „.... man gelangt allmählich zu dem Schlusse, dass, wie die angeborene Leistenhernie immer eine äussere resp. schiefe ist, die äussere resp. schiefe Leistenhernie in überwiegender Mehrzahl eine angeborene oder wenigstens congenital veranlagte ist." Han-

sen konnte unter 172 Brüchen, welche bei Marineangehörigen operiert wurden, nur 26 mal einen erworbenen Bruchsack constatieren. In 85% bestanden Anzeichen, dass der Bruchsack congenital veranlagt war. Galin taxiert die angeborenen Bruchsäcke auf 80%. Solche Brüche können im Laufe weniger Tage und Wochen zum Vorschein kommen; ich habe 2 mal Einklemmungen bei der ersten Offenbarung der Hernie gesehen. Also spricht das plötzliche Auftreten eines Bruches durchaus nicht für seine künstliche Natur, sondern beim Fehlen von Extravasaten und Infiltraten sogar gegen dieselbe.

Als weiterer Beweis für die künstliche Natur eines Bruches wird der Umstand erwähnt, dass in solchen Fällen ein relativ kleiner Bruchsack aus einer sehr weiten Bruchpforte hervortritt. Dagegen muss gesagt werden, dass dieses Verhältnis sehr oft bei natürlichen inneren Leistenbrüchen beobachtet wird. Bekanntlich schwankt die Weite des äusseren Leistenringes sehr erheblich und werden 1—4—6 cm. Länge und 1—3 cm. Breite angegeben (Velpeau, Jaschtschinski, Wenglowski). Woskressenski untersuchte die Leistencanäle von 3006 Mann und fand in 20% den Leistenring für 2 Finger durchgängig, während in 0,13% Brüche bestanden. Ich habe einen angeborenen Defect von ungefähr 4—5 Fingerbreite gesehen, welcher mit einem kleinen congenitalen Leistenbruch combiniert war.

Jetzt wollen wir die Merkmale der künstlichen Brüche einer Betrachtung unterziehen, welche als Folgen des Traumas auftreten. Vor allen Dingen die Destructionen und Spaltbildungen am äusseren Leistenring, falls derselbe gesprengt worden ist.

Wir haben gesagt, dass durch Zerreissung der fibrae intercrurales ein Spalt zwischen den Längsfasern der Aponeurose an der oberen äusseren Peripherie des Leistenringes auftritt, so dass derselbe eine dreieckige Form erhält. Nun werden aber dreieckige Leistenöffnungen auch normaler Weise beobachtet. Es können sogar natürliche Spaltbildungen durch Auseinandertreten der Längsfasern der Aponeurose entstehen, was nach den Untersuchungen von Jaschtschinski und Kruschilin garnicht so selten vorkommt. Jeder Chirurg, welcher Hernien operiert hat, weiss, dass die Stärke und Dichtigkeit des Fasergeflechtes der Aponeurose in sehr weiten Grenzen schwankt, weshalb auch geringe Traumen und Anspannungen der Bauchpresse Verunstaltungen des Leistenringes hervorrufen können.

Weiterhin wird darauf hingewiesen, besonders von Galin, dass bei normalen Bruchbildungen die Aponeurose des m. obl. abd. ext. sich leicht von der vereinigten Muskelschicht des m. obl. abd. int. und m. transversus und vom Rande des m. rectus abheben lässt, dass diese Schichten vom Canal aus einzeln zu palpieren sind, während sie nach künstlichen Hernien mit einander verschmelzen. In den beiden Fällen, welche ich operiert habe, war wirklich eine narbige Verschmelzung genannter Gewebsschichten vorhanden. Wenn dieses Symptom stark ausgeprägt ist, so spricht es wohl sicher für einen traumatischen Bruch, beweist aber noch garnicht, dass das Trauma absichtlich zur Verstümmelung und nicht etwa zufällig beigebracht worden ist. Andererseits glaube ich, dass schwere Arbeiten, Einklemmungen des Bruchsackes und vor allen Dingen das Tragen eines unpassenden Bruchbandes — ich kenne eigentlich keine passenden Bruchbänder — im Laufe der Zeit auch zu Verunstaltungen des Leistenringes führen können, welche denjenigen von geringfügigen Traumen vollständig entsprechen. Ich habe innere Leistenbrüche operiert, welche viele Jahre durch Bruchbänder zurückgehalten wurden, und wo infolgedessen der Bruchsack sehr ausgiebige Verdickungen und Verlötungen mit den Leistenringschenkeln und mit der Muskelschicht eingegangen war, ohne dass in diesen Fällen überhaupt an künstliche Erzeugung gedacht werden konnte. Soviel ich die Literatur über künstliche Brüche durchgesehen habe, fand ich nirgends eine Würdigung der Folgen des Tragens eines Bruchbandes. Galin legt eine sehr grosse Bedeutung dem Verschmelzen des inneren Leistenringschenkels mit der Muskelschicht und der Transversalfascie bei und meint, dass dieses Symptom niemals bei einer künstlichen Hernie fehle und zur Stellung der Diagnose vollständig genüge. Dagegen muss gesagt werden, dass Leichenexperimente durchaus nicht immer ein Abreissen des inneren Schenkels ergeben haben. Ich halte es für unberechtigt, auf ein einziges Sympton hin eine so schwerwiegende Diagnose zu stellen, wie es die künstlichen Hernien sind.

Noch geringeren differential-diagnostischen Wert haben die Verhärtungen und Knotenbildungen an der Peripherie des Leistenringes, welche als Resultat der Risse auftreten können. Galin sprach ihnen früher grosse Bedeutung zu; in seinen späteren Arbeiten ist er damit einverstanden, dass dieselben auch anderen Ursprungs sein können. Hauptsächlich werden zu ihrer Bildung reactive Entzündungen nach Brucheinklemmungen und Bruchbandtraumen beitragen. Golubew beschreibt einen natürlichen Harnblasenbruch mit verdickten und schmerzhaften Leistenringrändern. Ich habe gerichtliche Gutachten gelesen, wo die ganze Beschuldigung des Bruchkranken auf solchen Verhärtungen und Unebenheiten basierte.

Eine gewisse Bedeutung kommt auch den Verklebungen des funiculus spermaticus mit dem Bruchsack zu. Bisweilen ist der funiculus spermaticus am Schambein fest fixiert. Nach sehr starken Traumen kann der funiculus in seine Bestandteile zerlegt sein, und dieselben sind durch Narben mit der Umgebung verlötet. Das Bild entspricht den Verunstaltungen und Verwachsungen des funiculus, welche man bei Operationen recidivierter Hernien sieht. Aber wir wissen, dass solche Verhältnisse auch durch andauernde Bruchbandtraumen bedingt sein können. Bei den angeborenen äusseren Brüchen gehören sie zur Regel. Andererseits können gerade bei künstlichen Brüchen Verlötungen des funiculus fehlen.

Inwiefern der Defect in der Transversalfascie beim Lebenden zu palpieren ist, kann ich nicht beurteilen. Wenn der Inguinalring unversehrt blieb und die Entzündungen sich in bescheidenen Grenzen hielten, so müsste der Defect zu palpieren sein. Bei starken Traumen werden so innige Verklebungen der Fascie mit dem Peritoneum und der muskulösaponeurotischen Schicht auftreten, dass in der Narbenmasse die einzelnen Schichten nicht mehr herauszufinden sind. Andererseits können in der Fascie Lücken auftreten, welche nichts mit künstlichen Traumen zu tun haben. Ich habe Fälle von directen Brüchen operiert, wo subseröse Lipome die Fascie perforiert hatten und den Peritonealsack vorzogen. Es ist bekannt, dass innere Bruchsäcke sehr oft reichliches Fett tragen. In solchen Fällen kann die Transversalfascie stark verdünnt und aufgefasert sein. Golubew und Galin erwähnen Fälle, wo Harnblasendivertikel lochartig die Fascie durchbohrten und eine künstliche Hernie vortäuschten.

Die Statistik zeigt, dass künstliche Leistenbrüche meistens an der linken Seite erzeugt werden (2 mal so häufig als rechts—Galin), während natürliche häufiger rechtsseitige sind. Ausserdem wird mit Recht auf die verhältnismässige Seltenheit der directen inneren Brüche und ihr Vorkommen im späteren Alter hingewiesen. Doch die Anschauungen über die Häufigkeit der inneren Leistenbrüche gehen erheblich auseinander, wie folgende Zahlen lehren. Sertoli gibt 5,7% der Gesamtzahl an, Filippini 7,7%, Spasokukozki 8%, Galin 24,8%, Galcazzi 32%, Micheli sogar 68%. Sertoli fand unter 99 inneren Leistenbrüchen 17 mal ein Alter unter 40 Jahren, 6 mal unter 30 Jahren, 4 mal unter 20 Jahren und 1 mal ein Alter von 9 Jahren. Unter 30 Bruchkranken, welche jünger als 25 Jahre waren und im Charkower Hospital operiert wurden, fand man 7 directe Leistenbrüche, und zwar 4 bei Juden, 3 bei Kleinrussen und 1 bei einem Polen. Die Statistik von Solomka scheint, dafür zu sprechen, dass bei Juden innere Brüche häufiger vorkommen, als bei anderen Nationen, und zwar auch im jüngeren Alter.

Ich glaube, bewiesen zu haben, dass die aufgezählten Merkmale der künstlichen Hernien, insofern sie einzeln bei der Operation constatiert werden, für die Differentialdiagnose nicht bestimmend sein können, zumal wenn andere Entstehungsweisen derselben mit Bestimmtheit nicht ausgeschlossen sind. Martinow hat 2 Fälle von atypischen inneren Brüchen operiert, wo künstliche Erzeugung sicherlich ausgeschlossen war, aber höchst wahrscheinlich infolge des langen Bestehens der Brüche (7—15 Jahre) Destructionen des Leistenringes und Verwachsungen des Bruchsacks mit den muskulösaponeurotischen Schichten vorlagen, welche vollständig den künstlichen Brüchen entsprachen. Renner, Bilfinger, Rudnew u. a. haben Brüche nach zufälligen Traumen der Leistengegend beschrieben, welche sich in nichts von künstlichen unterschieden. Also können die objectiven Befunde: Destructionen und Verwachsungen des äusseren Leistenringes, Defect der Transversalfascie, Verwachsungen des Bruchsacks mit seiner Umgebung und womöglich auch mit seinem Inhalt nur dann den Verdacht auf künstliche Erzeugung rechtfertigen, wenn die Aussagen des Patienten in directem Widerspruch mit denselben stehen, d. h. wenn keine Anhaltspunkte für ein zufälliges Trauma vorliegen, wenn der Bruch kurze Zeit besteht und mit Bruchbändern nicht malträtiert worden ist. Andererseits erwähnt Galin einen Fall von eingestandener künstlicher Hernie, wo im Laufe der Jahre alle traumatischen Folgeerscheinungen verschwunden waren und bei der Operation als solche nicht erkannt werden konnten.

Wenn schon der Operationsbefund nicht immer die Differentialdiagnose auf künstlichen Bruch berechtigt, so muss noch grössere Vorsicht bei Würdigung des äusseren Palpationsbefundes geboten sein. Ich habe gerichtlichmedicinische Protocolle gelesen und Meinungen von Collegen in officiellen Begutachtungssitzungen gehört, welche eine unbegreifliche Leichtfertigkeit offenbarten. Auch in der Literatur findet man ganz ungenügende Motivierungen der Diagnose. So schreibt z. B. Dietz: „An der Stelle des linken Leistencanals findet sich ein länglicher Bruch, welcher bei Horizontallage des Kranken verschwindet. Durch die Haut palpiert man an der vorgebuchteten Stelle eine längliche Oeffnung in der Bauchwand, welche unbehindert 2 Finger durchlässt. Will sich nicht operieren lassen. Die Commission erkannte die Hernie als eine künstliche an, und der Patient wurde in die Fronte geschickt.“ Daselbst findet man noch 2 Protocolle, wo von derselben Commission die Diagnose auf künstlichen Bruch lediglich darauf basiert ist, dass die Bruchpforte relativ weit war (z. B. 5 cm. lang und 1,5 cm. breit), spaltförmig auslief und scharfe Grenzen hatte.

Selbstverständlich wird die Diagnose in acuten und subacuten Fällen von künstlichen Hernien, wo man einen Bruch nebst Blutergüssen, schmerzhaften Infiltraten und Destructionen des Leistenringes vorfindet, keine besonderen Schwierigkeiten machen, wenn nur ein zufälliges Trauma ausgeschlossen werden kann. Man hat auch derartige Fälle operiert (Galin, Krymow).

Ich lasse in aller Kürze meine beiden Krankengeschichten folgen. Die Leichenuntersuchungsprotocolle glaube ich übergehen zu können, da ich Tatsachen berichten müsste, welche schon von Galin und Krymow in der Literatur niedergelegt sind.

Den I. Fall habe ich im Jahre 1905 im Kusnezowschen Krankenhause in Irkutsk operiert. Leider habe ich die Krankengeschichte verloren und muss sie aus dem Gedächtnis wiederholen. Es handelte sich um einen 60-jährigen Juden, welcher rechts einen zweifaustgrossen, links einen faustgrossen inneren Leistenbruch hatte und Jahre hindurch sich mit Bruchbändern behandelt hatte. Jetzt war er derselben überdrüssig geworden, hatte Schmerzen, wollte operiert werden. Pat. schlank gebaut, stark abgemagert, untere Bauchgegend in den regiones iliacae vorgewölbt, recht nachgiebig. Rechts war die Bruchpforte für 3 Finger durchgängig, an der inneren Leistencanalwand waren die einzelnen Gewebsschichten nicht zu unterscheiden, der Bruch hatte sich schon über dem Schambein nach unten gesenkt. Links war die Bruchpforte ebenso weit, der Bruch war viel kleiner, die innere Leistencanalwand war auch verwischt. Bei der Operation, welche unter Schleichscher Infiltrationsanästhesie ausgeführt wurde, zeigte es sich, dass beiderseits die Aponeurose des m. obl. abd. ext. und die Muskelschicht schwach entwickelt und atrophisch waren. Rechts war der Bruchsack nicht allein mit dem funiculus spermaticus und den Rändern der Bruchpforte untrennbar verlötet, sondern in demselben waren das Coecum mit dem proces. vermicularis und der nächsten Dünndarmschlinge in grosser Ausdehnung eingelötet. Der Bruchsack konnte nur teilweise reseciert werden, wobei die mit dem Därmen verklebten Teile an denselben gelassen und mit ihnen zusammen in die Bauchhöhle reponiert wurden. Aber auch das war nicht leicht, da das Coecum oberhalb der Bruchpforte mit der vorderen Bauchwand verwachsen war. Ich machte beiderseits die Radicaloperation nach Girard, weil die Bauchwandbestandteile verdünnt und atrophisch waren, diese Methode aber die hintere Leistencanalwand viel mehr festigt als die ursprüngliche Bassinische Operation. Beiderseits wurde nur mit Seide genäht und erfolgte prima intentio. Nach 14 Tagen stand Pat. auf. Als ich ihm die schwierigen Operationsverhältnisse an der rechten Seite klarlegte und über die Entstehungsweise des Bruches ausfragte, gestand er mir, dass der Bruch im 17. Lebensalter von seinen Verwandten mit Hilfe eines Ochsenhorns erzeugt worden sei, um ihn zum Militärdienste untauglich zu machen.

II. Fall. B. L., 23 Jahre alt, Jude, Gemeiner des 178 Wendenschen Regiments, wird in das Regimentslazarett am 9/I. 1909 aufgenommen. Dient das zweite Jahr, hat schon vor dem Dienst einen linksseitigen Bruch gehabt, welcher im Laufe des letzten Jahres grösser wurde und Beschwerden macht. Behauptet, durch Heben schwerer Lasten den Bruch erworben zu haben; eine künstliche Erzeugung wird geleugnet.—Mittelgross, etwas schwächlich gebaut. Die Leistengegenden beiderseits vorgebuchtet. Links, entsprechend der inneren Leistengrube, ein

faustgrosser Tumor, welcher leicht in die Bauchhöhle zurückgeht. Der Tumor ist weich, gibt tympanitischen Schall. Der linke äussere Leistenring ist oval und lässt 2 Finger durch, der rechte lässt nur die Endphalange des Zeigefingers passieren. Links lassen sich nicht die einzelnen Schichten der Bauchwand, welche den Leistencanal bilden, unterscheiden; nur der Rand des musc. rectus hebt sich deutlicher ab. Ganz deutlich kann man den horizontalen Schambeinast palpieren. Die Ränder des äusseren Leistenringes sind verdickt, aber glatt. 16/I. 1909 Operation in Chloroformmorphiumnarkose. Typischer Hautschnitt. Die Aponeurose des m. obl. abd. ext. schwach entwickelt, zeigt Spaltbildungen. Die aponeurotischen Leistenringschenkel sind mit der Muskelschicht des m. obl. abd. int. und m. trans. fest verwachsen. Der Bruchsack ist mit den genannten Gewebsschichten und mit dem funiculus sperm. verlötet und kann nur mit Hilfe der Scheere isoliert werden. Am Bruchsack lässt sich dennoch die erheblich verdickte Schicht der Transversalfascie von der Peritonealschicht isolieren. Die Operation wird nach Bassini ausgeführt. Ueberall Sublimatseide.

23/I. Prima intentio.

6/II. Geheilt entlassen.

Man hört in der russischen Literatur Stimmen (Ablow, Dietz, Gubarew, Galin), welche die Differentialdiagnose der künstlichen Hernien leichter nehmen als es geboten erscheint. Die warnenden Stimmen von Martinow, Kruschilin, Woskressenski u. a. wollen keinen Wiederhall finden. Ich glaube, gezeigt zu haben, dass es der Schwierigkeiten bei der Diagnose der künstlichen Hernien sehr viele gibt, welche zu Ernst und Vorsicht bei der Begutachtung verdächtiger Hernien mahnen — sowohl im Interesse der ärztlichen Autorität als auch der Humanität.

Literatur.

1) Ablow. Zur Frage der künstlichen Leistenbrüche. Militärmed. Journal, März, 1902 (russ.). 2) Bornhaupt, Prof. Ueber die künstliche Erzeugung von Hernien behufs Befreiung von der Wehrpflicht. Verhandl. d. X. intern. med. Congresses. 1891. S. 182. 3) Dietz. Ueber einige operierte Fälle künstlicher Hernien. Militärmed. Journal, December, 1907 (russ.). 4) Dobrowolski. Leistenbrüche in der militärhospitalen Praxis. Militärmed. Journal, November, 1904 (russ.). 5) Galin. Ueber die Leistenbrüche traumatischen (resp. künstlichen) Ursprungs. Jahrbuch d. russ. Chirurgie, 1899, Bd. 3 (russ). 6) Galin. Die atypische Leistenhernie und ihre Radicaloperation. Militärmed. Journal, Januar, 1899 (russ.). 7) Galin. Die Entstehung und Diagnostik der künstlichen Leistenbrüche. Militärmed. Journal, November, 1908 (russ). 8) Galin. Zur Frage des procentualen Verhältnisses der Bauchbrüche bei Männern und der Hydrocelen des processus vaginalis peritonei auf Grund von 700 Bruchoperationen und 214 Operationen abgesackter Hydrocelen. Militärmed. Journal, August, 1909 (russ). 9) Golubew. Ein Fall von Harnblasenleistenbruch, welcher einige Merkmale von Brüchen bot, die von den Autoren als «traumatische, künstliche» beschrieben wurden. Militärmed. Journal, Juni, 1904 (russ.). 10) Gubarew. Zur Frage der künstlichen Leistenhernien. Militärmed. Journal, April, 1907 (russ). 11) Hansen. Ueber angeborene Leistenbruchsäcke. Archiv f. klinische Chirurgie, 1909, Bd. 89, H. IV. 12) Jgnatow. Material zur Frage der künstlichen Leistenbrüche. Militärmed. Journal Mai, 1894. 13) Jaschtschinskij. Ueber die Frage der künstlichen Leistenbrüche. Russ. chirurg. Archiv, 1895 (russ.). 14) Jarowitzkij. Zur Casuistik der Radicaloperationen von Leistenbrüchen verdächtigen Ursprungs. Militärmed. Journal, Juli, 1900 (russ). 15) Krassnow. Zur Frage der Häufikeit des Vorkommens von Hernien bei Rekruten und über die künstlichen Hernien. Militärmed. Journal, September, 1895 (russ). 16) Krymow. Die künstlichen und traumatischen Leistenbrüche. Archiv für klinische Chirurgie. 1910, Bd. 91, H. III. 17) Kruschilin. Zur Casuistik der atypischen Leistenhernien. Militärmed. Journal, October, 1902 (russ). 18) Orlow. Grundlagen der Diagnostik künstlicher und simulierter Krankheiten bei Rekruten und Soldaten. St. Petersburg, Dissert. 1894 (russ). 19) Sertoli. Ueber Dauerresultate der Radicaloperation bei Hernien mit anatomisch-klinisch-statistischer Einleitung. Archiv f. klinische Chirurgie, 1909, Bd. 89, H. II. 20) Seslawin. Materialien zur Lösung der Frage über künstliche Hernien. Militärmed. Journal, December, 1897 (russ.). 21) Schulz. Die Diagnose der künstlichen Leistenbrüche. Wratsch, 1893, Nr. 50 (russ). 22) Schulz, Weiteres über künstliche Brüche. Wratsch, 1895, Nr. 49 und 50 (russ.). 23) Solomka. Die Leistenbrüche bei den Juden in unserer Armee. Jahrb. d. russ. Chirurgie. 1898 (russ.). 24) Steinberg. Zur Frage der künstlichen Hernien. Jahrb. d. russ. Chirurgie. 1900 (russ.). 25) Wenglowsky. Ueber die atypischen (traumatischen) Hernien der Leistengegend. Arbeiten aus d. chir. Klinik Prof. P. J. Diakonows, Bd. 3 (russ). 26) Wlassow. Ueber die künstlichen Hernien der Leistengegend. Militärmed. Journal, März, 1904 (russ.). 27) Wroblewsky. Zur Frage der künstlichen Hernien. Arbeiten des Warschauer Ujasdowschen Militär-Hospitals. 1890, Bd. II (russ). 28) Worobjew. Zur Aetiologie und Anatomie der traumatischen (resp. künstlichen) Leistenbrüche. Russ. chir. Archiv, 1906, Bd. I (russ.). 29) Wosskressenskij. Zur Frage der künstlichen Leistenbrüche. Jahrb. d. russ. Chirurgie, 1896.

Referate.

R. Fischl: Ueber mechanische unblutige Erzeugung von Albuminurie und Nephritis bei Kaninchen. Fortschritte der Medicin. 1910. Nr. 8.

Autoreferat über seinen Vortrag, der in folgenden Sätzen gipfelt:

1. Durch die verschiedensten Manipulationen mechanischer unblutiger Natur lässt sich bei Kaninchen Albuminurie und Ausscheidung vesicaler und renaler Formelemente erzielen.

2. Diese Eingriffe sind sowohl solche, bei denen eine Streckung oder Lordosierung der Wirbelsäule erfolgt, als solche, bei denen sie mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

3. Auch das Moment der Stauung im Bereiche der Abdominalorgane ist nur bei einem Fall der Stellungsanomalien wirksam, bei einem anderen kommt es gänzlich in Wegfall.

4. Als gemeinsamen ätiologischen Factor vermutet Verf. Stromverlangsamung im Kreislaufgebiet der Nieren, welche erst durch speciell darauf gerichtete Untersuchungen zu erweisen sein wird.

5. Die Stärke der so erzeugten Albuminurie wechselt, ebenso werden auf diese Weise bald nur das mit Essigsäure fällbare Eiweiss, bald nur das mit Ferrocyankali präcipitable, meist jedoch beide Kategorien zur Secretion gebracht.

6. Die Empfindlichkeit der Tiere für derartige Eingriffe ist eine wechselnde und kann bis zu einem gewissen Grade durch die Fütterungsart oder durch Nahrungsentziehung beeinflusst werden.

7. Durch wiederholte Lordosierung gelingt es mitunter, bei den Tieren den Befund einer acuten Nephritis zu erzielen, die zu schweren Krankheitserscheinungen führt und den Tod verursachen kann.

8. Das Studium der histologischen Veränderungen macht es sehr plausibel, dass die durch die Lordosierung gesetzte Stauung und Zerrung im Bereiche der Nierengefässe mit consecutiven Blutaustritten in das Gewebe den ersten Anstoss zur Genese der nephritischen Veränderungen abgibt.

9. Das experimentelle Studium dieser Veränderungen macht auch den von verschiedenen Seiten behaupteten Uebergang der orthotischen Albuminurie in Nephritis sehr wahrscheinlich.

Dr. Schuster: Die klimakterische resp. präklimakterische Arteriosclerose eine Folge innersecretorischer Störungen. Fortschr. d. Med. Nr. 9.

Hypofunction der Ovarien kann zu Hypofunction der Thyreoidea führen. Beide, einzeln oder zusammen, können Hyperfunction der Nebennieren erzeugen. Die Hyperfunction der Nebennieren ruft experimentell Zustände an den Arterien, besonders der Aorta, hervor, die der Arteriosclerose sehr ähnlich sind. Daher liegt der Gedanke nahe, dass die klimakterische resp. bereits die präklimakterische Hypofunction der Ovarien allein, oder sich summierend, mit einer Hypofunction der Thyreoidea zur Hyperfunction der Nebennieren und zur Arteriosclerose führen könne.

F. Holzinger.

Heinrich Stromberg: Zur Anatomie des retroperitonealen Bindegewebes und zur Frage der retroperitonealen Eiterungen (Paracolitis, Paranephritis und Retroperitonitis). Folia Urologica. Band IV. 1910. 123 Seiten. Mit 10 Tafeln und 1 Textfigur.

Die interessante experimentelle Arbeit stammt aus der I. Chirurgischen Klinik des Prof. S. Fedorow an der Militär-Medicinischen Akademie in St. Petersburg und bringt die Resultate von Injectionsversuchen an Leichen, welche an Stelle

der bis jetzt recht verworrenen anatomischen Ansichten über das retroperitoneale Bindegewebe endlich unwiderleglich Klarheit schaffen. Die Fascie, welche die Niere von hinten umschliesst (Fascia retrorenalis), verliert sich nicht im Beckenbindegewebe, sondern kann deutlich bis zum kleinen Becken verfolgt werden. Ihrer Ausdehnung und Bedeutung nach verdient sie den Namen Fascia retroperitonealis. Diese Fascie stellt eine so selbständige Bildung dar, dass zur Erklärung ihrer Herkunft das verdichtete subseröse Bindegewebe nicht ausreicht und wohl nur specielle embryologische Untersuchungen den erwünschten Aufschluss geben werden. Am äusseren Nierenrande spaltet sich von der Fascia retroperitonealis die Fascia praerenalis ab, die sich aber ebenfalls bis in das kleine Becken hinein verfolgen lässt und ausserhalb des Bereichs der Niere den Namen Fascia praeureterica verdient. Die Fascia praerenalis umfasst nach oben hin die Nebenniere, so dass letztere in einer Duplicatur der ersteren zu liegen kommt. Wie die Fascia retroperitonealis, so flechten sich auch die Fascia praerenalis resp. praeureterica mit ihren Endlamellen in die Scheiden der grossen Gefässstämme der Bauchhöhle und Niere ein. Durch die Fascia retroperitonealis und die Fasciae praerenalis et praeureterica wird der Retroperitonealraum in drei Bindegewebsschichten geteilt: a) das Paracolon, b) das Paranephron nebst Paraureterium und c) den Textus cellulosus retroperitonealis. Das Paracolon ist eine allseitig begrenzte Bindegewebsspalte. Das Paranephron ist nach allen Seiten hin — auch medianwärts — abgeschlossen und steht nur je nach Zahl und Stärke der Verbindungsfasern am unteren Nierenrande in einer mehr oder weniger weiten Communication mit dem Paraureterium. Das letztere tritt in Verbindung mit dem Zellgewebe des kleinen Beckens, doch verlangen diese Verhältnisse specielle Untersuchungen. Der Textus retroperitonealis geht in das allgemeine Subserosium über.

Die durch das verdienstvolle Studium des Verfassers geklärten durchaus neuen Tatsachen verhelfen bestmöglichst zur Klärung des klinischen Bildes der retroperitonealen Eiterungen, die am häufigsten wohl unter dem Namen der Peri- oder Paranephritis zusammengefasst worden sind. Von nun an haben wir zu unterscheiden a) Paracolitis, b) Paranephritis und Paraureteritis und c) Retroperitonitis.

Die grosse Zahl der ätiologischen Momente dieser Eiterungen zerfällt ungezwungen in drei Gruppen, die den drei Krankheitsformen entsprechen.

Die Paracolitis steht im engsten ätiologischen Zusammenhang mit den Darmaffectionen; die Peri- und Paranephritis steht in fasst ausschliesslicher Verbindung mit der Niere — sogar in Fällen hämatogener Infection. Die Retroperitonitis kann metastatisch, besonders nach vorhergehendem Trauma, zur Entwickelung kommen, stellt in der Mehrzahl der Fälle aber eine fortgeleitete Phlegmone vom kleinen Becken oder von der Brusthöhle her dar.

Das Injectionsverfahren bleibt auch gegenwärtig die beste experimentell-anatomische Methode zum Studium der Fascien und Bindegewebsscheiden, wie ihrer Bedeutung für die Ausbreitung eitriger Processe. Als vorzügliche Injectionsmasse steht die farbige Gelatinelösung obenan.

Der Arbeit ist eine Reihe von vorzüglichen demonstrativen Abbildungen beigegeben.

Indem wir hiermit auf die fleissige und der Klinik Prof. Fedorows Ehre machende Arbeit hinweisen, müssen wir gleichzeitig unser Bedauern aussprechen, dass gerade die vorliegende Arbeit in einer trotz ihres vorzüglichen Inhalts leider nur wenig verbreiteten urologischen Zeitschrift Aufnahme gefunden hat. Der rein chirurgische Inhalt dieser Arbeit hätte eigentlich eine Veröffentlichung in einer grossen chirurgischen Zeitschrift, wie v. Langenbecks Archiv oder der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie verlangt, und schade ist es, wenn die auf dem Gebiet der Nierenchirurgie und der benachbarten Organe mit grossem Erfolge arbeitende Fedorowsche Schule dank der ungünstigen Auswahl der Publicationsorgane in allgemein-chirurgischen Kreisen weniger bekannt wird als sie es nach ihren Leistungen verdient.

Heinrich Stromberg: Casuistischer Beitrag zur Frage der retroperitonealen Eiterungen. Folia Urologica. Band V. 1910.

In engem Anschluss an die vorstehend referierte Arbeit Strombergs behandelt diese Arbeit einige klinische Fälle der Fedorowschen Klinik, wobei der Verfasser seine Erfahrungen folgendermassen zusammenfasst: Die fascialen Blätter im Retroperitonealraum haben die grosse Bedeutung von sinnreichen mechanischen Schutzvorrichtungen, die den in jeder Bindegewebsschicht entstehenden Entzündungsprocessen, besonders der Paranephritis und Paracolitis, ein natürliches Hindernis in den Weg legen und eine vorläufige Grenze ihrer Entwickelung stecken. Da aber diese Grenzmembranen einer Zerstörung anheimfallen können, und eine rasche Ausbreitung im lockeren Retroperitonealraum eintreten muss, so kommt der Frühdiagnose eine grosse Bedeutung zu; solange der Process localisiert ist, wird das chirurgische Vorgehn in den meisten Fällen schwere Complicationen verhüten können.

Zwecks einer Frühdiagnose ist ein klinisches Auseinanderhalten der 3 Formen von retroperitonealen Entzündungsprocessen: der Paracolitis, Paranephritis und Retroperitonitis von grösster Wichtigkeit. Dank dieser Einteilung wird auch unser operatives Vorgehen zweckmässig beeinflusst, und wir können dadurch auch auf eine günstige Prognose bei retroperitonealen Eiterungen in Zukunft rechnen.

E. Hesse.

Schreiber und Hoppe: Ueber die Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Arsenpräparat Nr. 606. Münch. med. Woch. Nr. 27.

Verfasser berichten über 150 Fälle frischer Syphilis, die mit dem Mittel injiciert worden waren. Zur Anwendung kamen Einzeldosen von 0,6—0,7, mit 0,5 Methylalcohol (später 3,0 Glykol) verrieben, 10,0 steriles Wasser hinzugefügt, mit soviel Normal-Natronlauge versetzt, als bis zur vollständigen Lösung erforderlich (circa 4 ccm.) und Wasser bis auf 60 ccm. nachgefüllt. Je 30 ccm. werden durch eine feine Canüle langsam in beide Glutäen intramuskulär eingespritzt. Da hierauf recht starke Schmerzen auftreten, und die Injectionsstelle infiltriert ist, lagen die Patienten meist 4 Tage. Um diese Folgeerscheinungen zu vermeiden, injicierten Verf. die Lösung intravenös. Zu diesem Zweck verdünnten sie obige Lösung auf 80—100 ccm. bei einer Dosis von 0,45. Fieber trat darnach nicht auf, wie bei intramuskulärer Injection. In 2 Fällen beobachteten Verf. 10 Tage nach der Injection ein scharlachähnliches Arsenexanthem, das nach 3 Tagen abblasste. Ein schädigender Einfluss auf die Nieren konnte nicht festgestellt werden. Die Ausscheidung des Arsens durch den Harn hörte meist mit dem fünften Tage auf, bei Paralytikern zieht sie sich bis zum 10. Tage hin. Nach intravenöser Injection (30 Fälle) war das Arsen nach 4 Tagen aus dem Harn geschwunden. Bei ungenügender Dosis (0,3—0,4) traten in 10 Fällen Recidive auf, bei 4 Fällen wurde das syphil. Exanthem kurz nach der Injection stärker, um nach weiteren 24 Stunden wieder abzublassen (Herxheimersche Reaction). Die Primäraffecte heilten nach wenigen Tagen ab, Anginen meistens in 3—4 Tagen, die übrigen syphilitischen Producte brauchten natürlich je nach ihrer Ausdehnung verschieden lange Zeit zur Rückbildung. Von 52 Fällen, die 50 und mehr Tage beobachtet wurden, verloren 85 Procent die Wassermannsche Reaction. In den meisten Fällen wurde dieselbe 14 Tage nach der Einspritzung negativ, frühestens nach 4 Tagen, spätestens nach 70 Tagen. Contraindiciert scheint das Mittel zu sein bei schweren Erkrankungen der Circulationsorgane, der Nieren und der Augen und Cachexien.

K. Taege: Erfolgreiche Behandlung eines syphilitischen Säuglings durch Behandlung seiner stillenden Mutter mit „606". Münch. med. Woch. Nr. 33.

Die 19 Jahr alte Mutter, die grosse breite Condylome an den Geschlechtsteilen mit zahlreichen Spirochäten aufwies, wurde 1 Woche nach erfolgter Geburt mit ihrem Kinde in die Freiburger Hautklinik (Prof. Jacobi) aufgenommen. Das Kind wog 2400 gr., war welk, apathisch, schrie nicht, wollte nicht saugen. Am nächsten Tage Auftreten von Pemphigusblasen an den Fussohlen, darauf (am 10. Tage) Paronychia syphilitica an beiden Händen. An diesem Tage wurden der Mutter 0,3 Arsenobenzol intramuskulär injiciert. Vom 3. Tage an schneller Rückgang der Condylome und Verschwinden der Spirochäten bei der Mutter. Beim Kinde am 1. und 2. Tage der mütterlichen Behandlung weitere Zunahme der vorhandenen Erscheinungen. Vom 3. Tage ab Stillstand, dann plötzliche Rückbildung sämtlicher Symptome. Am 5. Tage hat die graue Hautfärbung einer normalen Platz gemacht, Paronychie und Pemphigus verschwunden, das Kind schreit kräftig und trinkt die Brust leer. Bei der Entlassung am 25. Lebenstage wog das Kind 3900 gr. In der Muttermilch konnte weder organisches noch anorganisches Arsen gefunden werden. Nach Ehrlichs Meinung macht das plötzliche Abtöten der Spirochäten eine grosse Menge von Endotoxinen frei. Diese veranlassen das Entstehen von Antitoxinen, welche letztere in die Milch übergehen sollen.

Weyert.

Auszug aus dem Protocoll der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 2. Nov. 1909.

Anwesend 23 Mitglieder und 4 Gäste.

P. 3. Haller: Demonstration hochgradiger Sclerose beider Art. brachial.

P. 4. H. Hoffmann: Demonstration eines Aneurysma des Arcus Aortae.

P. 5. Hunnius: Acne als Frühsymptom eines schwachen Herzens.

Ausgehend von der Tatsache, dass es noch nicht gelungen, einen einheitlichen Erreger der Acne aufzufinden, referiert V. eine neue Theorie der Acneentstehung des New-Yorker Arztes Duncan Bucley. Stubenhocken, Verweichlichung und spärlicher Luftgenuss erzeugen bei unseren Schulkindern schlaffe Gefässe und ein wenig resistentes Herz. In der Pubertätszeit tritt diese Wirkung deutlich hervor, und in der mangelhaft mit Blut versorgten Haut leidet zuerst der Drüsenapparat: das Secret wird dickflüssig, es kommt zu Stagnation und reactiver Entzündung, zur Acne. Mit zunehmender Erstarkung des Herzmuskels heilen die meisten Acnefälle aus. Davon muss die Therapie der Acne ausgehen, denn die locale Behandlung ist meist erfolglos. Eine Allgemeinbehandlung mit Bädern von 35—36° C. und kühleren Duschen kräftigt Herz und Gefässe, und die Acne verschwindet von selbst. Verf. hat seit 2 Jahren diese Methode angewandt und damit gute Erfolge erzielt.

Discussion.

Dehn hat Acne zu behandeln gehabt bei Personen, die in sehr ungünstigen Verhältnissen lebten: bei Heizern grosser Dampfer in den Tropen. Hier war die Acne über den ganzen Rücken verbreitet in Gestalt unzähliger kleiner eitriger Pusteln. Die Behandlung bestand in Eröffnung der Pusteln und Enthaltung von der Arbeit. In einiger Zeit heilten sie gut aus.

Meder hält es für unerlaubt, das Herz allein als ätiologischen Factor zu beschuldigen; dann müssten doch auch alle, die notorisch ein schwaches, wenig leistungsfähiges Herz haben (z. B. bei beginnender Insufficienz) an Acne leiden. Es müssen da jedenfalls auch andere Factoren mitspielen. Der gute Erfolg der Bäder erklärt sich ungezwungen durch die directe günstige Einwirkung auf die Haut. — Ferner hat er beobachtet, dass Acne bei der Landbevölkerung keine so seltene Krankheit ist wie V. annimmt.

Wistinghausen: die gewöhnliche locale Therapie der Acne bezweckt eine Hyperämie der Haut; die Haut des bekleideten Menschen steht gewissermassen unter pathologischen Verhältnissen und verweichlicht leicht. Die neue Richtung der Hautpflege wirkt dem durch Luftbäder entgegen und W. hat beobachtet, dass Luftbäder bei Acne sehr günstig wirken. — In wie weit das Herz dabei in Frage kommt, ist schwierig zu entscheiden.

Greiffenhagen: die typische Acne der jungen Mädchen bevorzugt vor allem das Gesicht, das allen Witterungsverhältnissen schutzlos preisgegeben wird, während die übrigen Körperteile von Acne frei sind. Das spricht doch sehr gegen die Verweichlichung als ätiologischen Factor.

Weiss: sucht man die Ursache der Acne im Herzen und Gefässsystem, so muss man weniger die Herzkraft als das Spiel der peripheren Gefässe im Auge haben. Das Herz arbeitet mit einem ziemlich constanten Blutdruck, der von localen Veränderungen der Blutverteilung unbeeinflusst bleibt.

Haller: ähnlich wie in den Fällen von Dehn, lässt sich eine Acne leicht erzeugen durch Tragen von Wollhemden direct auf der Haut. Die dabei ätiologisch wirkende Erschlaffung und Verweichlichung der peripheren Gefässe lässt auch für die vom V. besprochenen Acnefälle schlaffe Gefässe als näherliegende Ursache erscheinen als ein schwaches Herz. Aetiologisch und therapeutisch ist diese Auffassung entschieden von Wert.

Kusick: wir finden A. wohl oft bei Chlorotischen, aber auffallenderweise nicht bei den auch äusserlich elenden und mageren, sondern gerade bei den Pastösen. Auch kräftige Knaben mit gut entwickeltem Herzen leiden oft an A. Endlich wäre auf die A. an Brust und Rücken der Damen hinzuweisen denen bei ausgeschnittenem Hemde der Kleiderstoff hier direct der Haut anliegt und durch Staub und Reibung die A. erzeugt. Bei Schuljungen wirkt ähnlich der Mützenrand.

Thomson hat bei der Landbevölkerung sehr oft A. des Rückens, fast nur in den besseren Ständen aber Gesichtsacne gefunden.

Armsen: wir finden A. in der Entwicklungsperiode, besonders bei chlorotischen Mädchen, bei Erwachsenen sehr selten, in den höheren Lebensaltern aber wieder häufiger als A. cachecticorum. Das weist doch entschieden darauf hin, dass für das Entstehen einer A. die Ernährungs- und Circulationsverhältnisse von Wichtigkeit sind und spricht zu gunsten der vom V. entwickelten Anschauung.

Hunnius: ein gutes Fettpolster spricht noch nicht für Gesundheit des Individuums; gerade die pastösen Chlorotischen haben eine schlaffe, oft welke Haut. Ein schmutziger Mützenrand kann durch Reibung gewiss A. erzeugen. Diese Formen der A., die durch mechanische und thermische Reize hervorgerufen werden, hat er, als klar in der Aetiologie, absichtlich ganz ausser acht gelassen, nur auf die scheinbar spontan entstandene A. beziehen sich seine Ausführungen. Diese beginnt stets im Gesicht, das doch am reinlichsten gehalten wird, und geht dann hinunter auf den Körper über. Dass an ihrer Entstehung mehr die Gefässe als das Herz beteiligt sind, mag richtig sein, doch lässt sich da keine scharfe Grenze ziehen. Auch das häufige Auftreten von Varices bei Acnekranken ist zu beachten. Mit Herztonicis können dieselben Erfolge wie mit Bädern erreicht werden, doch sind letztere als weniger eingreifend vorzuziehen.

P. 7. Dehn: Demonstration von Röntgenbildern des Magens:

1. Sanduhrmagen perigastritischer Provenienz.
2. Carcinom des Pylorus und der kleinen Curvatur.

Sitzung am 23. November 1909.

Anwesend 20 Mitglieder und 3 Gäste.

P. 2. Keyserlingk: Demonstration eines Myoms von 38½ Pfund Gewicht.

P. 3. Kusick hält seinen Vortrag: Einiges über Pleuritis exsudativa.

Vortragender weist darauf hin, dass die in den Lehrbüchern geschilderte Topographie der Pleuraergüsse den neueren Forschungen auf diesem Gebiet nicht mehr entspricht. Letztere haben entgegen der herrschenden Ansicht einen annähernd dreieckigen Bezirk neben der Wirbelsäule mit hellerem Percussionsschall (Garlandsches-Dreieck) — die paravertebrale Zone (Krönig) — als Regel ergeben. Diese Aufhellungszone findet ihre Ursache in der durch das ansteigende Exsudat zu ihrem Anheftungspunkt — dem Hilus — zurückgedrängten lufthaltigen Lunge.

Die Grösse dieses Bezirks variiert nicht nur individuell, sondern steht auch in directem Verhältnis zur Stärke der Percussion. Die hier zu constatierenden auscultatorischen Phänomene geben häufig Veranlassung zur Verwechslung mit Pneumonie. — Sokolow hat festgestellt, dass Flüssigkeiten bei ihrer Ansammlung im freien Pleuraraum nicht nur der Schwere folgen, sondern von der Retractionsfähigkeit des Lungengewebes abhängig sind, und da diese nicht in allen Lungenteilen gleich ist, sondern in den vom Hilus entferntesten unteren seitlichen Partien am ausgesprochensten ist, so tritt auch hier naturgemäss frühzeitig ein Hochstand des Exsudats ein (Brauer, Roth). Das Exsudat bildet eine Pyramide mit halbmondförmiger Basis auf dem Zwerchfell und der abgerundeten Spitze auf der seitlichen Thoraxwand in der mittleren oder hinteren Axillarlinie (Damoiseausche Linie). Die Röntgenuntersuchungen bestätigen diese Befunde (Steyrer, Brauer, Arnsperger), wie auch, dass das Herz nicht durch den Exsudatdruck, sondern durch den elastischen Zug der gesunden Lunge verlagert wird. Die obigen Beobachtungen schliessen auch eine nennenswerte Verschiebung der Exsudatgrenzen bei Lagewechsel aus. — Ferner berichtet V. über das von Grocco und Rauchfuss an Kindern beobachtete paravertebrale Dämpfungsdreieck auf der gesunden Seite, das durch Verschiebung des Mediastinums und durch Behinderung der Thoraxwand am Mitschwingen durch das Exsudat entsteht. Nach Steyrer spricht das Fehlen des paravertebralen Dreiecks am Röntgenschirm mit Sicherheit gegen einen Erguss. — Zum Schluss empfiehlt V. unter Berücksichtigung der bisherigen Publicationen die Autoserotherapie von Gilbert zur Behandlung frischer tuberculöser Pleuraexsudate und berichtet auch über 3 eigene Beobachtungen, die nach Gilbert behandelt wurden und in relativ kurzer Zeit tadellos ausheilten.

(Autoreferat).

Discussion:

Weiss hat vor 2 Jahren in Berlin Gelegenheit gehabt, Steyrersche Röntgenaufnahmen zu sehen, die sehr beweisend dafür waren, dass der Situs des Exsudats in der Tat ein anderer ist als man bisher annahm: nämlich die Höhe in der hinteren Axillarlinie, nicht an der Wirbelsäule.

Kusick: bei leisem Percutieren und frischen Fällen erhält man immer dieses Bild.

Keyserlingk: bei dem Gilbertschen Versuche ist theoretisch die Frage interessant, warum das Exsudat nur bei Einspritzungen in den Organismus seine Schutzstoffwirkung entfaltet, nicht aber während es unberührt im Körper vorhanden ist.

Kusick: offenbar wird das Exsudat in der Pleura nicht genügend resorbiert.

Haller: auch bei tuberculöser Meningitis ist die Gilbertsche Methode vorgeschlagen worden; bei einem hier von Harms vorgenommenen derartigen Versuch wurde kein Erfolg erzielt, allerdings auch keine Schädigung bemerkt.

P. 4. Keyserlingk: Referat über eine Geburt mit vielfachen Complicationen und schwieriger Indicationsstellung (Eclampsie, Perforation, Decapitation, manuelle Placentarlösung, fast normales Wochenbett).

P. 5. Hunnius: Kurzes Referat über Verwertung der Wassermannschen Reaction zur Diagnose und Therapie der Syphilis.

P. 8. Wistinghausen: Messerstichverletzung des Darms.

Aus der Bauchwunde waren ca. 1½ m. Darm vorgefallen; in diesem Darm, der in das schmutzige Hemd des Pat. eingeschlagen war, fanden sich 3 Löcher. Im Bauchraum kein Blut oder Darminhalt. Aus der Art der Löcher im vorgefallenen Darm war anzunehmen, dass keine weiteren Perforationen da waren, und da der Puls schlecht war, begnügte W. sich mit gründlicher Sublimatreinigung und Vernähung und Reposition des Darms. Pat. ist ohne Complicationen genesen.

Sitzuung am 7. Dec. 1909.

Anwesend 22 Mitglieder und 3 Gäste.

P. 2. Greiffenhagen demonstriert einen operierten Pes plano-valgus paralyticus.

Vor 6 Wochen wurde die Ueberpflanzung von Sehne zum Periost nach Lange gemacht: die Sehnen des M. tibial. antic. und extens. halluc. wurden quer durchtrennt und das centrale Ende der Sehne des Extens. halluc. am Periost des Keilbeins angenäht. Das 6-jährige Kind kann jetzt den Fuss dorsal flectieren und wird bald gut gehen können.

P. 11. Greiffenhagen. Demonstration: Vortr. demonstriert einen 27-jährigen Bäckergesellen, dem am 18. April 1909 wegen Gangrän infolge incarcerierter Hernia inguinal. sin. 416 ctm. Dünndarm hatten reseciert werden müssen. Nicht allein der ausserhalb der Bruchpforte gelegene Dünndarm war gangränös, sondern auch eine innerhalb der Bauchhöhle gelegene ca. 60 ctm. lange, retrograd incarcerierte Dünndarmschlinge. — Nach Enteroanastomose mittelst Murphyknopfes wurde der gesamte gangränöse Darm reseciert und die circuläre Darmnaht ausgeführt. Bei Revision der Bauchhöhle erwies sich, dass die Darmnaht ca. 10 ctm. oberhalb der Anastomose gelegen und die restierende Schlinge nur 20 ctm. lang war. — Tamponade der Bauchhöhle und des Bruchcanals bis auf die Anastomosenstelle. — Die Operation wurde am pulslosen (132 Schläge am Herzen gezählt), äusserst collabierten Pat. in Morphium-Scopolamin-Localanästhesie (Novocain und Schleich) ausgeführt. Pat. überstand den Eingriff gut und erholte sich langsam unter Bildung einer Kotfistel, die sich im Laufe der Monate bis auf eine feine Schleimfistel geschlossen hat, durch welche eine feine Sonde ca. 5 ctm. tief führt, ohne auf einen Fremdkörper zu stossen. Der Knopf liegt laut Röntgendurchleuchtung in der linken Beckenschaufel. Pat. hat seither 14 Pfund zugenommen, fühlt sich gesund und hat während der ganzen Zeit keine klinisch nachweisbaren Stoffwechselstörungen erlitten. Greiffenhagen berichtet über die Ergebnisse der Tierexperimente von Senn, Trzebicky und Monari, sowie die klinischen Erfahrungen, die namentlich Schlatter inbetreff der Unterernährung gemacht hat.

Unter den 15 bisher publicierten Fällen von Dünndarmresection über 200 ctm. nimmt der vorliegende Fall die 3. Stelle ein (Nigrisoli 520 ctm., Storp 510 ctm., Greiffenhagen 416 ctm., fünf Fälle mit über 300 ctm.). Nach den Angaben von Benecke, der auf je 100 ctm. Körperlänge 387,5 ctm. Dünndarm rechnet, müsste dem Pat. (bei einer Körperlänge von 180 ctm.) etwas weniger als ⅔ des gesamten Dünndarms entfernt worden sein. Greiffenhagen hält die Berechnung Beneckes für die einzige einigermassen brauchbare Methode, wenngleich auch ihr viel Fehlerquellen anhaften. Nach den Erfahrungen der Autoren vertragen jüngere Individuen, namentlich bei vegetabilischer Kost entsprechend grössere Dünndarmverluste, bis zu ⅔, ja in einem Falle (Storp) bis ¾ der Gesamtlänge des Dünndarms.

(Autoreferat).

Discussion:

Wistinghausen hat in 2 Fällen auch erhebliche Darmstücke resecieren müssen; in dem einen Fall bestanden danach lange Zeit Durchfälle. Er wendet sich gegen ein Abmessen des Darms zwecks Orientierung über die Resectionsmöglichkeit: ein geblähter Darm ist zugleich auch verlängert, ebenso der peristaltisch tote Darm; beide geben daher unrichtige, zu grosse Masse. Zur Feststellung, wie viel man resecieren kann, hilft das Abmessen auch insofern nicht, als man bei Ileus oder Hernien garnicht mehr die Wahl hat; man muss eben den zu sehr geschädigten Darm resecieren, einerlei wie gross das Stück ist. Ein richtigerer und präciserer Massstab als das Bandmass wäre die Anzahl der im Mesenterium verlaufenden Gefässe.

Greiffenhagen bezweifelt die Möglichkeit, nach den Mesenterialgefässen die Darmlänge richtig abschätzen zu können wegen ihrer Variabilität und betont, dass es zur Entscheidung, ob man noch resecieren kann oder schon einen Anus praeternaturalis anlegen muss, ebenso bei der Exstirpation von Mesenterialtumoren, notwendig sei, feste Gesichtspunkte zur Abschätzung der Darmlänge zu haben.

P. 12. Wistinghausen fügt zu dem im September gegebenen Bericht über die Tätigkeit der estl. Landes-Sanitäts-Commission folgendes hinzu. Im September brach im Simonisschen Kirchspiel eine Ruhrepidemie aus und machte die Absendung einer Sanitätscolonne dorthin notwendig. Auch in den Nachbarkirchspielen (Jacobi, Luggenhusen, Halljal, Kusal) traten an verschiedenen Stellen Ruhrfälle auf. Insgesamt sind 300 Dysenteriefälle gemeldet. In Wenulfer (Simonis) sind von der Colonne 120 Fälle behandelt worden. Vor Eintreffen der Colonne war die Mortalität gross, seit ihrem Eintreffen nicht mehr. Von den im Hospital der Colonne behandelten Fällen ist keiner gestorben. Es ist während dieser Epidemie auch viel Serum gebraucht worden (für etwa 200 Rbl.). Anfangs hatten die Collegen einen günstigen Eindruck von der Serumwirkung, doch später änderte sich das Urteil dahin, dass es wenig wirksam sei.

Im Jahre 1909 hat die Landes-Sanitäts-Commission ausgegeben:

für Cholerazwecke c.	15500 Rbl.
» Bekämpfung der Ruhr c.	2500 »
» Bekämpfung der übrigen Infectionskrankheiten c.	1200 »
insgesamt c.	19200 Rbl.

Sitzung am 11. Januar 1910.

Anwesend 22 Mitglieder und 3 Gäste.

P. 5. Greiffenhagen: Demonstration eines Naevus pigmentosus, der mit flüssiger Kohlensäure (Kohlensäure-Schnee) behandelt worden. Nach 8 Sitzungen mit monatelangen Intervallen ist ein wesentlicher therapeutischer Erfolg erzielt worden; die Behandlung ist noch nicht abgeschlossen.

P. 6. Kusick: Demonstration eines Myxoedems.

P. 7. Labbé: Demonstration eines Glaucoma inflammatorium.

P. 8. Labbé hält seinen angekündigten Vortrag über «Glaucom».

Nach einer kurzen Zusammenstellung der Symptome des Glaucoma inflammator. acut. und chronic. und des Glaucoma simpl. geht Verf. auf die Therapie über. Die Miotica, Eserin und Pilocarpin sind mächtige Mittel gegen die Drucksteigerung, vermögen jedoch nicht, das Glaucom dauernd zu heilen, und die Operation entbehrlich zu machen. Unter den Operationen steht die Iridectomie obenan, die beim acuten Glaucom rechtzeitig vorgenommen (am besten im Prodromalstadium) die besten Resultate gibt. Beim einfachen Glaucom sind die Ansichten über die Iridectomie geteilt; ein Teil der Autoren tritt unbedingt für die Operation ein, da das Auge ohne Operation sicher erblindet, während durch die Operation ein grosser Procentsatz der Kranken dauernd geheilt wird; in einer gewissen Anzahl von Fällen bleibt die Operation ohne Erfolg oder stiftet sogar Schaden. — Der andere Teil der Autoren verwirft jedoch die Iridectomie beim einfachen Glaucom ganz und wünscht nur die medicamentöse Behandlung oder eine von den weniger energischen Operationsmethoden, so die Sclerotomia anterior und poster. (Wecker). Die Operation nach de Vincentiis, nach Jonnesco oder Lagrange. In jüngster Zeit ist von Heine in Kiel die Cyclodialyse erfunden worden; er hat sie in ca. 50 Fällen versucht, findet sie relativ leicht ausführbar und ungefährlich, die Resultate sind nicht schlechter als mit den anderen Methoden. Er empfiehlt sie besonders in den hämorrhagischen Fällen, da die Herabsetzung des Drucks im Augeninnern keine momentane ist, sondern sich im Laufe von 1—3 Tagen entwickelt; ebenso in den Fällen, wo eine legale Iridectomie technisch unmöglich ist, z. B. bei aufgehobener vorderen Kammer und bei starken Verwachsungen im Kammerwinkel. Zum Schluss demonstriert V. die Operation an einem Schweinsauge.

(Autoreferat).

Discussion:

Middendorff: Theorien über das Wesen des Glaucoms gibt es viele, doch ist diese Frage noch nicht geklärt; wichtiger ist die Therapie: Operationen des entzündlichen Glaucoms geben eine sehr gute Prognose, wenn man rasch operiert, doch auch noch 14 Tage nach der Erblindung hat man günstige Resultate gehabt; ebenso verhält es sich auch mit dem chronischen entzündlichen Glaucom, wenn rechtzeitig operiert wird. Am ungünstigsten liegen die Verhältnisse beim Operieren des Glaucoma simplex. Die Iridectomie (Gräfe) gibt hier nur in einzelnen Fällen gute Resultate, sicher schlechte dagegen, wenn das Gesichtsfeld schon sehr eingeengt ist oder die Excavation schon stark entwickelt. Daher wurde die Iridectomie vor ca. 10 Jahren ganz verworfen; das ist sehr fehlerhaft: durch die Miotica kann man das Glaucom, theoretisch genommen, zwar jahrelang in Schach halten, doch in praxi geht es schlecht: die Pat. erblinden alle. Man sollte daher jeden Pat., der einigermassen früh in Behandlung kommt, operieren. Auch die prophylactische Iridectomie wird gemacht: wenn ein Auge glaucomatös ist, wird das andere operiert. Die Resultate scheinen gute zu sein.

Die Cyclodialyse ist noch sehr discutabel. Der Eingriff muss zum Teil im Dunkeln vor sich gehen und dabei passieren verschiedene unangenehme Zwischenfälle. Die Operation von Lagrange scheint aussichtsvoller: die Iris wird unter die Conjunctiva gezogen, wobei das Kammerwasser allmählich resorbiert wird. M. hat diese Operation noch nicht gemacht, will sie aber bei nächster Gelegenheit versuchen.

Wistinghausen fragt, wodurch sich bei dieser Operation die Dauerresultate erklären.

Labbé: die Narben am Auge sind durchlässiger als normales Gewebe, und das Wasser diffundiert durch das Narbengewebe hindurch, wodurch der intraoculare Druck ständig verringert wird.

Middendorff: diese Theorie ist nicht allgemein anerkannt; es ist jedoch Erfahrungstatsache, dass diese Operationen wirken, wenn man auch nicht sicher weiss, warum. — Was den Schutz betrifft, den ein myopisches Auge gegen Glaucom bietet, so kommen auch Glaucome bei hochgradiger Myopie vor; der Schutz ist also nicht sicher.

P. 9. Haller: Referat über Pathologie und Therapie der Hypophyse an der Hand der Arbeit von Borchardt in den «Ergebnissen der inneren Medicin und Kinderheilkunde».

Sitzung am 1. Februar 1910.

Anwesend 22 Mitglieder und 3 Gäste.

P. 4. Kusick: Demonstration eines Mannes mit Kennzeichen von Pseudohermaphroditismus.

P. 5. Wistinghausen: Demonstration einer geheilten penetrierenden Stichwunde des Abdomens.

Im Anschluss an 2 früher demonstrierte Bauchwunden mit Darmverletzung stellt W. einen jungen Mann vor, der mit einer penetrierenden Stichwunde im Abdomen — links vom Nabel — und einer 2. perforierenden Stichwunde des Thorax im Hospital der allg. Fürsorge eingeliefert wurde. Aus der Wunde im Abdomen war 1 Arsh. Dünndarm vorgefallen, und in den prolabierten Darmteilen fanden sich 3 Stichwunden: 2 grössere einander gegenüber liegende und eine kleinere einzelne. Die Darmwunden wurden vernäht, die Hautwunde erweitert, der Darm reponiert und die Wunde vernäht. Der Zustand des Pat. war dadurch noch verschlimmert, dass die Atmung arg not litt: durch den Bauchstich war die abdominelle Atmung behindert, durch den Bruststich — die thoracale. Pat. machte es aber durch und konnte nach 22 Tagen genesen entlassen werden.

Discussion:

Greiffenhagen: zur Operation ist in solchen Fällen die Combination der Scopolamin-Morphiuminjection mit Localanästhesie sehr zu empfehlen: es lässt sich da gut ohne allgemeine Narkose auskommen.

P. 6. Wistinghausen: Bericht über die Tätigkeit der chirurgischen Abteilung des Hospitals der allgem. Fürsorge pro 1909.

Von den 609 stationären Pat. wurden 549 operiert.

Es wurden unter anderem gemacht: 31 Herniotomien, 7 Carcinomoperationen, 117 Incisionen bei Abscessen und Phlegmonen, 87 Operationen bei Stichverletzungen. Ferner wurden 106 Fracturen behandelt.

Von 46 Diphtheriekranken wurden 32 tracheotomiert; von diesen sind 8 gestorben (4 von ihnen an Pneumonie). Von den 14 nicht operierten Fällen ist keiner letal verlaufen, was sich dadurch erklärt, dass alles leichte Fälle waren.

Die Zahl der Operierten und verpflegten Kranken ist 1909 kleiner gewesen als sonst, da die Abteilung wegen dringender Remonten 4 Monate fast ganz ausgeschaltet war. Das Resultat der Remonten ist aber dafür um so befriedigender, denn nun ist das ganze grosse Haus zur chirurgischen Abteilung umgewandelt.

P. 7. Hunnius: Demonstration eines Gumma der Nasenspitze.

P. 8. Maydell hält seinen angekündigten Vortrag: Zur Differentialdiagnose der Gicht, Arthritis deformans und des Gelenkrheumatismus.

Zur Differentialdiagnose dieser Erkrankungen, die vielfach Uebergangsformen aufweisen, muss hauptsächlich das klinische Bild dienen; erst in zweiter Linie sind Aetiologie und pathologisch-anatomische Verhältnisse zu berücksichtigen. Die Arthritis deformans lässt M. nicht als selbständige Krankheit gelten, sondern subsummiert sie dem chronischen Gelenkrheumatismus. Die echte Gicht ist bei uns zu Lande entschieden selten und mag oft falsch diagnosticiert werden, etwa wenn das Metatarso-Phalangengelenk als erstes von chronischem Gelenkrheumatismus befallen wird. Als Gicht hat nur zu gelten die meist durch üppige Lebensweise bedingte unter heftigsten Schmerzen einsetzende und durch Anhäufung von Harnsäure im Blut und Ausscheidung derselben ins Gelenk bedingte Entzündung derselben, sowie die nach solchen Anfällen zuweilen restierenden dauernden Gelenkveränderungen, die sogen. chronische Gelenkgicht.

Der acute Gelenkrheumatismus ist eine typisch verlaufende Infectionskrankheit; in der Auffassung des chronischen Gelenkrheumatismus schliesst sich M. His an, wonach verschiedene klinisch und ätiologisch nicht gleichwertige Leiden, für welche es an Unterscheidungsmerkmalen fehlt, unter dem Namen chronischer Gelenkrheumatismus zusammengefasst werden. Eine genauere Differenzierung wird erst möglich sein, wenn die bakteriologische Forschung uns nähere Aufklärung über das Wesen wenigstens einiger dieser Krankheitsformen gegeben haben wird. Nach His sind es 6 bekannte Typen, in denen der chronische Gelenkrheumatismus auftritt. 1. Die nach acutem Gelenkrheumatismus zuweilen restierenden Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke, der sog. secundäre chronische Gelenkrheumatismus. 2. Die fieberhafte Erkrankung einzelner Gelenke in meist symmetrischer Anordnung und Neigung zu Recidiven. (Als Unterscheidung vom acuten Gelenkrheumatismus dient die symmetrische Anordnung, die eine Mitbeteiligung des Nervensystems vermuten lässt, sowie die weniger heftigen oft der Schwere der Erkrankung nicht entsprechenden Schmerzen, schliesslich die geringe oder völlig ausbleibende Wirkung der Salicylpräparate). 3. Die ganz allmählich auftretende Verdickung und Versteifung der Gelenkenden der Basal- und Intraphalangealgelenke mit mehr oder weniger resultierender Deformität. Charakteristisch ist der fieberlose Beginn, der langsame Verlauf und die stets ausgesprochene Symmetrie. 4. Die oft gesondert beschriebene Arthritis deformans, als welche im engeren Sinne die bei älteren Individuen oft nach Traumen allmählich sich entwickelnde Veränderung eines Gelenks, meist eines der grossen Gelenke zu gelten hat. 5. Die ankylosierenden Erkrankungen der Wirbelsäule, der sehr verschiedene Ursachen zu Grunde liegen können. 6. Die sog. Heberdenschen Knoten, die sich an den Nagelgelenken der Finger bilden und allmählich zur Versteifung und Deformität führen können. — Zum Schluss werden einige Krankheitsbilder erwähnt, die mit dem ac. und chron. Gelenkrh. in ihrem klin. Verhalten oft grosse Aehnlichkeit haben: die pyämischen, gonorrhoischen, tuberculösen und syphilitischen Arthritiden.

(Autoreferat).

Discussion:

Weiss stimmt im Ganzen der Auffassung bei, dass der Praktiker sich bei diesen Affectionen nicht auf zu specialisierte Diagnosen einlassen soll. Doch die gichtischen Erkrankungen muss und kann man von den andern absondern, da hier eine Störung des Harnsäurestoffwechsels besteht, die durch den Nachweis der vermehrten Harnsäure im Blut festgestellt werden kann. Auch im Blut des normalen Menschen ist Harnsäre nachzuweisen, doch der Gichtiker behält sie auch bei nucleinfreier Kost im Gegensatz zum normalen Menschen. Oft sind zu diesem Nachweis allerdings sehr subtile Stoffwechseluntersuchungen nötig, doch führt auch schon eine Röntgenuntersuchung zur sicheren Diagnose, indem sie 1. Ablagerungen von Uraten in den Weichteilen zeigt und 2. die Rarefication der Knochen, durch Uratablagerungen bewirkt, zum Ausdruck bringt. In der Krausschen Klinik ist darauf die Aufmerksamkeit gelenkt worden, und W. hat dort sehr instructive Bilder solcher Fälle gesehen.

Maydell: es fragt sich, ob chronische Gicht ohne vorherigen acuten Gichtanfall vorkommt; der Nachweis der Harnsäurestoffwechselstörung kann vom Praktiker nicht erbracht werden, da die Untersuchungen zu schwierig und zeitraubend sind. Die Röntgenstrahlen können nur in chronischen Fällen von Wert sein, acute Fälle geben keine Schatten. Ihm sind hier 2 Fälle bekannt, die allgemein als Gicht galten und sich schliesslich doch als Gelenkrheumatismus herausgestellt haben.

Greiffenhagen bestätigt, dass die Röntgenstrahlen vielfach versagen. Er hat Fälle gesehen, wo klinisch schwere Gelenkaffectionen und Veränderungen vorlagen, ohne dass sie sich im Röntgenbilde markierten. Die Arthrit. deform. kann dagegen gut durch die X-strahlen nachgewiesen werden. — Die vom Vortr. genannten diagnostischen Schwierigkeiten werden noch vermehrt durch 2 Krankheitsgruppen: die osteomyelitischen Processe in der Nähe des Gelenks und die Arthropathien auf neurotischer Grundlage (Tabes, Syringomyelie), von den Schwierigkeiten durch tbc. Processe schon garnicht zu reden. Sie alle gehen anfangs oft als chron. Gelenkrheumatismus.

Kusick weist darauf hin, dass die Anamnese oft imstande ist, der Diagnose den richtigen Weg zu weisen. Grade bei acut. Gelenkrh. ist die Angina ein wichtiger ätiolog. Factor.

Wistinghausen: der Verlauf und das Alter der Pat. ist oft für die Diagnose das einzig Ausschlaggebende. Das anatomische Bild der Arthr. deform. ist einheitlich und klar: es finden sich Kapsel- und Epiphysenveränderungen und Exostosen. Er hat ein arthritisch deformiertes Gelenk gesehen. das besät war mit kleinen warzenförmigen Excrescenzen.

Haller wendet sich dagegen, dass Krankheitsbilder, die im Allgemeinen ihre eigenen klaren Symptome haben, zusammengeworfen werden, nur weil sie zu einander Uebergänge aufweisen, und manchmal wirklich schwer auseinander gehalten werden können. In der Regel sind acut. und chron. Gelenkrh. ganz gut von einander, sowie von Arthr. deform. zu unterscheiden. Diese Unterscheidung ist auch im Hinblick auf die verschiedene Prognose durchaus wichtig. Sie principiell aufzugeben, wäre bequem, aber falsch. Auch kann er His nicht beistimmen, wenn er eine recidivierende Arthr. rheumat.-chron. Gelenkrheumatismus nennen will: von chron. Pneumonie wird man doch auch nicht sprechen, wenn ein Pat. zum 2. oder 3. Mal eine crup. Pneumonie bekommt.

P. 9. Kusick: ein Fall von Purpura variolosa.

Am 3. Krankheitstage zu einer 57-jährigen Frau gerufen, fand er: Temperatur 40, Puls 120; am weichen Gaumen 3 nagelgrosse Sugillationen. Im Schenkeldreieck petecchiale Blutungen, ebenso an den Berührungsflächen der Mammae mit dem Thorax und in der vorderen und hinteren Begrenzung der Achselfalten. Pockeneruptionen fanden sich noch nicht. Im Laufe des Tages wurden die petecchialen Blutungen immer dichter und stiegen von der Schenkelbeuge zum Nabel auf. Am 4. Krankheitstage traten einzelne Papeln auf, am 5. hier und da Bläschen, dazu Hämaturie; am 6. Tage — Sugillation der Conj. bulbi links, am 7. auch rechts; am 8. Amaurose; die Petecchien hatten so zugenommen, dass die ganzen von ihnen eingenommenen Partien erhaben und gleichmässig dunkelrot mit einzelnen dunkleren Flecken waren. Mittlerweile waren auch im Gesicht und auf dem übrigen Körper hämorrhagische Pusteleruptionen aufgetreten. Die Hämaturie hatte aufgehört; der Puls stieg auf 140, die Temperatur ging allmählich bis auf 37° hinunter, um sich ad finem wieder etwas zu erheben. Exitus am 8. Krankheitstage. — Pat. war nur in der Jugend erfolgreich geimpft, sie war stets von schwacher Constitution. Nachzutragen ist, dass das Zahnfleisch auch etwas gelockert und hämorrhagisch war.

Purpura variolosa gibt immer eine prognosis pessima und tötet meist in 2—3 Tagen. Dieser Fall ist dadurch auffallend, dass der schwächliche Organismus dieser älteren Frau der Krankheit so lange Widerstand entgegenzusetzen vermochte.

Discussion:

Weiss hat als Assistent am Rigaer Stadtkrankenhause eine grössere Pockenepidemie erlebt (4—500 Kranke). Die Fälle von Purp. hämorrhag. waren alle sehr schwer: oft fand sich 2/3 der Körperoberfläche blutunterlaufen; zur Pusteleruption kam es garnicht, und schon am 2. oder 3. Tage trat der Exitus ein. Die hämorrhagischen Pocken haben eine um so bessere Prognose, je später die Blutung erfolgt.

Kusick: die Purp. variolosa und die Variola hämorrhag. unterscheiden sich dadurch scharf von einander, dass bei ersterer die Blutung zuerst auftritt, bei letzterer aber erst die Pockeneruption und dann die Blutung.

P. 10. Mühlen: Demonstration eines Uterus myomatosus.

Die 31-jährige Frau war gravid im 3. Monat; Schmerzen, Blutung und Untersuchungsbefund legten die Annahme einer Grav. extrauter. nahe. bei der Operation fand sich das aus 2 Knoten bestehende Myom. Der gravide Uterus musste supravaginal amputiert werden, da sich der Tumor nicht ausschälen liess. Genesung am 12. Tage post oper.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der 6. Estländische Aerztetag findet in diesem Jahr am 6.—8. November in Reval statt. Anmeldung von Vorträgen bis zum 10. October beim Praeses, Dr. von Wistinghausen, Reval, Grosse Rosenkranzstrasse 11.

— Hochschulnachrichten.

St. Petersburg. Dr. D. Scherschow ist zum Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an dem Medicinischen Institut für Frauen ernannt.

Genf. Privatdocent Dr. E. Kummer ist zum ordentlichen Professor der externen Pathologie und chirurgischen Operationslehre, Dr. A. Veyrassat — zum ordentlichen Professor der chirurgischen Poliklinik ernannt.

Genua. Dr. P. Baiardi ist zum ausserordentlichen Professor der Ophthalmologie ernannt.

Krakau. Privatdocent Dr. A. Wrzosek ist zum a. o. Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie ernannt; die Privatdocenten DDr. M. Rutkowski (operative Medicin), St. Dobrowolski (Gynäkologie und Geburtshilfe) und F. Nowotny (Laryngologie) erhielten den Titel eines a. o. Professors.

Messina. Dr. A. Donaggio ist zum a. o. Professor der Neurologie und Psychiatrie ernannt.

— Moskau. Zum Director des Evangelischen Hospitals ist Dr. med. Alfons Waehner, Leiter der bekannten Waehnerschen gynäkologischen Privatklinik, gewählt; er hat die Wahl angenommen.

— Cholera. Britisch-Indien. In Kalkutta starben vom 17. bis zum 23. Juli 18 Personen. — Niederländisch-Indien. In Batavia erkrankten vom 6. Juni bis zum 10. Juli 348 Personen, darunter 43 Europäer. In Soerobaya und Umgegend erkrankten von 3. bis 9. Juli 8 Personen, von denen 3 starben. — Honkong. Vom 10. bis zum 16. Juli erkrankten 9 Chinesen, von denen 6 starben. — Deutsches Reich. In Spandau erkrankten am 26. und 28. Juli 2 Personen, die beide starben. In einem Erkrankungsfall in Berlin, der anfangs für choleraverdächtig angesehen wurde, erwies sich bei der bakteriologischen Untersuchung der Verdacht für unbegründet. — Oesterreich. Ausser den in Nr. 35 (S. 460) gemeldeten 2 Erkrankungen in Wien ist noch eine Erkrankung an Cholera in Pressburg festgestellt worden. Es handelte sich um die Köchin des Dampfers «Regensburg», die mit den beiden ersten Erkrankten im Verkehr gestanden.— Italien. Die erste Choleraerkrankung fand in Trani (Apulien) statt, und zwar soll die Krankheit durch russische Zigeuner aus Batum eingeschleppt worden sein. Bisher wurden Erkrankungen und Todesfälle beobachtet: in der Provinz Bari: in Trani 55 (31), Andria 11 (1), Barletta 25 (9), Bisceglie 1 (1), Bitonto 1 (1), Spinazzola 1 (1), Ruvo 1 (1), Castato 1 (verdächtig), Canosa 1 (verdächtig), Provinz Foggia: Cerignola 6 (4), Margherita di Savoia 15 (7), San Fernando die Puglia 4 (3), Trinitapoli 10 (7); im Ganzen 132 Erkrankungen und 66 Todesfälle.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 15. bis zum 21. Aug.		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	429	(168)	3037	(1114)	7. Juni
» Kronstadt	24	(11)	214	(108)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	62	(37)	409	(186)	24. Juni
Stadt Archangelsk	—	(—)	1	(—)	10. »
Gouv. Olonez	—	(—)	1	(1)	7. Aug.
» Wologda	57	(24)	308	(157)	5. Juli
» Pskow	—	(—)	19	(7)	6. Juni
» Nowgorod	24	(6)	356	(161)	7. Juli
» Estland	—	(—)	1	(—)	13. »
» Livland	2	(1)	4	(2)	14. »
» Minsk	52	(14)	1257	(440)	18. Mai
» Mogilew	17	(4)	575	(247)	14. »
» Witebsk	6	(7)	88	(25)	18. April
» Smolensk	28	(3)	110	(45)	10. Juli
» Podolien	102	(32)	669	(279)	21. Juni
» Wolynien	2	(1)	161	(94)	10. »
» Kiew	555	(219)	4299	(1593)	3. Mai
» Tschernigow	65	(30)	1997	(786)	24. »
» Poltawa	96	(47)	3038	(1215)	9. »
» Charkow	48	(18)	6611	(3411)	8. »
» Orel	44	(11)	931	(427)	1. Juli
» Kursk	287	(152)	4124	(1787)	28. Mai
» Woronesh	484	(244)	7362	(3402)	27. »
» Tambow	425	(205)	3830	(1760)	29. »
» Pensa			1565	(735)	27. Juni
» Kaluga			188	(99)	1. Juli
» Tula			238	(112)	11. Juni
» Rjasan	152	(45)	1924	(791)	19. »
» Wladimir			352	(179)	5. Juli

	Erkrankt und gestorben				Beginn der Epidemie
	vom 15. bis zum 21. Aug.		von Beginn der Epidemie		
Gouv. Moskau	36	(15)	169	(74)	6. Juli
» Twer			24	(11)	6. »
» Jaroslaw	102	(67)	1102	(572)	27. Juni
» Kostroma	176	(73)	3302	(1383)	26. »
» Nishnij Nowgorod	147	(72)	1929	(764)	24. »
» Kasan	161	(89)	3189	(1409)	19. »
» Ssimbirsk	222	(116)	2625	(1224)	21. »
» Ssamara	760	(274)	8097	(3350)	9. »
» Ssaratow	541	(201)	4579	(1713)	6. »
» Astrachan	136	(53)	1736	(763)	15. »
» Stawropol	91	(46)	6110	(3139)	3. »
» Perm	49	(13)	621	(239)	2. »
» Wjatka	16	(12)	371	(176)	26. »
» Ufa	12	(5)	1073	(658)	29. »
» Orenburg	653	(278)	1932	(905)	4. Juli
Turgai-Gebiet	21	(14)	133	(72)	13. »
Ural-Gebiet	43	(15)	100	(48)	30. »
Gouv. Jekaterinoslaw	568	(326)	17761	(8025)	10. Jan.
» Taurien	83	(34)	4468	(2240)	7. Mai
Stadt Ssewastopol	5	(1)	76	(44)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	11	(7)	597	(268)	14. Mai
Gebiet der Donkosaken	568	(314)	20106	(9352)	21. »
Stadt Rostow am Don	25	(5)	3108	(1036)	7. »
Gouv. Bessarabien	18	(12)	76	(37)	17. Juni
» Cherson	524	(205)	7535	(3201)	11. Mai
Stadt Odessa	23	(12)	538	(293)	27. »
» Nikolajew	20	(11)	323	(133)	4. Juni
Schwarzmeergouvernement	9	(4)	624	(228)	7. »
Kuban-Gebiet	361	(174)	22658	(11756)	26. Mai
Terek-Gebiet	125	(60)	4035	(1714)	28. »
Gouv. Baku	39	(38)	1272	(678)	19. April
Stadt Baku	100	(37)	1146	(476)	4. Juni
Gouv. Tiflis	183	(66)	1611	(632)	6. »
Dagestan-Gebiet	330	(105)	1049	(499)	29. »
Gouv. Kutais	71	(31)	382	(158)	25. »
» Jelisawetpol	12	(9)	35	(25)	18. Juli
» Erivan	127	(82)	490	(304)	8. »
Kars-Gebiet	132	(50)	730	(330)	22. Juni
Batum-Gebiet	1	(1)	1	(1)	18. Aug.
Transkaspi-Gebiet	—	(—)	84	(52)	19. Juni
Ssyr-Darja-Gebiet	21	(11)	69	(37)	13. Juli
Gouv. Tomsk	78	(15)	112	(21)	8. Juni
» Tobolsk	50	(18)	171	(61)	28. Juli
Akmolinsk-Gebiet	282	(155)	533	(202)	23. »
Finnland	—	(—)	2	(—)	22. »
Im Ganzen	9899	(4405)	170353	(77466)	

— Pest. Britisch-Indien. Vom 17. bis zum 23. Juli sind 737 Erkrankungen und 554 Todesfälle constatiert worden. — Honkong. Vom 3. bis zum 23. Juli 3 Erkrankungen, 2 Todesfälle, davon 1 (1) in Victoria. — China. Amoy. Seit dem 28. Juli wöchentlich etwa 10—15 Erkrankungen. In Kulangsu erkrankten und starben 6 Chinesen. — Aegypten. Vom 13. bis zum 19. August 8 Erkrankungen und 4 Todesfälle. — Venezuela. In Caracas fand am 30. Juli eine Erkrankung mit tötlichem Ausgang statt.

— Die Pest in Odessa. Am 24. August erkrankten 2 Personen an der Pest, am 25. Aug. erkrankten 3, starb 1, am 26. Aug. erkrankten 2, am 27. erkrankten 5, starben 2, am 28. und 29. fanden keine Erkrankungen statt. Am 29. starb 1 von den früher Erkrankten. Am 30. Aug. erkrankten 2 Personen und starben 2.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 1. bis zum 7. Aug. 1910 631 Personen. Darunter an Typh. abdom. 23, Typh. exanth. 1, Febris recurrens 3, Pocken 17, Windpocken 7, Masern 29, Scharlach 42, Diphtherie 38, Cholera 250, acut. Magen-Darmkatarrh 170, an anderen Infectionskrankheiten 51.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 842 + 45 Totgeborene + 106 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 6, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 7, Masern 14, Scharlach 8, Diphtherie 12, Keuchhusten 6, crupöse Pneumonie 25, katarrhalische Pneumonie 51, Erysipelas 6. Influenza 2, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 11, Gastro-ent. epidem. 0, Cholera 147, Magen-Darmkatarrh 54, andere Magen- und Darmerkrankungen 68, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 56, Marasmus senilis 21, andere Todesursachen 233.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 8. August 12311. Darunter Typhus abdominalis 321, Typhus exanth. 4, Febris recurrens 15, Scharlach 228, Masern 19, Diphtherie 177, Pocken 101, Windpocken 4, Cholera 672, acut. Magen-Darmkatarrh 130, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 92, Tuberculose 525, Influenza 157, Erysipel 139, Keuchhusten 9, Dysenterie 7, Hautkrankheiten 38, Lepra 1, Syphilis 496, venerische Krankheiten 454, acute Erkrankungen 1806, chronische Krankheiten 1689, chirurgische Krankheiten 1502, Geisteskrankheiten 3367, gynäkologische Krankheiten 236, Krankheiten des Wochenbetts 96, verschiedene andere Krankheiten 26.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 8. bis zum 14. Aug. 1910 772 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 57, Typh. exanth. 0, Febris recurrens 4, Pocken 24, Windpocken 5, Masern 25, Scharlach 74, Diphtherie 51, Cholera 336, acut. Magen-Darmkatarrh 140, an anderen Infectionskrankheiten 56.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 834 + 48 Totgeborene + 73 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 9, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 8, Masern 8, Scharlach 18, Diphtherie 7, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 18, katarrhalische Pneumonie 62, Erysipelas 13, Influenza 2, Postula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 14, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 13, Dysenterie 11, Gastroent. epidem. 0, Cholera 180, Magen-Darmkatarrh 40, andere Magen- und Darmerkrankungen 64, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 36, Marasmus senilis 15, andere Todesursachen 231.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 15. Aug. 1910 12199. Darunter Typhus abdominalis 317, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 15, Scharlach 230, Masern 20, Diphtherie 187, Pocken 91, Windpocken 7, Cholera 602, acut. Magen-Darmkatarrh 122, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 80, Tuberculose 514, Influenza 141, Erysipel 130, Keuchhusten 8, Dysenterie 4, Hautkrankheiten 33, Lepra 1, Syphilis 502, venerische Krankheiten 447, acute Erkrankungen 1793, chronische Krankheiten 1682, chirurgische Krankheiten 1540, Geisteskrankheiten 3390, gynäkologische Krankheiten 226, Krankheiten des Wochenbetts 87, verschiedene andere Krankheiten 28.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Alupka Dr. N. Lebedkin, geb. 1854, approbiert 1882. 2) In Odessa der Sanitätsarzt der Landschaft Dr. A. Ulybyschew, geb. 1865, approb. 1891. 3) Am 25. August in Pawlowsk bei Petersburg der Hofmedicus Dr. K. Dantschitsch im Alter von 75 Jahren. 4) Am 27. Aug. in Riga am Herzschlage Dr. V. Lieven. 5) Prof. Dr. S. Mayer, Director des Histologischen Instituts der Deutschen Universität in Prag, in Ambras bei Innsbruck im Alter von 67 Jahren. 6) Dr. William James, Professor der Psychologie in Boston.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Н. Петровъ. Общее ученіе объ опухоляхъ. Изд. журнала „Гигіена и Санитарія". Ц. 2 р. 75 к.

B. Bendix. Lehrbuch der Kinderheilkunde. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien. 1910. Prs. M. 15.—.

W. Weichardt. Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung. V. Band. 1909. F. Enke. Stuttgart. 1910.

E. Finger und M. Oppenheim. Die Hautatrophien. F. Deuticke. Wien und Leipzig. 1910. Prs. Mk. 8.—.

J. Berze. Die hereditären Beziehungen der Dementia Praecox. F. Deuticke. Wien und Leipzig. 1910. Prs. Mk. 4.50.

W. Zangemeister. Die bakteriologische Untersuchung im Dienste der Diagnostik und Prognostik der puerperalen Infection. S. Karger. Berlin. 1910.

R. Halben. Die Copulation der Netzhaut mit der Aderhaut durch Contactverbindung zwischen Sinnesepithel und Pigmentepithel. S. Karger. Berlin. 1910.

H. Strauss. Praktische Winke für die chlorarme Ernährung. S. Karger. Berlin. 1910.

В. Жуковскій. Врожденный гортанный свистъ. С.-Петербургъ. 1910.

Proceedings of the Exercises and Conferences of the National Association for the Study and Education of Exceptional Children inaugurated upon the occasion of the Tenth Anniversary of the Groszmann School for Nervous and Atypical Children. 1910. April.

Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Tomo II Faciculo I. Rio de Janeiro. Manguinhos. 1910.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

№ 37 St. Petersburg, den 11. (24.) September 1910. XXXV. JAHRGANG.

Aus der Livländischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt „Stackeln", Director: Dr. A. Behr.

Todesursachen und pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken

Vortrag, gehalten auf dem II. kurländischen Aerztetage in Libau.

Von

Dr. Harald Siebert, Arzt der Anstalt.

Ich will in Nachfolgendem versuchen, ein Bild über die Todesursachen und pathologisch-anatomischen Befunde bei Geisteskranken zu entwerfen. — Es ist bekannt, dass bei dem ungemein vielseitigen Material der Irrenanstalten die allerauffallendsten Befunde erhoben werden, wie solche in der Praxis selten zu Gesichte kommen. Die Todesarten und Todesursachen sind im höchsten Grade ungewöhnlich, so dass an diesen ungewöhnlichen Verhältnissen oft die sorgfältigsten prognostischen Erwägungen scheitern.

Die Sectionen des mir zur Verfügung stehenden Materiales behandeln ausschliesslich makroskopische Befunde, von Mitteilungen über mikroskopische Befunde muss Abstand genommen werden, da solche aus äusseren Gründen nicht ausführbar waren. — Das Material war ein relativ kleines, da es sich hierbei um eine vor erst $3^1/_2$ Jahren eröffnete Anstalt handelt.

Es kann hier näher nur auf solche klinische und pathologisch-anatomische Bilder eingegangen werden, die sei es durch eigenartigen Verlauf, sei es durch seltene Befunde Interesse erwecken und die der Differentialdiagnose wegen eine grosse Rolle spielen.

Diesen Betrachtungen wird die klinische Diagnose aller aufgenommenen Kranken vorausgeschickt, wobei die in westeuropäischen Irrenanstalten übliche Krankheitseinteilung angewandt worden ist. Der Begriff „einfache Seelenstörung" umfasst die functionellen Psychosen, wie Manie, Melancholie, Paranoia, Dementia praecox und ähnliche Psychosen.

	1907		1908		1909		1910 bis zum 1. Juli		Summa	%
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen		
Einfache Seelenstörung . . .	62	81	19	55	84	54	39	31	425	80.2
Paralytische Seelenstörung .	1	1	5	—	13	2	5	2	29	5.5
Epileptische Seelenstörung .	1	2	—	2	2	1	2	1	11	2.0
Alcoholische Seelenstörung. .	2	—	1	—	3	2	5	—	13	2.4
Imbecillität. Idiotie.	2	4	1	3	1	2	3	2	18	3.5
Nicht geisteskrank.	4	10	2	3	2	4	7	1	33	6.4
	170		91		170		98		529	100.0

Die geringe Aufnahmeziffer im Jahre 1908 ist dadurch zu erklären, dass der Umfang der Anstalt verschiedener tiefgreifender Romonten wegen in bedeutendem Masse reduciert werden musste. — Diese Uebersicht ergibt, dass die Zahl der an paralytischer Seelenstörung Leidenden eine sehr geringe ist. Es lässt sich dieses leicht aus dem Umstande erklären, dass die Anstalt fast ausschliesslich Landbewohner und Bauern aufnimmt, sehr selten jedoch Stadtbewohner. Tatsächlich sind unter den 29 aufgenommenen Paralytikern 24 Stadtbewohner, mithin also 83% der Gesamtzahl; der Rest von 5, d. h. 17% hat nach anamnestischen Angaben nur vorübergehend in der Stadt gelebt. Es lässt sich also auch hier beobachten, dass unter der Landbevölkerung die progressive Paralyse eine ungemein seltene Erkrankung ist im Vergleich zu den Bewohnern der Städte.

Es ist bekannt, dass die Sterblichkeit geisteskranker Personen eine bei weitem grössere ist, als die der Geistesgesunden: nach Hagen ist dieselbe fünf mal grösser, nach Hitschmann drei mal grösser als bei Geistesgesunden. Auch Kraepelin und Krafft-Ebing geben die letztere Ziffer an. Für diese Tatsache lassen sich unschwer die Belege finden. In erster Linie ist die neuropathische Constitution zu berücksichtigen, welche die Kranken weniger widerstandsfähig gegen äussere Schädlichkeiten macht; ferner ist die in allen Anstalten so gefürchtete Tuberculose zu erwähnen, der die stark geschwächten Patienten erliegen. Berücksichtigt man alsdann noch die zahlreichen intercurrenten Krankheiten — die Affectionen des Darmcanales, der Lunge, der Leber, des Herzens, — so lässt sich unschwer voraussehen, dass die Todesursachen und Sectionsbefunde die allermannigfachsten und wechselnden sind. — Ein vollständig negativer Sectionsbefund wurde selten erhoben. In den meisten Fällen waren es sogar mehrere Körperorgane, welche in irgend einer Weise pathologisch-anatomisch verändert waren.

Ich beginne mit dem bekannten Feind aller Irrenanstalten, der Tuberculose. Jeder Psychiater kennt diese verheerende Krankheit und versucht nach Kräften ihr zu steuern. Das bewegungslose Vegetieren vieler Kranker, z. B. der regungslos dastehenden Katatonischen, der Mangel an guter Lüftung der Atmungsorgane, die krankhafte Constitution an sich, die eventuelle Ansteckung durch die Mitpatienten — das alles sind Factoren, welche einer weiteren Erörterung nicht bedürfen und wohl überall beschrieben und beobachtet werden. Gauter beschreibt in der Anstalt Wormditt bei den an einfachen Verblödungszuständen Leidenden 45% der Todesfälle an Tuberculose; die übrigen Seelenstörungen weisen einen bedeutend geringeren Procentsatz auf. Unter den in Stackeln zur Beobachtung gelangten Fällen fanden sich blos 3, welche unter den ausgesprochenen Symptomen der Tuberculose starben. In diesen drei Fällen handelte es sich um eine Affection der Lungen; in zwei Fällen bestätigte die Autopsie den klinischen Befund, im dritten Fall musste die Autopsie unterbleiben, es waren jedoch bakteriologisch sowie physikalisch die sicheren Belege für die Tuberculose gegeben. Gauter gibt an, dass die Hälfte der Tuberculosefälle in die Anstalt mitgebracht waren, die andere Hälfte wurde in der Anstalt selbst erworben. Während Gauter in 202 Fällen unter 1017 Sectionen, also in 19,8%, Tuberkulose fand, bildete die Tuberculose in Stackeln blos 6,1% aller Todesfälle. Gauter verweist auf die grosse Variabilität der Tuberculosesterblichkeit in den einzelnen Jahren, sowie in den einzelnen Anstalten; so schwankte sie bei ihm in den einzelnen Jahren zwischen 29% und 7%.

Lungengangrän fand sich in zwei Fällen mit allen klinischen Symptomen, wie Foetor, Auswurf von Fetzen etc. schon lange Zeit vor dem Tode. Bei der Autopsie wurden grosse nekrotische Herde gefunden. Ob in diesen Fällen bereits früher Tuberculose bestanden, muss offen gelassen werden, da die betreffenden Kranken einer Untersuchung unzugänglich waren und aus dem schmutzig-nekrotischen Gewebe, welches die Autopsie darbot, keinerlei Schlüsse gezogen werden konnten. Es ist eine Reihe von Umständen, welche bei Geisteskranken die Entstehung einer Gangrän begünstigen. Abgesehen von den Ursachen, welche bei der Tuberculose mitspielen, erwähne ich blos den Stupor und die Anästhesie des Rachens, welche dem Eindringen von Fremdkörpern in die Atmungsorgane (z. B. bei der Nahrungsaufnahme) Tür und Tor offen lassen. Die Anästhesie des Rachens findet sich bei Geisteskranken viel häufiger als man schlechthin glauben kann. Es ist aber auch durchaus zu berücksichtigen, dass eine Gangrän oft aus einem tuberculösen Herd ihren Ursprung nimmt.

Ein in klinischer, wie anatomischer Hinsicht höchst eigenartiges Bild bot sich im folgenden Fall, welcher erst durch die Autopsie seine volle Erklärung fand. Es handelte sich um die von Wunderlich zuerst so bezeichnete Peripleuritis. Diese Krankheit ist sehr selten und nur von wenigen Klinikern beobachtet worden. Einzelne Autoren sind noch im Zweifel, ob sie der Peripleuritis eine gesonderte Stellung gewähren sollen oder nicht. Strümpell widmet ihr in seinem Lehrbuch einen kurzen Abschnitt, während Unverricht im Handbuch von Ebstein und Schwalbe die Krankheit überhaupt nicht erwähnt. Ihr Wesen besteht in der Bildung von Abscessen zwischen der Pleura parietalis und der Fascia thoracalis. Die Diagnose an sich ist nicht leicht, und man muss sich vor der Verwechselung mit einer Pleuritis in Acht nehmen. Auch in diesem Falle lag es nahe, der ausgesprochenen Dämpfung und des hohen Fiebers wegen an eine eitrige Pleuritis zu denken, doch fühlte man beiderseits an symmetrischen Stellen in der Gegend des zweiten Intercostalraumes sowohl bei der Inspiration als auch bei der Exspiration ein Auf- und Absteigen einer oberflächlich sitzenden Flüssigkeit, welche in einem Sacke eingeschlossen war. Man fühlte die Flüssigkeit deutlich mit dem tastenden Finger und hörte gleichzeitig ein reibendes Geräusch. Wenn man dann genauer hinsah, so konnte man bemerken, wie an den bezeichneten Stellen bei der Inspiration die Haut des Brustkorbes sich leicht vorwölbte und alsdann einsank. Dieser palpatorische Befund einer Fluctuation, gepaart mit dem oberflächlichen Sitz, sprach von vorne herein gegen Cavernen oder eine Empyembildung.

Die grösste Anzahl von Todesfällen ist der Sepsis zuzuschreiben. An Sepsis starben von 48 — zwölf. Von diesen zwölf waren zehn Paralytiker (mithin also 83% aller verstorbenen Paralytiker) und zwei Idioten. Unter Sepsis werden hier schwere Allgemeinerscheinungen verstanden, welche durch pyogene Bakterien hervorgerufen wurden, die ihren Ausgangspunkt von Hautdefecten, Decubitus, Furunkeln etc. genommen haben. In den meisten Fällen ging die Sepsis vom Decubitus aus. Oft wird wohl eine Infection mit bacterium coli vorliegen, welches bei der grossen Unsauberkeit vieler Geisteskranker trotz der peinlichsten Pflege stets reichlich sich vorfinden dürfte. Hat einmal die Infection den widerstandslosen Körper eines Paralytikers befallen, so sind wohl auch die sorgfältigsten Bemühungen erfolglos — der kranke Körper ist ausser Stande, den Kampf mit dem Gift der Infection aufzunehmen und erliegt fast ausnahmslos. So wurde in einem Fall ein starker noch arbeitsfähiger Paralytiker beobachtet, welcher sich bei der Arbeit septisch infi-

cierte und unter stürmischen Symptomen in 36 Stunden verstarb. Bei 5 an Sepsis verstorbenen Fällen fand sich eine beiderseitige hypostatische Pneumonie und gleichzeitig eine Pleuritis sicca adhaesiva.

Was die Sterblichkeitsziffer betrifft, so kommt der Sepsis gleich der Tod durch Herzschwäche infolge von Marasmus, Kräfteverfall, Erschöpfung und secundär auftretender Leiden. Ein richtiger Herzfehler liess sich jedoch bloss 2 mal nachweisen. Ein Fettherz bestand in mehr oder weniger ausgesprochener Form in 8 Fällen. Die Entstehung der Fettherzen wird wohl in vielen Fällen darauf zurückzuführen sein, dass die Kranken jahrelang in ungenügend ventilierten Räumen dasitzen, wo sie sich nur mangelhaft bewegen können, und fast ausnahmslos unterernährt sind. War ein Fettherz vorhanden, und trat plötzlich der Tod ohne greifbare Ursache ein, so lässt sich wohl sagen — die Uhr ist abgelaufen, das Herz hat, da es organisch geschädigt, an sich nicht mehr die Kraft weiterzuarbeiten und stellt seine Tätigkeit ein. Lässt sich jedoch am Herzen keine pathologisch-anatomische Veränderung nachweisen, und ist der Kranke an eintretender Herzschwäche gestorben, so müssen wir wohl uns an den Riegerschen Grundsatz halten, dass die an functionellen Psychosen leidenden Kranken lediglich an dem der Geistesstörung zu Grunde liegenden Hirnprocess sterben. In vier Fällen fand sich nicht der geringste Anhaltspunkt für die unmittelbare Todesursache, so dass man den Hirnprocess als solchen unbedingt verantwortlich machen musste.

Ein diesen Processen genetisch sehr ähnlicher Vorgang ist der ohne greifbare Ursache plötzlich eintretende Tod bei functionellen Psychosen. Nach verschiedenen Angaben findet man unter 500 Geisteskranken, welche an einfacher Seelenstörung leiden, einen plötzlichen Todesfall. Hier in Stackeln wurden seit der Eröffnung der Anstalt zwei derartige Fälle beobachtet, wo die Kranken plötzlich verstarben, und wo die Autopsie keinerlei Aufklärung für den Tod gewähren konnte.

In einem weiteren Fall handelte es sich um einen Kranken, welcher an dementia epileptica litt und der plötzlich während eines Anfalles verstarb. Der Grund, warum ein Epileptiker 100 schwere Anfälle überstehen kann, ohne Schaden zu leiden, und dann doch plötzlich während eines einzigen Anfalles, der nicht einmal sehr schwer zu sein braucht, stirbt, entzieht sich jedenfalls fürs erste vollständig der heutigen Kenntnis der Epilepsie. Es lässt sich für diese drei Todesfälle wohl schwer etwas anderes annehmen als der oben citierte Riegersche Grundsatz, dass der Gehirnprocess an sich den Tod bedingt.

Dieser Gruppe wird auch ein Krankheitsbild angereiht, welches durch seinen foudroyanten Verlauf und seine Erscheinungen sich als Delirium acutum bezeichnen lässt. Der Begriff des acuten Deliriums ist ein so wechselnder und schwankender, dass eine präcise Definition dieses Krankheitsbildes ausgeschlossen ist. Es wird allgemein unter diesem Krankheitsbegriff ein Symptomencomplex verstanden, welcher unter den Erscheinungen von Agitation, Verwirrtheit, Incohärenz in 1 bis 2 Wochen tötlich verläuft. Die Ursachen dieser Erkrankung sind vollständig dunkel.

Rieger rechnet das Delirium acutum zu den endogenen functionellen Psychosen; Kraepelin zählt es zu den Infectionspsychosen. Siemerling nimmt neben der Infection noch eine Autointoxication an. Letzterer sah bei den meisten Psychosen, gewissermassen als Steigerung der Symptome, das Delirium acutum sich entwickeln. Ziehen rechnet das Delirium acutum zu den höchsten Graden der Manie. — Die Krankheit verlief in dem in Stackeln beobachteten Fall wesentlich unter den Erscheinungen der meningitischen Reizung. Es entwickelte sich binnen weniger Tage hohes Fieber, starke Benommenheit bis zum völligen Bewusstseinsverlust und rapider Kräfteverfall; zugleich bestanden Nestelbewegungen. Die Kranke war sehr erregt, wälzte sich im Bett, verbigerierte, sprach zusammenhangloses Zeug. Unter den Erscheinungen eines tonischen Kaumuskelkrampfes stellte sich eine luxatio mandibulae ein. Der Tod trat inmitten dieser Reizerscheinungen ein. Die Autopsie ergab ausser Gehirnödem und venöser Hyperämie nichts Pathologisches. Vor der Aufnahme hatte, soweit aus der Anamnese ersichtlich war, bei der Patientin keine Geistesstörung bestanden. Auf Grund des klinischen Bildes und des negativen Sectionsbefundes darf man diesen Tod als einen directen Gehirntod ansprechen. Obwohl, wie schon erwähnt, das Delirium acutum ein strittiges Symptomenbild darbietet, so kann man doch, wie obiger Fall beweist, in vielen Fällen nicht gut über dieses Syndrom hinwegkommen. Aehnliche Fälle werden in der Praxis gelegentlich beobachtet und ihren Symptomen nach als Meningitis gedeutet. Eine Aufklärung kann in diesen Fällen nur die Autopsie gewähren. Reichardt beschrieb drei Fälle von Delirium acutum aus der Würzburger Klinik, welche sich im Grossen und Ganzen mit dem soeben beschriebenen Falle decken.

Im Paralytischen Anfall starben 3 Kranke, von denen sich einer gerade in einer tiefen Remission befand. Unter 14 Paralytikern starben also 21,4% im Anfall. Gauter erwähnt unter 299 Paralytikern in 87 Fällen den Tod im Anfall, also in 29,1% der Fälle.

In hohem Grade abwechslungsreich und vielseitig waren die zur Beobachtung gelangenden Veränderungen am Verdauungstractus. In erster Linie sei hier ein eigenartiger Befund erwähnt, welcher sich im mittleren Teil des Oesophagus vorfand. Bei einem schwer verblödeten Mann, dessen Kräfte langsam verfielen, stellte sich plötzlich starkes Blutbrechen ein. Da das Blut von hellroter, schaumiger Beschaffenheit war, und sich an den Lungen stellenweise eine leichte Dämpfung vorfand, so lag es nahe, eine Haemoptoe anzunehmen. Der Kranke hustete leicht und gab auf Befragen keinerlei Magenbeschwerden an. Wenige Stunden nach der Blutung erfolgte der Exitus. — Bei der Section der Bauchorgane riss der Oesophagus ein. Das aufgeschnittene Organ zeigte etwas unterhalb der Bifurcation mehrere trichterförmige Geschwüre, welche die ganze Oesophaguswand ringsum besetzten und die Grösse von 10—15 Kopekenstückchen hatten. Dass es sich hier um einen chronischen Process gehandelt hatte, bewies das gleichzeitige Vorhandensein geronnenen Blutes im stark erweiterten Magen und der trichterförmige, glatte Rand der Ulcera. Am Boden der Ulcera fand sich geronnenes Blut, so dass man den praemortalen Bluterguss als aus den Geschwüren stammend ansehen musste. Es bestand keine Strictur, und der glatte Rand der Ulcera, sowie das Fehlen einer Verdickung der Schleimhaut sprachen gegen ein Carcinom. Ein Anhaltspunkt für die Annahme einer früher genossenen ätzenden Flüssigkeit liess sich weder aus der Anamnese, noch aus dem klinischen Verlauf entnehmen. Im Magen fand sich geronnenes Blut, die Magenschleimhaut war stark atrophisch und wies keine Defecte auf. So selten auch ein Ulcus oesophagi sein mag, so ist es doch von höchster Wichtigkeit, ein solches aus differentialdiagnostischen Rücksichten bei vermeintlichen Lungenblutungen gelegentlich einmal in Betracht zu ziehen.

Atrophie der Magenschleimhaut fand sich in 4 Fällen. Atrophie der gesamten Magen-Darmschleimhaut einmal. In zwei Fällen handelte es sich um starke Potatoren, in den übrigen Fällen gab es keinerlei Anhaltspunkte für die eventuelle Entstehung der Atrophie.

In drei Fällen, welche an einfacher Seelenstörung ge-

litten hatten, fand sich eine Colitis ulcerosa gangraenosa, die sogenannte Pseudo-Dysenterie der Autoren. Viele Psychiater beschuldigen die Koprostase als Ursache dieser Krankheit, und zwar soll der zurückgehaltene Stuhl die Schleimhaut reizen und an ihr entzündliche Vorgänge erzeugen, welche unter dem Bilde einer Pseudo-Dysenterie verlaufen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei das bacterium coli. Der Verlauf ist in diesen Fällen so chronisch, dass für das Vorhandensein einer ulcerösen Colitis nicht das Geringste sprechen kann. In den drei zur Autopsie gelangten Fällen von chronischer Colitis war keine Koprostase nachweisbar, so dass in diesen Fällen ein langwieriger Process vorhanden war und man gezwungen war, die Entstehung der Krankheit auf längere Zeit zurückzuführen. Die Wagnersche Schule in Wien legt diesen Darmverhältnissen eine grosse Bedeutung bei und ist mit allen Kräften bestrebt, dieselben zu beseitigen. Wagner beschuldigt die Koprostase als Ursache der Entstehung vieler Psychosen durch die Entwicklung von Giften, welche das Centralnervensystem reizen und schädigen. Er vertritt die Ansicht, dass der Verlauf dieser Psychosen durch Beseitigung der Koprostase beeinflussbar sei, ja dass die Psychosen eventuell heilen, sobald die im Darm befindlichen Gifte durch Abführmittel entfernt werden. Wenn einerseits die Wagnersche Theorie auch vielen Kritiken nicht standhält, indem Ursache und Wirkung wohl oft schwer zu unterscheiden sind, so ist doch andererseits die purgierende Methode sehr beachtenswert, da sie einerseits subjectiv den Kranken Erleichterung schafft und andererseits objectiv viele Beschwerden mildert.

Was die Befunde am Gehirn und an den Hüllen desselben betrifft, so fanden sich zahlreiche Abweichungen. Wenngleich kaum etwas zu finden war, was das Wesen der Psychosen an sich hätte erklären können, so wurden doch andererseits so viele charakteristische und beachtenswerte Befunde erhoben, welche wohl eine genauere Betrachtung rechtfertigen.

Die Verwachsung der Dura mater mit dem Schädel fand sich in acht Fällen. Diese Tatsache verdient gerade deswegen hervorgehoben zu werden, weil ihr Vorkommen immerhin als seltene Erscheinung hingestellt wird. In der Riegerschen Klinik in Würzburg wurde unter 170 Sectionen 13 mal dieser Befund erhoben, und zwar:

in 3 Fällen von progressiver Paralyse,
„ 2 „ „ Katatonie,
„ 1 Fall „ Nephritis,
„ 1 „ „ Pyämie,
„ 1 „ „ Tuberculose,
„ 3 Fällen „ seniler Demenz,
„ 1 Fall „ Glioma cerebri,
„ 1 „ „ functioneller Psychose.

Die Befunde in Stackeln waren folgende:

in 2 Fällen von einfacher Seelenstörung
„ 3 „ „ paralytischer „
„ 1 Fall „ epileptischer „
„ 1 „ „ alcoholischer „

Mithin findet sich in Stackeln eine sehr grosse Anzahl von Verwachsungen der Dura mit dem Schädel. Zu beachten ist hier durchaus das Alter der verstorbenen Kranken. Während in der Würzburger Klinik unter 13 Fällen ein einziger Kranker im Alter unter 50 Jahren sich fand, liess sich in Stackeln unter 8 Fällen ein Alter von 29, 36 und 40 Jahren nachweisen und nur in 5 Fällen war es höher. Die Anschauung, als sei die Obliteratio der Dura ein Zeichen des höheren Alters, wobei 50 Jahre als Grenze gerechnet werden, scheint nach den hier gewonnenen Erfahrungen nicht ganz zuzutreffen, wobei eventuell örtliche und individuelle Dispositionen mitspielen. In jedem Falle ist dieser Befund ein höchst wichtiger, der bei Lebzeiten oft völlig ausser acht gelassen wird. Diese Obliterationen sind es zweifelsohne, welche im Leben oft die schwersten Kopfschmerzen erzeugen, wobei die richtige Ursache derselben nicht immer erkannt wird. — Krafft-Ebing sagt in seiner Monographie über die progressive Paralyse: „Nicht selten ist das periostale Blatt der Dura mit dem Schädel verwachsen, in 1/3 der Fälle besteht Pachymeningitis haemorrhagica interna". Wollenberg erwähnt die Obliteratio durae matris als Befund bei der Paralyse, betrachtet sie also nicht als besonderes Vorkommnis.

Pachymeningitis haemorrhagica interna fand sich einmal bei progressiver Paralyse und einmal bei einfacher Seelenstörung.

Chronische Leptomeningitis fand sich in 14 Fällen. Hier waren es meist diffuse, selten mehr weniger circumscripte milchige Trübungen der weichen Gehirnhäute: sie fand sich 7 mal bei Paralyse, 1 mal bei alcoholischer Seelenstörung, 2 mal bei Idiotie und 4 mal bei einfacher Seelenstörung. Von sonstigen im Verlauf der Krankheit erworbenen Veränderungen sei hier ein Hirnabscess erwähnt, der, wie die Autopsie später erwies, von den grossen Ganglien an bis aufwärts an den Gyrus retrocentralis reichte. Der Abscess hatte am rechten Scheitelbein bereits den Knochen usuriert, so dass man unter der Haut ein Schwappen und Fluctuieren fühlte. Die Diagnose hätte in vivo unbedingt gestellt werden können, wenn man mit der Punctionsnadel eingegangen wäre, was bedauerlicher Weise in diesem Falle unterlassen war. Leider werden Gehirnabscesse, die ohne Fieber verlaufen, oft genug übersehen.

Hydrocephalus internus fand sich in 11 Fällen: hierbei erwiesen sich die Ventrikel jedesmal stark erweitert und mit seröser Flüssigkeit gefüllt. In 6 Fällen bestand gleichzeitig eine Ependymitis, eine Wucherung der Plexus chorioidei, welche cystisch entartet und mit seröser Flüssigkeit gefüllt waren. Unabhängig vom Hydrocephalus fand sich Ependymitis in 3 Fällen.

Für die Entstehung dieser Wucherungen werden das Senium oder in der Jugend überstandene Infectionskrankheiten verantwortlich gemacht, wie z. B. Chorea, Scharlach u. s. w. In 6 Fällen erwies sich das Alter der Kranken unter 50 Jahren, so dass man wohl die Vermutung aussprechen darf, diese Wucherungen seien durch in der Jugend überstandene Infectionskrankheiten entstanden.

Die Hirngefässe erwiesen sich in 6 Fällen als sclerotisch, und zwar 3 mal bei paralytischer Seelenstörung, 2 mal bei einfacher Seelenstörung und 1 mal bei alcoholischer Seelenstörung. Unter 14 Paralytikern, die verstarben, fand sich bloss 3 mal Sclerose der Hirngefässe, und zwar bei sehr starken Potatoren, in allen übrigen Fällen von progressiver Paralyse waren die Gefässe zart und weich. Dieser Befund lässt sich für die Ansicht heranziehen, dass die Paralyse als solche weder durch Sclerose der Hirngefässe bedingt wird, noch dass dieselbe eine Sclerose der Gefässe hervorruft.

Es sei hier noch an dieser Stelle auf eine wichtige Folgeerkrankung der Sclerose der Hirngefässe hingewiesen: die von Foerster und Bonhöfer unter dem Namen der arteriosclerotischen Muskelstarre beschriebene Geistesstörung. Diese Krankheit wurde in einem Falle beobachtet. Es handelte sich um eine Patientin im Alter von 47 Jahren, welche an Herzschwäche verstarb. Die Krankheit verlief unter dem Bilde einer völligen Demenz, wobei gleichzeitig die Erscheinungen der Paralysis agitans bestanden. Es ist praktisch von der grössten Bedeutung, bei der Verbreitung der Paralysis agitans diese Fälle im Auge zu behalten, in denen sich die Demenz zu der Erscheinung

Anhangsweise wird hier noch eine Tabelle der verstorbenen Kranken hinzugefügt.

№	Datum des Todes	Namen	Alter	Diagnose	Dauer des Anstaltsaufenthaltes			Todesursache	Sectionsbefund
					Jahre	Monate	Tage		
1	2. V. 1907	№ 29. Eda Sillin	42 J.	Einfache Seelenstörung	—	—	7	Suicid durch Erhängen	Keine Autopsie.
2	15.VII 1907	№ 63. Karoline Zimdin	23 J.	Imbecillität	—	—	8	Typhus abdominalis	Keine Autopsie.
3	24.IX. 1907	№ 104. Dimitry Kotscherygin	17 J.	Epileptische Seelenstörung	—	—	19	Plötzlicher Tod	Bei der Autopsie negativer Hirnbefund.
4	8. X. 1907	№ 31. Juhla Schulmeister	63 J.	Einfache Seelenstörung	—	6	11	Herzschwäche	Hydrocephalus internus. Leptomeningitis chronica. Ependymitis. Obliteratio durae. Hypertrophia cordis.
5	13.X. 1907	№ 102. Anna Wendau	56 J.	Tumor cerebri	—	1	10	Herzschwäche	Keine Autopsie.
6	28.X. 1907	№ 132. Jahn Sillipu	54 J.	Meningitis purulenta	—	—	9	Meningitis	Meningitis purulenta. Ependymitis. Abplattung der Windungen. Gelatinöse Massen zwischen den Windungen.
7	13.XII. 1907	№ 68. Mikel Mednis	44 J.	Einfache Seelenstörung	—	4	27	Marasmus	Keine Autopsie.
8	22.II. 1908	№ 190. Fritz Reimann	18 J.	Einfache Seelenstörung	—	—	11	Suicid durch Sturz aus dem Fenster	Fractura ossis frontis.
9	26.II. 1908	№ 170. Alexander Senilga	24 J.	Einfache Seelenstörung	—	1	27	Herzschwäche	Cor adiposum. Hyperaemia venosa aller Organe.
10	13.V. 1908	№ 86. Minna Suklin	38 J.	Idiotie	—	8	27	Herzschwäche	Leptomeningitis chronica. Abgeplattete Gyri. Colitis ulcerosa gangraenosa.
11	27.V. 1908	№ 40. Dore Meschsarg	47 J.	Einfache Seelenstörung	—	—	16	Herzschwäche	Leptomeningitis chronica. Hydrocephalus internus. Ependymitis. Cor adiposum.
12	22. VI. 1908	№ 124. Emilie Puchalski	39 J.	Paralytische Seelenstörung	—	8	15	Marasmus	Leptomeningitis chronica. Hydrocephalus internus. Ependymitis. Verschmälerung der Grosshirnrinde. Gefüllte Kleinhirngefässe.
13	24. VI. 1908	№ 91. Ado Soots	37 J.	Einfache Seelenstörung	—	10	4	Herzschwäche	Hydrocephalus externus et internus. Obliteratio durae matris. Epidurale Blutung bds. Sclerose der Arterien der Basis cerebri. Infarct der r. Niere. Atrophie der ganzen Magen-Darmschleimhaut.
14	10.VIII. 1908	№ 176. Alfred Apsit	37 J.	Einfache Seelenstörung	—	5	29	Lungenentzündung	Pneumonia hypostatica bds. Cor adiposum. Atrophia mucosae gastris. Nephritis chronica bds.
15	24.VIII. 1908	№ 211. Juhla Lasdkalnin	28 J.	Einfache Seelenstörung	—	3	28	Abscessus cerebri	Abscess am rechten Sulcus retrocentralis, von der Oberfläche des Gehirns bis an die grossen Ganglien reichend. Ca. 2-Kop. grosse Sequester des rechten Scheitelbeins.
16	2. XI. 1908	№ 242. Lina Sakowski	70 J.	Einfache Seelenstörung	—	2	13	Herzschwäche	Sclerose der Basilargefässe. Myocarditis fibrosa. Sclerosis endocardii valvulae mitralis et aortae.
17	14.XI. 1908	№ 129. Ottilie Dunkel	24 J.	Idiotie	1	—	22	Sepsis	Verdickung der Schädelknochen im Temporal- u. Frontalteil. Atrophie der grauen Hirnsubstanz. Leptomeningitis chronica. Struma hyperplastica nodulosa.

№	Datum des Todes	Namen	Alter	Diagnose	Dauer des Anstaltsaufenthaltes			Todesursache	Sectionsbefund
					Jahre	Monate	Tage		
18	21. I. 1909	№ 269. Peter Birsch	51 J.	Apoplexia	—	—	2	Herzschwäche	Keine Autopsie.
19	31. I. 1909	№ 112. Karl Samuel	59 J.	Paralytische Seelenstörung	1	4	14	Sepsis	Keine Autopsie.
20	28. III. 1909	№ 299. Juhla Baschker	44 J.	Einfache Seelenstörung	—	—	15	Herzschwäche	Leptomeningitis chronica. Cor adiposum. Myocarditis chronica.
21	4. IV. 1909	№ 243. Martin Butticht	36 J.	Paralytische Seelenstörung	—	6	22	Paralytischer Anfall	Obliteratio durae matris. Leptomeningitis chronica. Hydrocephalus internus. Ependymitis. Verschmälerung der Gyri.
22	9. V. 1909	№ 79. Alexander Lappin	27 J.	Einfache Seelenstörung	1	10	18	Tuberculosis pulmonum	Leptomeningitis chronica. Cor adiposum. Tuberculosis pulmonum ambilateralis.
23	6. VI. 1909	№ 241. Andres Preede	37 J.	Paralytische Seelenstörung	—	9	22	Sepsis	Leptomeningitis chronica. Atrophie der grauen Substanz am Frontalhirn. Hydrocephalus internus.
24	10. VI. 1909	№ 284. Jurri Reder	35 J.	Paralytische Seelenstörung	—	3	30	Sepsis	Anatomisch kein greifbarer Befund.
25	24. VI. 1909	№ 296. Andreas Wunbris	41 J.	Paralytische Seelenstörung	—	3	19	Apoplexia	Keine Autopsie.
26	10. VII. 1909	№ 267. Ilse Kalnin	40 J.	Epileptische Seelenstörung	—	5	23	Herzschwäche	Obliteratio durae matris. Cor adiposum.
27	23. VII. 1909	№ 352. Lita Kikkas	41 J.	Einfache Seelenstörung	—	1	5	Lungengangrän	Cor adiposum. Gangraena pulmonum ambilat. Peripleuritis. Ileojejunitis et colitis haemorrhagica.
28	25. VII. 1909	№ 316. Lotta David	45 J.	Paralytische Seelenstörung	—	3	—	Sepsis	Keine Autopsie.
29	5. VIII. 1909	№ 276. Karl Sirsnin	35 J.	Paralytische Seelenstörung	—	6	12	Paralytischer Anfall	Leptomeningitis chronica. Hydrocephalus internus. Ependymitis. Verschmälerung der Gyri. Empyema chronicum der rechten Stirnhöhle.
30	8. VIII. 1909	№ 331. Johann Treu	58 J.	Paralytische Seelenstörung	—	2	17	Sepsis	Keine Autopsie.
31	17. VIII. 1909	№ 259. Anna Druks	64 J.	Einfache Seelenstörung	—	8	27	Marasmus	Pachymeningitis haemorrhagica interna. Haematoma durae matris.
32	30. VIII. 1909	№ 264. Minna Mäggi	62 J.	Alcoholische Seelenstörung	—	7	23	Herzschwäche	Obliteratio durae. Epikranielle Blutung. Leptomeningitis chronica. Allgemeine Arteriosclerose. Cirrhosis hepatis. Rote Niere. Endocarditis verrucosa. Dilatatio et hypertrophia cordis. Atrophia mucosae gastris.
33	4. IX. 1909	№ 300. Otto Saljkaln	55 J.	Paralytische Seelenstörung	—	2	7	Sepsis	Obliteratio durae matris. Hydrocephalus internus. Leptomeningitis circumscripta frontalis. Ependymitis.
34	17. IX. 1909	№ 367. Andreas Biskap	28 J.	Einfache Seelenstörung	—	1	22	Sepsis	Sclerose der Hirngefässe. Cor adiposum. Sclerose der Aorta. Atrophia hepatis cirrhotica. Infarct der rechten Lunge. Lobuläre Pneumonie im linken unteren Lappen.
35	28. IX. 1909	№ 390. Eduard Wihtol	42 J.	Einfache Seelenstörung	—	—	9	Herzschwäche	Sclerose der Hirngefässe. Cor adiposum. Sclerose der Aorta. Hypertrophia hepatis cirrhotica. Secundärer Icterus der Haut. Pneumonia hypostatica dextra. Pleuritis adhaesiva dextra sicca.

№	Datum des Todes	Namen	Alter	Diagnose	Dauer des Anstaltsaufenthaltes Jahre	Monate	Tage	Todesursache	Sectionsbefund
36	27. X. 1909	№ 257. Dahw Smalzis	42 J.	Paralytische Seelenstörung	—	10	23	Sepsis	Hyperaemie der Hirngefässe. Ependymitis. Arteriosclerosis universalis. Cor adiposum. Stauungsleber. Pneumonia hypostatica ambilateralis. Tumor lienis chronicus.
37	2. XI. 1909	№ 393. Emma Prudit	36 J.	Delirium acutum	—	—	10	Herzschwäche	Hyperaemia venosa der rechten Gehirnhälfte. Hirnoedem. Ependymitis. Hyperaemia venosa des Hirnsinus. Fibringerinsel im Sinus longitudinalis.
38	8. XI. 1909	№ 409. Theodor Buiwa	19 J.	Tumor medullae spinalis	—	—	1	Herzschwäche	Keine Autopsie.
39	10. XII. 1909	№ 134. Jahn Moetzaots	29 J.	Einfache Seelenstörung	2	1	12	Lungengangrän	Obliteratio durae matris. Pneumonia hypostatica ambilateralis et Pleuritis adhaesiva. Gangraena cavernosa pulmonis dextri. Hydropericardium. Fettleber.
40	17. XII. 1909	№ 422. Karl Ohsol	42 J.	Paralytische Seelenstörung	—	—	9	Sepsis	Leptomeningitis chronica. Hirnoedem. Haematoma durae matris. Hyperaemie der Hirngefässe.
41	26. XII. 1909	№ 418. Eva Kapeika	48 J.	Einfache Seelenstörung	—	—	24	Herzschwäche	Fettleber. Die linke Niere ist um die Hälfte grösser als die rechte.
42	9. I. 1910	№ 106. Jakob Rinkus	30 J.	Einfache Seelenstörung	2	4	1	Haemorrhagia oesophagi	Pleuritis adhaesiva. Ulcus rotundum oesophagi. Ektasia gastris. Atrophia mucosa gastris. Colitis chronica. Fettleber.
43	9. I. 1910	№ 317. Lena Hinzenberg	36 J.	Imbecillität	—	8	24	Herzschwäche	Hydrocephalus internus. Marantische Sinusthrombose. Bronchectasien. Caverne der linken Lunge. Fibröse Schrumpfung der linken Lungenspitze. Atrophia paniculi adiposi.
44	5. III. 1910	№ 448. Anna Moser	64 J.	Paralytische Seelenstörung	—	—	22	Sepsis	Hydrocephalus internus. Obliteratio durae. Pleuritis adhaesiva dextra. Cor adiposum. Sclerose der Aorta und der Hirngefässe. Choleocystitis adhaesiva. Atrophia mucosa gastris.
45	8. III. 1910	№ 376. Karl Spaine	38 J.	Paralytische Seelenstörung	—	4	19	Paralytischer Anfall	Leptomeningitis chronica. Ependymitis. Sclerose der Hirngefässe.
46	7. V. 1910	№ 370. Ilse Sudin	60 J.	Einfache Seelenstörung	—	8	27	Tuberculosis pulmonum	Keine Autopsie.
47	23. V. 1910	№ —. Jahn Sigald	40 J.	Einfache Seelenstörung	—	—	30	Plötzlicher Tod	Leptomeningitis chronica. Ependymitis. Hyperostose an der Tabula vitrea. Fehlen des omentum majus. Cor adiposum. Stauungsleber u. Fettinfiltration, Atrophie der Magenschleimhaut.
48	17. VI. 1910	№ —. Kadri Sutt	54 J.	Einfache Seelenstörung	—	6	—	Herzschwäche	Hydrocephalus internus. Ependymitis. Pleuritis sicca ambilateralis. Atrophia fusca cordis. Gallertige Atrophie des epicardialen Fettes. Schnürleber. Atrophie der Magenschleimhaut. Colitis ulcerosa gangraenosa. Cyanotische Induration der Leber.

des Zitterns hinzugesellt, und das Bild einer Paralysis agitans mit Verblödungszuständen vorgetäuscht wird. In Wirklichkeit liegt nach den Untersuchungen von Foerster hier eine Arteriosclerose der Hirngefässe vor. Mithin dürfte man die Anschauung, als ob die Paralysis agitans sich mit Geistesstörungen vergesellschaftet, dahin verbessern, dass es eine Form der arteriosclerotischen Starre gibt, welche klinisch unter dem Bilde der Verblödung und der Paralysis agitans verläuft.

Was die Erkrankungen der äusseren Haut betrifft, so ist vor allen Dingen auf die so überaus wichtige spontane Blasenbildung bei der progressiven Paralyse hinzuweisen. Es handelt sich dabei um folgendes Bild: an verschiedenen Körperstellen treten plötzlich Blasen auf, welche mit seröser Flüssigkeit gefüllt sind. Es bedarf einer sehr sorgfältigen Untersuchung und Beobachtung des Kranken, um die Entstehung der Blasen nicht zu übersehen, da dieselben oft schnell platzen und von aussen her inficiert werden und dann den gewöhnlichen Druckbrand vortäuschen. Im allgemeinen bestehen in der Literatur wenig Hinweise auf diese spontanen Hautablösungen bei der progressiven Paralyse, und es scheinen diese Blasenbildungen, wenig bekannt zu sein. Es sei hier auf die überaus wichtige Arbeit von Zahn aus der Würzburger Klinik verwiesen, der mehrere Fälle acuter Hautablösung und Blasenbildung bei Paralysis progressiva beschreibt. In Stackeln wurden im Ganzen 4 Fälle von Blasenbildung bei der progressiven Paralyse beobachtet. In drei Fällen entstanden wenige Tage vor dem Tode spontan Hautbläschen von pemphigusartigem Charakter, welche mit seröser Flüssigkeit angefüllt waren. Die Blasen traten an den Fingern der Hand, dem Fussrücken und in der Lendengegend auf. In einem Fall bildeten sich die Hautablösungen 2 Monate vor dem Tode bei relativ gutem Allgemeinzustand und verschwanden alsdann wieder. Zahn vertritt die von Rieger ausgesprochene Ansicht, dass in allen diesen Fällen ausser der Paralyse selbst keine greifbare Ursache zu finden wäre. Zahn nimmt eine schwere Schädigung der Hautgefässe durch im Blut kreisende Gifte an, welche die Transsudation und den Gewebsuntergang im Gefolge haben. Es ist dies praktisch eine wichtige Frage, da man sich öfters die Genese des Decubitus nicht erklären kann und früher stets geneigt war, unter dem Einfluss der Lehre Guddens den Decubitus auf mechanische Einflüsse durch schlechte Pflege zurückzuführen. Die Beobachtung von Blasen und trophischen Störungen an der Haut führt daher zur Auffassung, dass trophische Einflüsse vorhanden sind, welche sich bei genauer klinischer Beobachtung wohl nachweisen lassen.

Zu erwähnen wären ferner noch zwei Befunde, die das grosse Netz betrafen. Während es nach Angabe der Anatomen bis ins grosse Becken hinabreichen muss, so dass die Eingeweide der geöffneten Bauchhöhle verdeckt werden, reichte es in einem Fall bloss bis zu einer beide Spinae iliacae ant. sup. verbindenden Linie. In einem zweiten Falle fehlte das grosse Netz vollkommen.

Zum Schluss noch einige Worte über das Suicidium. Die Zahl der Selbstmorde ist eine relativ grosse, es entfallen auf sie 2 Todesfälle oder 4,1% der Gesamtzahl. Gauter gibt unter 1017 Todesfällen im Laufe von 24 Jahren 11 Todesfälle (1%) durch Suicidium an. In Rotenberg waren in den Jahren 1897—1908 4 Suicidien (0,9%) zu verzeichnen. Die grosse Zahl der in Stackeln beobachteten Selbstmorde lässt sich durch verschiedene Schwierigkeiten erklären, mit welchen die Anstalt in den ersten Jahren ihrer Entwickelung zu kämpfen hatte. In einem Falle handelte es sich um eine Frau, die in den ersten Wochen des Bestehens der Anstalt beim Ausbruch eines Pflegerinnenstreiks entwich und sich im Walde etwa 5 Kilometer von der Anstalt entfernt erhängte, wo sie erst nach wochenlangem Suchen gefunden wurde. In dem zweiten Falle handelte es sich um einen jungen Mann, der sich aus dem zweiten Stock mit dem Kopf auf das Pflaster des Heizraumes stürzte und sofort verstarb. Dieser Kranke musste wegen Mangel einer geschlossenen Wachabteilung, in welcher des Schwammes halber Umbauten stattfanden, in einer Abteilung unterbracht werden, in welcher keine festen Fenster vorhanden waren und in welcher die erforderliche Bewachung dem Kranken nicht in genügendem Masse zuteil werden konnte.

Die Sectionen wurden von Dr. Behr in Gemeinschaft mit den Assistenzärzten ausgeführt, und ihnen danke ich für die Ueberlassung des Materiales.

Literatur.

Zahn: Acute Hautablösungen bei progressiver Paralyse (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64, Heft IV). Gauter: Ueber Todesursachen und andere path.-anat. Befunde bei Geisteskranken (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66, Heft III). Thoma: Beitrag zur Klinik und Pathologie acut-letal verlaufender Psychosen (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66. Heft V). Foerster: die arteriosclerotische Muskelstarre. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66, Heft V). Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. II. Aufl. 1907. v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Aufl. 1903. Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie, VII. Aufl. 1904. Arbeiten aus der Riegerschen Klinik. Heft 3.

Referate.

J. Iversen: Ueber die Behandlung der Syphilis mit dem Präparate 606 Ehrlichs. Münchener med. Woch. Nr. 33.

Verfasser verfügt über ein Krankenmaterial von 60 meist vernachlässigten und schweren Fällen. Nach Anfeuchtung mit Glycol oder Methylalcohol wird das Pulver verrieben, mit 15 ccm. Wasser vermischt, einige ccm. Normalnatronlauge zugefügt und mit 1 proc. Essigsäure neutralisiert. Darauf wird die klare Lösung mit destilliertem Wasser bis zu 1 Proc. Stärke verdünnt. Wegen Schmerzhaftigkeit und Infiltrat an der Injectionsstelle ging I. bereits im Winter zur intravenösen Einführung über. Die obige Lösung wird zu 250,0 oder mehr steriler Kochsalzlösung zugegossen und aus einer graduierten Flasche, die mit Gummiballon und Hohlnadel armiert ist, in die Cubitalvene injiciert. Verfasser verfährt nun, um erstens eine schnelle energische Wirkung, zweitens eine nachhaltige Einwirkung zu erzielen, auf folgende Weise. Zuerst injiciert er 0,4—0,5 intravenös und nach 48 Stunden 0,3—0,4 intramuskulär in die Glutäen. Auf diese Weise werden 0,7—0,8 Arsenobenzol ohne Schwierigkeit eingeführt. Nach der intravenösen Injection tritt gewöhnlich nach 2—3 Stunden ein halbstündiger Schüttelfrost ein, der von Temperatursteigerung und Gliederschmerzen gefolgt ist. Am folgenden Tage fühlen sich die Patienten gut. In 4 Fällen, wo nach ungenügender Dosis (0,36—0,4) die syphilitischen Symptome nach 3—4 Wochen nicht ganz verschwunden waren, wurde 0,4 nochmals injiciert. Dieselben wurden gut vertragen. Das Allgemeinbefinden bessert sich bedeutend, die meisten Patienten nehmen an Gewicht zu. Superficiale Erosionen, Roseola, Plaques, Anginen verschwinden in wenigen Tagen, papulöse und pustulöse Syphilide in 10—14 Tagen. Eine 10 Jahre bestehende gummöse Wunde des Unterschenkels heilte glatt in 3 Wochen. Bei 3 Patienten, die eine ungenügende Dosis Arsenobenzol erhalten hatten, wurde das Herxheimersche Phänomen beobachtet: der Ausschlag wurde intensiver nach der Injection. In 10 Fällen punctierte I. die hyperplasierten Leistendrüsen vor der Behandlung und fand im Drüsensaft die Spirochäta pallida. 3—4 Tage nach der Injection waren dieselben verschwunden. Die Wassermannsche Reaction verschwand 20—40 Tage nach der Einführung, in 2 Fällen am 8. und 10. Tage.

Weyert.

H. Loeb: Erfahrungen mit Ehrlichs Dioxydiamidoarsenobenzol. Münch. med. Woch. Nr. 30.

Verfasser berichtet über 35 Fälle, die er mit intramuskulärer Einspritzung von 0,4—0,5 des Präparats in dem Mannheimer Krankenhaus behandelt hat. Ausser localen (Schmerzhaftigkeit, Infiltrat) und allgemeinen (Temperatursteigerung) Reactionserscheinungen, wurde gleichfalls bei zu kleinen Dosen die Herxheimersche Reaction in einigen Fällen be-

obachtet. Die heilende Wirkung machte sich bei allen Patienten rasch bemerkbar. Die angewandte Dosis betrug 0,005 bis 0,008 per Kilo Körpergewicht. Beachtenswert ist der heilende Einfluss bei einem Fall von Verrucae planae juveniles der Hände und des Gesichts, die 19 Tage nach der Injection vollkommen verschwanden und bei einem Fall von Lichen simplex Vidal auf beiden Oberschenkeln (neben Lues), der einige Tage nach der Injection verschwand.

Prof. K. Alt: Zur Technik der Behandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Syphilismittel. Münchener med. Woch. Nr. 34.

Verfasser hält sich nicht für berechtigt, über die Dosis von 0,5 bei besonders kräftigen Personen hinauszugehen, da namentlich in Fällen ganz frischer Syphilis Fieber bis zu 39,5° Steigerung und Unregelmässigkeit der Herztätigkeit, leichte Benommenheit und Brechneigung beobachtet wurden. Zusatz von Methylalcohol, saure Lösung, Aufschlemmung, Lösen in überschüssiger Lauge und Rücktitrierung mit Säure hat Verf. als schädlich aufgegeben. Eine gute alkalische Lösung lässt sich folgendermassen herstellen: in einen 100 ccm fassenden graduierten Glascylinder mit eingeschliffenem Stöpsel und engem Hals bringt man 30 Glasperlen mittlerer Grösse, fügt 10 ccm. dest. Wasser und dann die Substanz zu. Durch kurzes, energisches Schütteln wird die ganze Substanz klar gelöst. Dieser Lösung fügt man auf je 0,1 Substanz etwa 0,5 ccm Normalnatronlauge zu und schüttelt wiederum etwa ½ Minute. Dann erhält man eine weinklare, schwach alkalische Lösung, die man beliebig mit Wasser verdünnen kann.

Weyert.

Dr. Abramowski: Sollen tuberculöse Mütter stillen? Fortschritte d. Medicin. 1910. Nr. 10.

Mit Ausnahme vorgeschrittener Fälle von offener Tuberculose, oder solcher, bei denen tuberculöse Drüsen an oder in der Nähe des Brustkörpers sich befinden, ist das Stillen ihres Kindes der Mutter nicht nur nicht zu untersagen, sondern sogar dringend anzuraten.

Dr. Hübner: Aeltere und neuere Anschauungen über die Quecksilberbehandlung der Syphilis. Fortschr. d. Med. 1910. Nr. 13.

Eine Kritik des Streites betreffend die symptomatische und chronisch-intermittierende Therapie. Der Streit ist dem Verf. nach durch Einführung der Wassermannschen Reaction dahin entschieden worden, dass als idealste Syphilisbehandlung diejenige aufgestellt werden muss, bei der nach Stellung der Diagnose des Primäraffectes mittelst des Spirochätennachweises noch vor Eintritt der positiven Reaction die Behandlung so früh und so energisch mit Calomelinjectionen eingeleitet wird, dass die Wassermannsche Reaction bei dem Patienten überhaupt niemals sich ausbildet. Jedenfalls hat aber bei positiver Reaction die Behandlung so intensiv und so oft vorgenommen zu werden, bis die Reaction negativ wird und negativ bleibt.

F. Holzinger.

Robbert Abbe: Radiums contribution to Surgery. The Journal of the Amer. Med. Ass. 9. Juli, 1910.

Verfasser ist der Meinung, dass das Studium der Wirkung des Radiums nicht nur den Dermatologen und Therapeuten zu überlassen ist, sondern der Chirurg hat sich auch mit diesen Fragen zu beschäftigen. R. A. beschäftigt sich mit der Radiumtherapie seit Jahren und kann über vieles Interessante auf diesem Gebiete und über manchen Erfolg berichten, besonders bei epithelialen Geschwülsten der Haut. Doch muss auch Verf. zugeben, dass er bei Lippen- und Zungencarcinom nie einen endgültigen Erfolg und somit Heilung hat sehen können. Dasselbe gilt in noch höherem Masse für den Krebs der inneren Organe.

Darin liegt nun die grosse Gefahr der Methode, dass bei Misserfolgen die günstige Zeit für eine radicale einfache Operation mit dem Messer verpasst werden kann; auf diesen wichtigen Umstand, der logisch aus den Ausführungen des Verf. folgt, hätte noch zum Schluss der Abhandlung hingewiesen werden müssen.

Van Buren Knott. Treatment of localized appendicular abscess. The Journal of the Amer. Med. Ass. 30. Juli, 1910.

In der kurzen Abhandlung soll die Frage beantwortet werden, ob die Appendix in jedem Falle von localisiertem appendicitischem Abscess zu entfernen ist. Auf Grund seiner Erfahrungen in den letzten 2 Jahren an einem Material von 161 Fällen bejaht Verf. diese Frage: es muss in jedem Falle der energische Versuch gemacht werden, den Wurmfortsatz zu entfernen, die Furcht vor dem Lösen der Verwachsungen ist übertrieben, bei späterer Drainage mit dickem Gummidrain wird das Peritoneum mit der Infection fertig, andererseits wird durch das Lösen von Adhäsionen im weiteren Verlaufe der Strangileus seltener beobachtet werden. Nach diesen Principien handelnd, verlor Verf. bei den 161 Fällen von appendiculärem Abscess nur 2, eine Mortalität von 1,4%; bei allen Pat. wurde der Wurmfortsatz entfernt.

Channing C. Simmons: A report on the hundred and seventy two patients treated at the Massachusetts General Hospital for inguinal hernia in the year 1905, with the end results of the operations. Bost. Med. & Surgic. Journal. 23. Juni, 1910.

Genauer statistischer Bericht über 172 bruchleidende Patienten, an denen 187 Radicaloperationen gemacht worden sind (im Jahre 1905) mit Nachuntersuchungen an 152 Fällen. Darunter 14 eingeklemmte Hernien. Die Anatomie, Aetiologie, Symptome und Behandlung der Hernien wird an der Hand dieses Materials erörtert. Die Bassinische Operation wurde 140 mal ausgeführt, in 113 Fällen Nachuntersuchungen, darunter 8 Recidive = 7%; 1 Todesfall bei einem eingeklemmten Bruch. Die Kochersche Operation wurde 3 mal gemacht. Weiterhin wurde die Radicaloperation nach Ferguson (20 mal), nach Mc Ewen (1 mal) und nach Halsted (5 mal) gemacht. Genaueres über diese Operationen und über weitere statistische Daten muss im Original selbst nachgelesen werden. Von postoperativen Complicationen seien hier noch erwähnt: 4 Pneumonien (davon 1 Todesfall — incarcerierte Hernie), 1 Pleuritis und 1 Bronchitis. 1 Fall ging an allgemeiner Peritonitis zu Grunde.

W. R. Macansland and B. E. Wood. Arthrodesis and its application in infantile paralysis of the foot. Bost. Med. & Surg. Journ. 23. Juni, 1910.

Die Arthrodese bei Kinderlähmungen am Fuss wird von den Verf. in den meisten Fällen der Sehnentransplantation vorgezogen. In 13 Fällen wurden durch die nach der Operation eingetretene knöcherne Ankylose gute Resultate erzielt. Die Arbeit ist durch gute Radiogramme illustriert.

W. Schaack.

Bücherbesprechungen.

Schlagenhaufer und Wagner v. Jauregg: Beiträge zur Aetiologie und Pathologie des endemischen Kretinismus. Mit 10 Abbildungen im Text und 5 lithographischen Tafeln. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1910. 2 Mk. 50.

Um der Aetiologie des endemischen Kretinismus näher zu treten, mussten die Verff. zuerst den Beweis erbringen, dass Kretinismus bei Tieren spontan vorkommt. Es gelang ihnen, dies unzweideutig für Hunde nachzuweisen, bei denen sie in der Haut auf einen eigentümlichen Befund stiessen, der darin besteht, dass in derselben tief ins Unterhautzellgewebe hineinragend eine Substanz sich findet, die sich mit Hämatoxylin blau mit Thionin hellrot färbt, sich in Streifen verflechtend zwischen die Bindegewebsfibrillen schiebt und in grösserer und geringerer Menge erscheint. Was die Versuche anbetrifft, mit Wasser aus einer Kropfgegend an jungen Hunden Kretinismus herbeizuführen, so verliefen sie ebenso resultatlos wie bei früheren Experimentatoren. Dagegen hatten Schilddrüsenpräparate bei Hunden mit endemischem Kretinismus zeitweilig deutliche Verbesserung des Zustandes zur Folge. Zum Schluss wird ein Fall von angeborenem Kretinismus bei einem Kinde von 10 Monaten angeführt. Schilddrüsenpräparate brachten keine Besserung, und nach einem Jahr starb das Kind. Die Obduction ergab keine histologisch-pathologischen Veränderungen an der Haut, dagegen ist in der Schilddrüse eine hochgradige Verminderung des Colloid und grobe Veränderungen am Epithel wahrnehmbar.

Ucke.

Tillis. Moderne Behandlung der Herzkrankheiten. Berlin. 1910. Brenzinger. 31 Seiten.

Reclameschrift für die Behandlung Herzkranker mit elektrischen Strömen. Verf. ist Besitzer einer Heilanstalt für Herzkranke in Berlin. Die Schrift ist für das Laienpublicum bestimmt. Medicinisch nichts Neues.

O. Moritz.

Mackenzie: Lehrbuch der Herzkrankheiten. Uebersetzt von F. Grote. Berlin. Springer. 1910. Preis 15 M. 373 Seiten.

Ein interessantes und merkwürdiges Buch, das der erfahrene Arzt mit Vergnügen und Nutzen studieren wird, das aber dem Anfänger als Lehrbuch nicht zu empfehlen ist. Mack. wirft die in den deutschen Lehrbüchern wohl mit Recht geübte Systematik kurzer Hand über Bord und macht Symptom und Erscheinungsform zum Ausgangspunkt der Betrachtung pathologischer Herzzustände. Die Sphygmographie und die dadurch zu beurteilende Herzfunction resp. Rhythmik steht im Vordergrund der Behandlung. Vieltausendfache Erfahrung lässt uns sein autoritatives Urteil von höchstem Interesse erscheinen. Er ist subjectiv in hohem Grade, ein Freund von Hypothesen und höchst skeptisch dem Urteil Anderer gegenüber. Was soll man z. B. dazu sagen, dass er (S. 125) behauptet, er habe nie Pulsverlangsamung bei Icterus gesehn! Ist das Zufall oder Voreingenommenheit?

Das Werk ist reich an prognostisch und diagnostisch wertvollen Bemerkungen, die originell und oft bisher völlig unbekannt waren. So sagt M. (S. 133), dass Sinusirregularität (= respiratorischer Typus der Arhythmie) häufig eine günstige Prognose gestatte, da sie bei Herzerschöpfung stets fehle. Ferner (S. 208): bei Mitralstenose und Einsetzen der Arhythmia perpetua schwindet das präsystolische Geräusch. S. 232: bei nodalem Typus der Arhythmie ist die Zulassung einer Schwangerschaft nicht statthaft. Die wichtige Frage der Chloroformierung Herzkranker wird in einem besonderen Capitel behandelt. Die Stethoskopuntersuchung kurz vor der Narkose erklärt M. für nutzlos, da keinerlei Herzgeräusch die Narkose verbiete. Dagegen sei auf Vermeidung von Aufregung und Angst vor der Operation das Hauptaugenmerk zu richten.

Aufmerksamkeit ve dient der eigentümliche Symptomenkomplex, den M. als «X-Krankheit» bezeichnet. Vermutlich ist dieses nichts anderes als die Stillersche «Asthenia congenita». Ausgehend vom Circulationssystem, kommt M. bezüglich der betr. Patienten zu ähnlichen Schlüssen wie Stiller, der mehr den Allgemeinzustand und die Abdominalorgane ins Centrum der Beachtung gerückt hat. Interessant ist es, wie zwei grosse praktische Aerzte verschiedener Länder ziemlich gleichzeitig einen Zustand beschreiben, der der führenden Schulklinik entgangen ist.

Bezüglich der Behandlung ist es beachtenswert, dass Mack. den Nauheimer Bädern bei Herzleiden jeden specifischen Wert abspricht und alles in allem eher ein Gegner derselben ist.

O. Moritz.

Zur historischen Biologie der Krankheitserreger. Materialien, Studien und Abhandlungen. Gemeinsam mit V. Fossel, T. v. Györy, W. His herausgegeben von K. Sudhoff und G. Sticker. Giessen. 1910. Verlag von A. Töpelmann (vormals J. Ricker).

In einem schwungvoll geschriebenen «Geleitswort», das den Titel «Historik und Seuchenforschung» trägt, erklärt Prof. K. Sudhoff, welche Erwägungen die oben genannten Epidemiologen, Historiker und Kliniker dazu geführt haben, dieses neue literarische Unternehmen ins Leben zu rufen, und welche Ziele und Aufgaben sie sich dabei gesetzt. Bildet auch gegenwärtig die Bakteriologie als eine Methode der ätiologischen Erforschung der epidemischen Krankheiten die Grundlage der Seuchenlehre, so ist dabei doch die Geschichte der Epidemien früherer Zeiten nicht ausser acht zu lassen, die uns Kunde bringt über die Wirkungsweise früherer Generationen von Krankheitserregern unter anderen Bedingungen als heute, denn der Entwickelungsgedanke, der das Leitmotiv der gesamten Biologie bildet, muss auch in der Epidemiologie und Bakteriologie zurecht bestehen. «Sollten gerade die niedrigen, einzelligen Organismen, die als Krankheitserreger heute entlarvt sind, in ihrer Gesamtbiologie völlig unveränderlich in allen übersehbaren Jahrtausenden sich bewahrt, vor allem ihre pathogenen Eigenschaften stets genau in derselben Weise betätigt haben?» Diese Frage des Herausgebers wird sich wohl mancher denkende Arzt schon vorgelegt haben, ohne in der Bakteriologie eine Antwort auf sie zu finden. Hier setzt die historische Seuchenforschung ein. Aus den Schilderungen von Epidemien vergangener Zeiten, Schilderungen, die häufig an Klarheit und Objectivität nichts zu wünschen übrig lassen, wäre es denkbar, mit Benutzung unserer heutigen klinischen und bakteriologischen Kenntnisse uns ein Bild von dem Verlauf jener Epidemien zu reconstruieren und zu entscheiden, ob völlige Identität mit dem, was wir heute beobachten, besteht. Einen wertvollen Beitrag für solche Forschungen bilden die Ausgrabungen von anatomischem und pathologisch-anatomischem Material, ferner die Schilderungen der Massregeln, die vergangene Generationen gegenüber der Invasion der Seuchen ergriffen, mit Berücksichtigung des Erfolges dieser Massregeln. Solche und ähnliche Gedanken waren es, die die Herausgeber bei dem neuen Unternehmen leiteten, welches das Gesamtziel verfolgt: «Aufklärung zu schaffen über die bei früheren Epidemien beobachteten epidemiologischen und klinischen Erscheinungen unter Benutzung sämtlicher historischen, bakteriologischen, klinischen, statistischen wie aller allgemein epidemiologischen Methoden von heute und Herleitung der hieraus zu gewinnenden Ergebnisse für die heutige Erfassung und Bekämpfung der Infectionskrankheiten».

In einem zweiten Artikel—«Parasitologie und Loimologie»—weist Prof. G. Sticker darauf hin, dass es nicht allein die Krankheitserreger sind, die die Ausbreitung, den Umfang und Verlauf der Seuche bestimmen, sondern dass hierbei verschiedene Gelegenheitsursachen mit im Spiele sind, die leider oft unberücksichtigt bleiben. Das bakteriologische Experiment im Laboratorium genügt nicht zum Verständnis der Entstehung, der Ausbreitung und des Verlaufes der Infectionskrankheiten. Die wirklichen Gesetze der Seuchengänge sind uns noch vielfach unbekannt, und um sie zu finden, müssen wir die Geschichte der Seuchen studieren. Die Loimographie, die Schilderung alles dessen, was uns über die Seuchengänge bekannt ist, bildet das Material zu solchen Studien, und die Loimologie lehrt uns, dieses Material wissenschaftlich zu sichten und aus den vorhandenen Erfahrungen Schlüsse zu ziehen.

Das 2. Heft enthält ebenfalls eine Abhandlung Prof. Stickers, und zwar über «die Bedeutung der Geschichte der Epidemien für die heutige Epidemiologie. Ein Beitrag zur Beurteilung des Reichsseuchengesetzes». An der Hand der Geschichte der Seuchen weist S. nach, dass eine Bekämpfung derselben auch möglich und tatsächlich vorhanden war, bevor man etwas von Bakterien oder anderen Krankheitserregern wusste. Massregeln der Isolierung, Reinlichkeitsvorschriften, Räucherungen und Lüftung waren von alters her die Mittel, mit denen man die Seuchen zu bekämpfen suchte, bald mit mehr, bald mit weniger Erfolg — genau so wie heutzutage. Wer das vortreffliche Buch Stickers «Die Geschichte der Pest» (Giessen. 1908) gelesen hat, der wird hier manches Bekannte finden. In gedrängter Kürze bringt hier S. eine Geschichte der Pest, um an ihr die Wirkung der Massregeln zur Abwehr der Seuchen dem Leser vor Augen zu führen. Denn keine Krankheit ist so zum Studium der Geschichte der Abwehrmassregeln geeignet wie die Pest. Sie bildet sozusagen das Paradigma für das Studium der Seucheninvasion und ihrer Bekämpfung. An ihr kann man sehen, wie wenig zu allen Zeiten die Sperr- und Quarantänemassregeln den Lauf der Epidemie aufhalten konnten. Dagegen bildeten jene Massregeln stets ein Hemmnis für Handel und Wandel und boten in den Händen von gewalttätigen zufälligen Machthabern und rohen Seuchenknechten ein Mittel zur Drangsalierung und willkürlichen Brandschatzung der Bevölkerung. Diese Uebelstände waren es, die der Lehre der Nichtcontagionisten Adepten verschafften, nachdem scharf beobachtende Aerzte erkannt hatten, dass wiewohl die Pestansteckung von Mensch zu Mensch übergehen kann, dieser Verbreitungsmodus doch nur zu sporadischen Erkrankungen führt, dass die Pestepidemie ihre besondere Ursachen, ihren cyklischen Verlauf hat, dass sie viel weniger am kranken Menschen und seinen Sachen als an der Oertlichkeit haftet, und dass die Unschädlichmachung dieser letzteren die Hauptsache in der Pesttilgung ist. Jetzt wissen wir, dass bei der Verbreitung der Epidemie die Ratten und Flöhe die Vermittler sind, die die Pestbacillen in sich beherbergen und auf den Menschen übertragen, dass diese Zwischenwirte des Bacillus für den Menschen viel gefährlicher sind als der kranke Mensch oder gar die Pestleiche. Jetzt wissen wir auch, weswegen die Massregeln, die nur gegen den Kranken und seine Sachen gerichtet waren, so wenig fruchteten und der Weiterverbreitung der Seuche keinen Einhalt tun konnten. Nun musste auch das Vorgehen gegen die Seuche sich ändern. Die Ausrottung der Ratten wurde zur Losung bei der Bekämpfung der Pest. Aber bald musste man einsehen, dass eine vollständige Ausrottung dieser Tiere unmöglich ist, und ihre Verfolgung kann dazu führen, dass sie sich aus verseuchten Städten oder Stadtvierteln in andere unverseuchte, flüchten und so zur Ausbreitung der Seuche beitragen. Die Vernichtung des Ungeziefers stösst auf noch grössere Schwierigkeiten. Glücklicherweise kommen heutzutage Ratten- und Insectenplagen, von denen aus früheren Zeiten berichtet wird, in civilisierten Gegenden nicht vor. Die Verbesserung der Lebensbedingungen, die Fortschritte der Hygiene, die Erziehung des Volkes zur Reinlichkeit haben diesen Plagen ein Ende gemacht und bilden ein sichereres und dauerhafter wirkendes Mittel gegen Epidemien als im Moment der Gefahr ergriffene sanitätspolizeiliche Massregeln. Was für die Pest gilt, das gilt auch für die anderen epidemischen Krankheiten: Fleck- und Abdominaltyphus, Cholera, Lepra. Reinigung der Städte, Einrichtung von Canalisation und Sorge für gutes Trinkwasser, vor allen Dingen aber persönliche Reinlichkeit bringen die Infectionsgefahr fast auf Null herunter. Und gelangt auch die Pest oder Cholera oder der

Typhus in die Wohnorte von Menschen, die unter solchen verbesserten Bedingungen leben, so finden ihre Erreger dort einen so ungünstigen Nährboden, dass ihr Gedeihen undenkbar und daher eine Verbreitung der Seuche unmöglich wird. Ein solcher Zustand ist erstrebenswert, während «Contagionsgesetze auch bei der mildesten Ausführung nie ohne Vernichtung von Menschenglück und Menschenleben durchgesetzt werden. Ihre Wirksamkeit ist in den meisten Fällen zweifelhaft. Darum können sie höchstens vorübergehende Massregeln für solche Völker sein, über deren Wohl und Wehe mitzuberaten Männer berufen sind, die sich Aerzte nennen». Mit diesen Worten des Verfassers beschliessen wir die Besprechung der hochinteressanten Abhandlung Stickers, die wir jedem Arzt zu lesen empfehlen, und deren Lehren namentlich bei uns in Russland von denjenigen beherzigt zu werden verdienen, die über das «Wohl und Wehe des Volkes mitzuberaten berufen sind». Dem neuen literarischen Unternehmen wünschen wir Glück auf dem neu angebahnten Wege. Sein Gedeihen halten wir für gesichert durch die Männer, die an seiner Spitze stehen.

Fr. Dörbeck.

Tiegerstedt, R. Handbuch der physiologischen Methodik. Leipzig, Verlag von S. Hirzel. 1909—1910.

Wir hatten bereits Gelegenheit, über dieses Handbuch zu berichten. Heute liegen uns wieder einige Teile vor. So vor allen Dingen die 1. Abteilung des ersten Bandes, den 1. Teil der allgemeinen Methodik enthaltend. An der Spitze steht die allgemeine Technik der physiologischen Versuche und Vivisectionen von I. Pawlow. Hier macht uns der erfahrene Forscher mit den Methoden bekannt, die sich in seiner langjährigen Tätigkeit bewährt haben, und gibt wertvolle Fingerzeige bei der Benutzung von Apparaten, Instrumenten und Methoden. Auf Asepsis und Narkose wird besonders eingegangen.

Als zweites Capitel enthält diese Abteilung die photographische Registrierung von S. Garten. Hier finden wir zuerst ein kurzes Eingehen auf den photographischen Process, worauf die Photographie von Reihen einzelner Bewegungsphasen und dann die fortlaufende photographische Registrierung behandelt wird.

In der 1. Abteilung des zweiten Bandes finden wir Blut und Blutbewegung abgehandelt. Zunächst sind es die Gasarten, deren Gewinnung, Analyse, Absorption und Spannung von Chr. Bohr beschrieben werden.

B. Michaelis gibt die Methodik der Antikörperforschung für physiologische Zwecke. Sie ist es ja, die in letzter Zeit sowohl für die praktische als auch für die forensische Medicin einen ausserordentlichem Wert erlangt hat, und die knappe aber klare Darstellung im vorliegenden Handbuch wird von Interessenten geschätzt werden.

Eine beinahe 2½ Hundert Seiten umfassende Abhandlung ist von K. Bürker der Gewinnung, der qualitativen und quantitativen Bestimmung des Hämoglobins gewidmet. Im physiologischen Laboratorium und am Krankenbett suchte man von den verschiedensten Seiten an die Erforschung dieses so hochwichtigen Stoffes heranzutreten, und von allen Seiten wurden dabei Resultate und Methoden zusammengetragen, die wir hier vereinigt finden; nicht nur das Laboratorium, sondern auch der praktische Arzt wird hier gelegentlich nachzuschlagen haben.

Die 2. Abteilung des 3. Bandes enthält den zweiten Teil der Sinnesphysiologie, und zwar von W. Nagel die Methoden der Erforschung des Licht- und Farbensinnes und von F. B. Hoffmann — den Raumsinn des Auges und die Augenbewegungen. Auch hier wird der Specialist Alles zusammengetragen finden, was die Methodik der letzten Zeit an Apparaten und neuen Ideen geschafft hat.

Die 4. Abteilung des 3. Bandes endlich ist dem centralen Nervensystem gewidmet, und zwar der erste Teil den warmblütigen Tieren von W. Trendelenburg und der zweite Teil von I. Steiner den kaltblütigen Wirbeltieren. Hier sind es besonders die Operationsmethoden, die eingehend erörtert werden; einen grossen Abschnitt bildet naturgemäss die Methodik der Ausschaltung von Teilen des Centralnervensystems.

Ucke.

Auszug aus dem Protocoll der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 15. Febr. 1910.

Anwesend 22 Mitglieder und 5 Gäste.

P. 2. Wistinghausen: Demonstration eines Falles von multiplen Exostosen.

Der vorgestellte Knabe ist 6 Jahre alt, hereditär nicht belastet; im 9. Monat bemerkten die Eltern eine Geschwulst am l. Schulterblatt, vor 1½ Jahren eine ebensolche am Oberschenkel. Das Kind hat sich gut entwickelt, ist nie acut krank gewesen und hat nie an Schmerzen gelitten. Die Geschwülste sind aber langsam grösser geworden. An der rechten Scapula fällt eine spitze Hervorragung auf, die knochenhart ist, die Haut darüber ist verschieblich: es ist eine Exostose von unregelmässig abgeplatteter Pilzform, die vom Periost der Scapula ausgeht. An der 9, 10 und 11. Rippe rechts wie links finden sich kleine z. T. sichtbare, z. T. nur fühlbare Exostosen, die vom Periost ausgehen. Ferner finden sich bald grössere, bald kleinere Exostosen am l. Radius, an der 2. Phalanx des linken kleinen Fingers, am Condyl. int. femor. d., an der r. und l. Tibia, und 2 am r. Humerus. Die Exostosen sitzen dem Knochen direct auf und laufen spitz zu; zwei von ihnen sind etwas beweglich, aber nicht verschieblich, eine kleinere, die neben einer festen Exost. liegt, ist vollkommen beweglich.

Es fragt sich, mit welch einer Erkrankung wir es zu tun haben? Einzelne Exostosen sind häufig traumatischen Ursprungs; Rachitis und Lues sind auszuschliessen. Die Bezeichnung multiple Exostosen ist nur die Benennung für den Befund. Es liegt hier doch wohl eine Allgemeinerkrankung vor, welche ohne irgend eine äussere Ursache an den verschiedensten Stellen Exostosen entstehen lässt. Es drängt sich ein Vergleich mit einem Fall von Myositis ossificans auf, den W. in der Abteilung von Prof. Zoege beobachtet hat. Dort gab es ausser den Verknöcherungen der Sehnen und Muskeln auch solche Exostosen an verschiedenen Knochen. Dass es sich hier um eine beginnende M. ossific. handelt, will W. nicht behaupten, möchte aber auf die vorhandene Aehnlichkeit hinweisen.

(Autoreferat).

Discussion:

Greiffenhagen dankt dem V. für die interessante Vorführung; er ist der Ansicht, dass es sich um multiple cartilaginöse Exostosen und nicht um M. ossif. handelt. Dafür spricht 1. ihr Sitz an den Epiphysen, 2. ihr Zusammenhang mit dem Knochen, den man bei allen bis auf eine nachweisen kann. Wäre es eine M. ossif., so müssten an den Sehnenansätzen und in den Muskeln vom Bindegewebe ausgehend Kalkablagerungen vorhanden sein; diese Ablagerungen hätten dann nichts mit dem Knochen zu tun. Er fragt, ob W. hier therapeutisch vorzugehen gedenkt; er, Gr. hat derartige Fälle zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr wegen Bewegungsbehinderung durch die Exostosen operiert.

Wistinghausen hält im Augenblick ein operatives Vorgehen nicht für indiciert; nur an der Scapula könnte man daran denken, da dort Decubitus drohen kann. Bei Gelegenheit des dörptschen Falles hat W. die ganze Literatur durchforscht; danach finden sich bei M. ossif. Verkalkungen überhaupt nicht, charakteristisch ist, dass es immer richtige Knochenbildung ist in Gestalt von dem Knochen breit aufsitzenden Exostosen und stalactitenförmigen Bildungen, die meist an den Sehnen zu finden sind. Hätte der Pat. in Dorpat nicht ein so ausgesprochenes Bild geboten — er war übersät mit derartigen Bildungen —, so hätte man bei ihm an der Diagnose ebenso zweifeln können wie hier. Bei diesem Knaben sind allerdings 1 oder 2 Exostosen federnd, was auf knorplige Bestandteile deutet.

P. 3. Keyserlingk: Krankenvorstellung.

Der Pat. ist als Zweitgebärender die Symphyseotomie gemacht worden. Die Masse waren 25½:26:30:18: vera nach Gauss 8,2. Nach Durchtrennen des Knorpels und lig. arcuat. sprangen die Beckenhälften mit lautem Krach auseinander. Es folgte Forceps und Placentarlösung. Die Vagina war unterhalb der Clitoris 6 ctm. lang eingerissen und communicierte breit mit der symphysealen Wundhöhle. Die Vagina wurde vernäht und die Wunde oben tamponiert. Das Kind lebt und ist gut gediehen. Die Frau hat aber ein Krankenlager von 2½ Mon. durchgemacht: es trat Fieber auf, die Scheidennähte hielten nicht, und noch eben besteht eine kleine Wundhöhle oberhalb des Orif. urethrae. Auch ist noch eine Schwäche des sphinct. vesic. vorhanden. Vortrag. würde die Operation nicht mehr machen, sondern bei der nächsten Gelegenheit die Pubiotomie ausführen, die wohl weniger gefährlich ist, da das Becken dann nicht medial sondern lateral klafft.

Discussion:

Middendorff fragt, wie weit das Becken etwa klaffte, und wie die Heilung der Durchtrennung vor sich geht.

Keyserlingk: das Becken klaffte hier ca 6—7 ctm.; eine dauernde Erweiterung des Beckens bleibt meist, und die Heilung erfolgt durch eine Bindegewebsnarbe.

P. 4. Mühlen hält seinen angekündigten Vortrag «über die anatomischen Ursachen der Meno- und Metrorrhagien».

Eine jede gynäkologische Blutung ätiologisch unanfechtbar zu erklären, ist zur Zeit leider nicht möglich, da in den letzten Jahren neue Hypothesen aufgestellt wurden, die noch keine allgemeine Anerkennung gefunden haben. Besonders Prof. Theilhaber-München hat eine neue Theorie bekannt gegeben, über die Vortr. nachstehend das Wesentliche referiert. — Zuvor erinnert V. an die Vorgänge bei der normalen Menstruation. Die Hypothesen Bischoffs und Pflügers können als abgetan gelten, während die von Knauer aufgestellte Theorie einer inneren Secretion der Ovarien zur Zeit am meisten Glauben findet. Sie findet auch durch die neuerdings mit Erfolg ausgeführten Transplantationen von Ovarien eine Bestätigung. Was die Menstruationsblutung anlangt, so ist es oft schwer, den scharfen Uebergang vom Normalen zum Krankhaften zu constatieren. Unsere Kenntnis über die Periode beruht lediglich auf den Angaben der Frauen selbst, und kann keinen Anspruch auf wissenschaftlich verwertbare Genauigkeit erheben. Die Dauer beträgt nach allgemeiner Erfahrung 3—5 Tage, die Länge des Intervalls 26—30 Tage, die Menge des Menstrualbluts schwankt zwischen 50 und 200 gr. — Es kommt darauf an, wie der Körper auf den Blutverlust reagiert, und diese Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden entscheidet, ob die Regel normal oder pathologisch. — Sich zu den Ursachen der Meno- und Metrorrhag. wendend, erwähnt V., dass die alte Einteilung der Endometritis in E. glandular., interstit., fungosa, p. abort., exfoliativa etc. durch die Untersuchungen von Hitschmann und Adler fast keine Anhänger mehr hat, da jene histologischen Bilder der menstruellen, sowie prae- post- und intermenstruellen Schleimhaut entsprechen und daher nicht als Entzündungserscheinungen angesehen werden dürfen. Wenn nun auch die Endometritis als Blutungsquelle nicht ganz fallen gelassen zu werden braucht, so ist sie in dieser Beziehung doch stark eingeschränkt worden. Bezüglich der Metritis ist es nun Theilhaber, der gewissermassen einen Schritt weitergeht als H. und A. und behauptet, auch im Bau des Mesometriums kämen physiologische Variationen vor und dürften diese nicht mit pathologischen Abweichungen verwechselt werden. Das Mesometrium des kindlichen Uterus besteht nur zu $^1/_3$ aus Muskulatur, der Rest ist Bindegewebe, erst um das 20. Lebensjahr kehrt sich das Verhältnis um, um etwa 20 Jahre lang constant zu bleiben, und dann allmählich wieder auf das infantile Verhältnis zurückzukehren, was um das 65-ste Lebensjahr etwa erfolge. Ein nicht arbeitender Muskel atrophiert; der Uterusmuskel befindet sich im Zustande mittlerer Contraction, aus dem er erschlaffen oder sich noch fester zusammenziehen kann, und spielt eine wichtige Rolle bei Regulierung der Blutcirculation im kleinen Becken. Vermag nun der Muskel den an ihn gestellten Anforderungen nicht zu genügen, so entsteht die Insufficientia uteri. V. entwirft nun in kurzen Zügen die verschiedenen Krankheitsbilder, bei denen die Insufficienz des Muskels zu Blutungen führt: die diffuse Uterushyperplasie, die Myofibrosis uteri, die Insuff. postpuerperalis, der Adnexuterus, das Myom, bei welch' letzterem allerdings auch Zahl und Weite der Blutgefässe, die Stärke der zum Uterus strömenden Blutwelle, der allgemeine Ernährungszustand der Pat. etc. beeinflussend mitwirken. Fernere Blutungsursachen wären die mechanischen Insulte bei Erosionen der Portio und den bösartigen Schleimhautwucherungen, peri- und parametrane Exsudate, die auch bei jungen Frauen auftretenden Verdickungen der Intima und Media der Blutgefässe, was nach Theilhaber auf eine Arteriitis Obliter. physiologica und nicht auf Arteriosclerose zurückzuführen sei. Häufig kommen sodann Menorrhagien bei jungen, sonst gesunden Mädchen vor, was auf eine durch Onanie, üppige Lebensweise, Alcohol etc. verursachte zu schnelle Gefässentwickelung (im Vergleich zur Muskulatur) zu beziehen ist. Im Gegensatz zu Th. glaubt V., auch die Lageveränderungen für die Blutungen in manchen Fällen verantwortlich machen zu müssen. Eine wichtige Rolle spielt in ätiologischer Hinsicht das Nervensystem, was V. aus eigener Erfahrung bestätigen kann. Ferner wären zu nennen die Infectionskrankheiten, Herz- und Lungenkrankheiten, die verschiedenen Constitutionsanomalien mit abnormer Blutbeschaffenheit, Gicht, Adipositas, Alcoholismus etc. Bei der viel beschuldigten Chlorose dürfte die Blutung häufiger nach Ablauf dieser auftreten, wo der Blutdruck gestiegen, der Muskel noch nicht ausgeheilt ist. Nicht unerwähnt darf die Obstipation bleiben, die so häufige Begleiterscheinung der mannigfachen Frauenleiden.

Im allgemeinen glaubt V., den Ansichten Theilhabers zustimmen zu können, meint aber, dass manche seiner Krankheitsbilder sich klinisch schwer werden auseinanderhalten lassen.

Um in der Therapie nicht einem nutzlosen Schematismus zu verfallen, wäre die Kenntnis der letzten Ursache der Blutung von Wichtigkeit, und eine sorgfältige locale Untersuchung in jedem Fall angezeigt.

Zum Schluss gibt V. kurze Hinweise, wie sich das weibliche Geschlecht in hygienischer Beziehung während der Menstruation zu verhalten hat, was kurz resumiert auf folgendes hinausläuft: peinliche Sauberkeit, Verhütung von Erkältung und von körperlichen und geistigen Ueberanstrengungen, Sorge für regelmässigen Stuhlgang und Urinentleerung.

(Autoreferat).

Discussion:

Meder weist darauf hin, dass es in der Praxis nicht genüge, für die Menstruationszeit im allgemeinen Reinlichkeit zu empfehlen; man muss dann schon ganz genaue Vorschriften geben, da sonst unnütz zu viel herumgewirtschaftet und dadurch geschadet werden kann. Er pflichtet dem V. durchaus bei, dass Lageveränderungen des Uterus, entgegen dem Standpunkt Theilhabers die Ursache zu Blutungen abgeben. Auch allgemeine Blutstauungen durch Herz- oder Nierenkrankheiten geben zu starken Blutungen Anlass; durch Hebung der Circulation werden auch sie behoben. Er bedauert, dass V. nicht auch auf den Einfluss der Drüsen mit innerer Secretion auf die Menses eingegangen ist.

Keyserlingk betont, dass Reinlichkeit nie Schaden stiften wird, weder mechanisch noch thermisch, dass Unreinlichkeit aber stets schade, und angesammelte Secrete, Schweiss und Menstrualblut einen vorzüglichen Bakteriennährboden abgeben und zu schlimmen Infectionen führen können.

Mühlen fragt, ob die Internisten Allgemein- und besonders Infectionskrankheiten als Ursache von Genitalblutungen bezeichnen können.

Armsen: beim Beginn der Infectionskrankheiten, besonders des Typhus treten die Menses meist früher und stärker auf als sonst.

Kusick: bei Pneumonie, Influenza, Typhus, ja bei jeder fieberhaften Krankheit treten die Menses oft am 2. oder 3. Krankheitstage verfrüht auf.

Samson: auch bei Angina habe ich ein 8—10 Tage früheres Auftreten der Menstruation beobachtet.

Weiss: bei Morbus Based. ist ein Aussetzen der M. das häufigere.

Friedenthal: bei acuten Psychosen bleiben die M. aus; ihr Wiederauftreten ist ein prognostisch günstiges Zeichen. Bei chronischen Psychosen dagegen gehen sie regelmässig weiter.

Greiffenhagen: der Chirurg wird oft zum Operationstermin gestört durch frühzeitig eintretende Menstruation (infolge psychischer Einflüsse oder des Purgans und Bades). Er hat trotzdem stets operiert, auch Mammaamputationen ausgeführt und nie Schaden gesehen; nur bei Appendixoperierten kann ein vorzeitiges Eintreten der Menses eine störende Complication abgeben. Er fragt, ob die Menstruation eine Contraindication für ein Vollbad abgibt.

Samson hat bei gesundem Organismus ein Cessieren der M. durch veränderte Arbeits- und Ernährungsverhältnisse gesehen (z. B. bei Inselbewohnerinnen, die auf Festland zur Feldarbeit kommen).

Keyserlingk erwähnt die Amenorrhoe der Hebammenschülerinnen, hervorgerufen durch den brüsken Uebergang von körperlicher zu geistiger Arbeit.

H. Hoffmann fragt, ob eintretende Menses eine Contraindication für den Gebrauch von Medicamenten abgeben könne.

Mühlen schiebt nur vaginale Operationen der M. wegen auf, bei Laparotomien lässt er sich nicht stören, und hat keine Nachteile gesehen. Ein warmes Bad wird wohl kaum schaden; auch Medicamente, die auf den Verlauf der Menstr. schädlich wirken, kennt er nicht, auch Arsen kann ruhig gegeben werden; nur die blutdrucksteigernden Medicamente könnten ev. eine Verstärkung zur Folge haben.

Friedenthal: das Dauerbad bei unruhigen Psychischkranken wird auch während der M. weitergeführt, und er hat keinen Nachteil, weder was Dauer noch Stärke anbetrifft, gesehen.

Hunnius fragt, ob kalte Bäder, Seebäder contraindiciert sind.

Mühlen: gegen starke Blutungen werden heisse oder kalte Irrigationen angewandt; ein kaltes Seebad kann die Menstruation wohl mal unterdrücken, ohne aber locale Störungen zu verursachen.

P. 5. Keyserlingk: gynäkologische Casuistik.

1. Momburgsche Blutleere bei Blutung post partum. Die Methode ist von Siegwart in die gynäkologische Praxis eingeführt. Momburg selbst berichtet über 17 chirurgische und 17 gynäkol. Fälle mit gutem Erfolg; Trende-

lenburg sah einmal Collaps, Pagenstecher — Blasen- und Mastdarmparese. Rieländer berichtet aus der Marburger Klinik über 9 Fälle mit ungünstigem Resultat: in einigen Fällen gelang die Methode überhaupt nicht, in anderen trat keine Blutstillung ein und in einer dritten Reihe trat Collaps ein, der allerdings nach Abnahme des Schlauchs sehr schnell schwand. Weber berichtet über 40 Fälle mit gutem Resultat und 3 Fehlschläge ohne Schädigung. Fränkel hat die Wirkung der Abschnürung am Tierversuch studiert. Er fand nur in einem Fall Thrombose der Cava, sonst keine Schädigung der Intima von Aorta oder Cava; es trat ferner hoher Zwerchfellstand und Verlagerung des Herzens ein. Der Blutdruck zeigte beim normalen Tier keine Erhöhung, beim Abnehmen des Schlauches geringe Senkung; beim ausgebluteten Tier aber trat völliges Sinken des Blutdrucks in der Carotis ein, und er empfiehlt daher zur Vermeidung dessen an der ausgebluteten Frau die unteren Extremitäten vorher elastisch einzuwickeln und dann abzuschnüren.

Im Falle K. waren die früheren Geburten normal verlaufen und auch dieses Mal ging alles glatt; die Placenta wies nur die Abnormität auf, dass sie aus 2 Teilen bestand, die nur durch die sich gabelnde Nabelschnur verbunden waren. Eine ¼ Stunde post partum trat eine profuse Blutung auf. Die Pat. collabierte und war fast pulslos. Noch ehe K. selbst hinzukam gab die Hebamme Ergotin und Kampher subcutan. Die Blutung war so stark, dass K. sofort den Momburg machte — mit vollem Erfolg: die Blutung stand prompt, aber es stellte sich bald Unruhe ein, der Puls wurde noch kleiner; er musste den Schlauch entfernen, und nun erholte sich die Pat. schnell. Es blutete nun allerdings wieder etwas, aber auf Tamponade stand die Blutung. Nach NaCl-infusion erholte sich die Pat. bald ganz. In der Reconvalescenz hatte sie einen Tag 39,5, aber am 9. Tage konnte sie entlassen werden. Diese Erfahrung deckt sich mit der Rieländers.

2. Ein Fall von centralem Dammriss.

Ist ein centraler Dammriss schon sehr selten (nach einer vorliegenden Statistik 1:20000 Geburten), so ist dieser Fall geradezu ein Unicum dadurch, dass im centralen Dammriss sich eine Hand des Kindes zeigte, die bis zum Ellbogen herausfuhr und in dem Moment, wo der Kopf einschnitt, wieder zurückzog. Der Riss sass direct über dem Sphincter ani. Die Columna wurde mit der äusseren Haut vernäht.

3. Ein Fall von Myxoma uteri.

Die 48-jähr. verheiratete Pat. hatte nicht geboren. Die letzte Periode war vor 6 Wochen. Die Untersuchung ergab die Symptome eines Ovarialtumors und nebenbei einer Schwangerschaft (gelockerte Portio, Secretion der Mammae). Bei der Laparotomie mittelst Längsschnitt wurde im freien Peritonäalraum gallertartige Flüssigkeit gefunden, die aus dem mit der Bauchhöhle frei communicierenden Tumor ausgetretenen war. Der Tumor ging vom Uterus aus; rechts von ihm fand sich intraligamentär ein zweiter Tumor, der ausgeschält wurde. Uterus und Tumor wurden exstirpiert. Im Abdomen fand sich nun retroperitonäal ein dritter faustgrosser Tumor, der nach oben in die Niere überging; auf dem Peritoneum Knötchen. Der exstirpierte Tumor wog 31½ Pfund und war ein Myxom mit nur Spuren erhaltenen Gewebes. Wie ist die Aetiologie solcher Tumoren? Es könnte sich handeln um ein primäres Myxom, ein Myxosarcom oder ein degeneriertes Myom. Ein reines Myxom findet sich in der Literatur nur einmal erwähnt: der Fall von Sidonradski, wo das Myxosarcom oben offen war und die Bauchhöhle auch mit Myxommassen erfüllte.

Da hier nebenbei deutliche Graviditätsmerkmale vorlagen, liegt die Deutung nahe, dass es sich um ein Myxoma chorii handelte, eine ursprüngliche Blasenmole, die destructiv gewuchert war und in Niere, Darm und Peritoneum Metastasen gebildet hatte.

Discussion:

Mühlen fragt, ob das Myxom mikroskopisch untersucht worden? Man hätte doch vielleicht Chorionzotten nachweisen können.

Meder fragt, ob im 1. Fall nicht vielleicht noch eine Hilfsplacenta vorhanden gewesen, deren Retention die Blutung verursachte? Die Methode von Momburg wird ja vielfach gerühmt, doch Meder fürchtet, dass durch den starken Druck nicht unwesentliche Schädigungen hervorgerufen werden können.

Greiffenhagen weist auf die neueste Statistik Momburgs hin: er hat jetzt schon 200 Fälle zusammengestellt und empfiehlt vorherige elastische Abschnürung und Trendelenburgsche Lagerung.

Haller weist darauf hin, dass in einigen Fällen über Druckschädigung des Darms durch das Verfahren berichtet ist.

Keyserlingk: eine mikroskop. Untersuchung des Myxoms ist nicht erfolgt, da untersuchungsfähiges Gewebe so gut wie nicht vorhanden war. Zur Technik des Momburgschen Verfahrens bemerkt er: der Schlauch wird an der Taillenstelle so angelegt, dass die Spermaticalgefässe unterhalb bleiben, die Taille mehrmals umschnürt und der Schlauch allmälich so fest angezogen, dass der Femoralpuls schwindet. Die Abnahme kann ziemlich rasch erfolgen.—Dass im berichteten Fall ein Placentarrest retiniert wurde, kann sicher ausgeschlossen werden.

Secretär: Haller.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der fünfte internationale Congress für Geburtshilfe und Gynäkologie ist am 9./22. Sept. zum ersten Mal in St. Petersburg eröffnet worden und soll bis zum 15./28 Sept. tagen. Anfangs waren die Auspicien für die Abhaltung des Congresses in Petersburg nicht günstig, da infolge der falschen Vorstellung von der Ausbreitung der Cholera von Seiten der Comités verschiedener Länder der Antrag gestellt wurde, den Congress auf einen günstigeren Zeitpunkt zu verlegen. Es gelang jedoch der persönlichen Intervention des Präsidenten des fünften internationalen Congresses Prof. D. v. Otts, welcher zwecks Regulierung dieser Frage Anfang August nach Berlin zu einer Sitzung des dort tagenden Localcomitees gefahren war, den Plan im letzten Moment vor dem Scheitern zu bewahren. Dem Organisationscomitee, dessen Präses Prof. D. v. Ott, Generalsecretär Prof. P. Sadowski, Schatzmeister Prof. A. Samschin ist, war es gelungen, für die Teilnehmer eine Preisermässigung von 50% auf der Eisenbahnstrecke im Bereich des russischen Reiches und eine Ermässigung von 33⅓% auf den Dampferlinien Petersburg—Helsingfors, Petersburg—Stettin, Petersburg—Kopenhagen und Petersburg—Stockholm zu erlangen. An den Grenzstationen Wirballen, Alexandrowo, Granitza und Wolotschisk haben Delegierte die ankommenden Gäste erwartet. Ausserdem hat ein Wohnungscomitee mehr als 100 Zimmer für die Ankommenden belegt. Auf der Tagesordnung stehen folgende Themata: 1) Die Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms. 2) Kaiserschnitt. 3) Der Einfluss des Nervensystems auf die Entstehung von Uterusblutungen. 4) Der vaginale Weg in der Geburtshilfe und Gynäkologie. 5) Die Wertschätzung der verschiedenen Operationsverfahren bei Uterusdeviationen. Ausserdem ist noch eine Reihe von Vorträgen angekündigt worden. Für die Unterhaltung der Teilnehmer an den freien Abendstunden ist in zweckmässigster Weise Sorge getragen. Ueber den Verlauf der Verhandlungen wird in der nächsten Nummer berichtet werden. L.

— Der Leutenant a. D. Lapotnikow hat 200000 Rbl. dem Medicinischen Institut für Frauen in St. Petersburg testamentarisch vermacht unter der Bedingung, dass das Kapital unangetastet bleiben soll und nur die Zinsen zu Stipendien für die ärmsten Studentinnen verwendet werden sollen. — Der verstorbene Moskauer Millionär Tretjakow, bekannt als Kunstsammler und Besitzer der berühmten Tretjakowschen Bildergallerie, hat ein Kapital von ungef. 1 Million Rbl. zu gleichen Teilen der Moskauer Universität und Stadtverwaltung vermacht, welche letztere das Geld zum Bau von Hospitälern verwenden soll. — In Tjukalinsk hat P. Kusnezow sein ganzes Vermögen, dessen Zinsen seiner Frau bis zum Tode zu gute kommen sollen, den Universitäten in St. Petersburg, Moskau, Kasan und Tomsk und dem Medicinischen Institut für Frauen in St. Petersburg vermacht. Die Zinsen sollen zur Zahlung für die Vorlesungen für die ärmsten Studenten und Studentinnen verwendet werden.

— Der 27. Congress für innere Medicin findet am 19.—22. April 1911 in Wiesbaden statt.

— Der 7. Internationale Dermatologencongress findet am 25.—29. September 1911 in Rom statt. Vorsitzender ist der Senator Prof. Tommaso de Amicis (Neapel), Generalsecretär Dr. Gaetano Ciarrochi (Rom).

— Hochschulnachrichten.

Budapest. Privatdocent Dr. L. Nékám ist zum Professor der Dermatologie ernannt.

Halle. Die Privatdocenten DDr. A. Menzer (innere Medicin) und B. Pfeifer (Psychiatrie und Nervenheilkunde) sind zu Professoren ernannt.

Kiel. Privatdocent Dr. E. Baum (Chirurgie) ist zum Professor ernannt.

Rostock. Die Privatdocenten DDr. H. Winterstein (Physiologie) und J. Meinertz (innere Medicin) sind zu Professoren ernannt.

Marburg. Der Director der Medicinischen Klinik an der Universität, Prof. Dr. L. Brauer ist an Stelle des verstorbenen Prof. Lenhartz zum Director des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf ernannt.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 24. bis zum 30. Juli sind 962 Erkrankungen und 707 Todesfälle vorgekommen.

— Die Pest in Odessa. Am 1. September 1 Erkrankung; 2. September 2 Erkrankungen, 1 Todesfall; 3. September 1 Erkrankung; 4. September 1 Erkrankung.

— Die Pest im Uralgebiet und im Gebiet Ssemiretschensk ist erloschen. Neue Erkrankungen sind nicht gemeldet.

— Cholera. Britisch-Indien. In Kalkutta starben vom 24. bis zum 30. Juli 9 Personen an der Cholera. — Niederländisch-Indien. In Soerabaya und Umgegend erkrankten vom 10. bis zum 15. Juli 13 Personen, starben 8. — Italien. Bis zum 27. Aug. fanden 294 Erkrankungen und 187 Todesfälle statt. — Deutsches Reich. In Dresden wurde 1 Erkrankung an der Cholera und 3 verdächtige Erkrankungen beobachtet, in Stade (Hamburg) 1 Erkrankung; in Schillno an der Weichsel (Kreis Thorn) wurden bei 3 auf einem Kahn aus Warschau angekommenen Personen in den Ausleerungen Cholerabacillen nachgewiesen, ohne dass eine Erankung stattgefunden.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben				Beginn der Epidemie
	vom 22. bis zum 28. Aug.		vom Beginn der Epidemie		
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	369	(115)	3406	(1229)	7. Juni
» Kronstadt	3	(6)	217	(114)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	52	(31)	459	(217)	24. Juni
Stadt Archangelsk	—	(—)	1	(—)	10. »
Gouv. Olonez	9	(4)	10	(5)	7. Aug.
» Wologda	20	(15)	368	(194)	5. Juli
» Pskow	2	(—)	21	(8)	6. Juni
» Nowgorod	28	(24)	395	(193)	7. Juli
» Estland	—	(—)	1	(—)	13. »
» Livland	7	(3)	11	(5)	13. »
» Minsk	43	(11)	1300	(451)	18. Mai
» Mogilew	13	(7)	612	(270)	14. »
» Witebsk	15	(12)	124	(36)	21. April
» Smolensk	12	(11)	139	(79)	10. Juli
» Podolien	78	(28)	757	(322)	7. »
» Wolynien			163	(94)	10. Juni
» Kiew	200	(97)	4600	(1715)	3. Mai
» Tschernigow	30	(15)	2021	(794)	13. »
» Poltawa	59	(29)	3097	(1244)	9. »
» Charkow	35	(20)	6691	(3443)	8. »
» Orel	54	(28)	1040	(467)	1. Juli
» Kursk	203	(115)	4352	(1912)	28. Mai
» Woronesh	289	(121)	8130	(3849)	27. »
» Tambow	315	(148)	4253	(1984)	29. »
» Pensa			1735	(792)	27. Juni
» Kaluga			208	(106)	1. Juli
» Tula			238	(112)	11. Juni
» Rjasan	116	(57)	2067	(860)	19. »
» Wladimir			400	(210)	6. Juli
» Moskau	20	(8)	189	(82)	6. »
» Twer	5	(1)	33	(14)	6. »
» Jaroslaw	82	(47)	1196	(633)	27. Juni
» Kostroma	43	(11)	3414	(1422)	27. »
» Nishnij Nowgorod	71	(35)	2000	(799)	24. »
» Kasan	21	(6)	3216	(1417)	19. »
» Ssimbirsk	357	(189)	3038	(1458)	10. »
» Ssamara	784	(383)	9809	(4223)	9. »
» Ssaratow	1137	(503)	5724	(2221)	7. »
» Astrachan	52	(22)	1755	(778)	15. »
» Stawropol	81	(36)	6440	(3326)	3. »
» Perm	25	(8)	692	(255)	3. »
» Wjatka	13	(8)	385	(184)	26. »
» Ufa			1615	(941)	29. »
» Orenburg	413	(206)	2345	(1111)	4. Juli
Turgai-Gebiet			133	(72)	13. »
Ural-Gebiet	54	(42)	165	(101)	30. »
Gouv. Jekaterinoslaw	370	(188)	18198	(8166)	10. Jan.
» Taurien	80	(33)	4579	(2291)	7. Mai
Stadt Kertsch-Jenikale	1	(—)	598	(268)	14. »
» Ssewastopol			76	(44)	10. Juni
Gebiet der Donkosaken	401	(175)	20506	(9526)	21. Mai
Stadt Rostow am Don	9	(3)	2913	(1006)	7. »
Gouv. Bessarabien	11	(5)	81	(36)	17. Juni
Stadt Odessa	10	(7)	555	(298)	27. Mai
» Nikolajew	17	(8)	340	(141)	4. Juni
Gouv. Cherson	260	(104)	9045	(3943)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	3	(1)	627	(229)	4. Juni
Kuban-Gebiet	189	(76)	23178	(11948)	26. Mai
Terek-Gebiet	34	(27)	4079	(1747)	28. »
Gouv. Baku	68	(49)	1341	(721)	19. April
Stadt Baku	60	(27)	1206	(503)	4. Juni
Gouv. Tiflis	141	(31)	1178	(668)	6. »
Dagestan-Gebiet	267	(135)	1297	(640)	29. »
Gouv. Kutais	31	(14)	394	(166)	25. Juni
» Jelisawetpol	40	(34)	79	(58)	18. Juli
» Erivan	176	(110)	584	(338)	8. »
Kars-Gebiet	60	(26)	1127	(537)	22. Juni
Batum-Gebiet	12	(5)	26	(15)	5. Aug.
Transkaspi-Gebiet	5	(3)	220	(149)	19. Juni
Ssyr-Darja-Gebiet	5	(—)	72	(38)	13. Juli
Gouv. Tomsk	69	(31)	196	(63)	8. Juni
» Tobolsk			185	(55)	28. Juli
Transbaikal-Gebiet	15	(8)	15	(8)	24. Aug.
Akmolinsk-Gebiet	103	(50)	636	(252)	23. Juli
Semipalatinsk-Gebiet	11	(4)	28	(17)	6. Aug.
Finnland	1	(—)	3	(—)	22. Juli
Im Ganzen	7559	(3557)	182327	(83613)	

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 15. bis zum 21. Aug. 1910 711 Personen. Darunter an Typh. abdom. 32, Typh. exanth. 1, Febris recurrens 1, Pocken 16, Windpocken 3, Masern 27, Scharlach 53, Diphtherie 36, Cholera 325, acut. Magen-Darmkatarrh 178, an anderen Infectionskrankheiten 39.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 802 + 49 Totgeborene + 44 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 11, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 4, Masern 4, Scharlach 16, Diphtherie 8, Keuchhusten 6, crupöse Pneumonie 25, katarrhalische Pneumonie 57, Erysipelas 5, Influenza 4, Pyämie und Septicaemie 9, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 82, Tuberculose anderer Organe 18, Dysenterie 6, Gastro-ent. epidem. 0, Cholera 164, Magen-Darmkatarrh 46, andere Magen- und Darmerkrankungen 52, Alcoholismus 10, angeborene Schwäche 51, Marasmus senilis 14, andere Todesursachen 207.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 21. August 12327. Darunter Typhus abdominalis 281, Typhus exanth. 4, Febris recurrens 16, Scharlach 218, Masern 22, Diphtherie 177, Pocken 88, Windpocken 6, Cholera 618, acut. Magen-Darmkatarrh 145, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 82, Tuberculose 513, Influenza 141, Erysipel 125, Keuchhusten 10, Dysenterie 1, Hautkrankheiten 41, Lepra 1, Syphilis 501, venerische Krankheiten 406, acute Erkrankungen 1832, chronische Krankheiten 1791, chirurgische Krankheiten 1561, Geisteskrankheiten 3390, gynäkologische Krankheiten 240, Krankheiten des Wochenbetts 84, verschiedene andere Krankheiten 33.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 19. Juli in Ssapogowo, Gouv. Kursk Dr. P. W. Jazenko, geb. 1859, approbiert 1889. 2) Am 17. August in Warschau Dr. N. W. Giltschenko, geb. 1858, approb. 1883. 3) Am 25. August in Moskau Dr. J. A. Mamuna, geb. 1839, approb. 1866. 4) In Orenburg machte seinem Leben durch Selbstmord ein Ende Dr. Jefimzew.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 21. Sept. 1910.

Tagesordnung: 1) Fuhrmann: Tetanie und spasmophile Diathese.

2) Schiele: Ueber das Ehrlich-Hatasche Mittel 606.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 27. Sept. 1910.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 38 St. Petersburg, den 18. September (1. Oct.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Zur Hebammenfrage in Kurland.

Vortrag, gehalten auf dem II. Kurländischen Aerztetage zu Libau.

Von

Dr. A. Sedding, Kreisarzt in Hasenpoth.

Meine Herren! Mein ursprünglicher Plan war, Ihnen eine vollständige Statistik der Hebammen in Kurland vorzulegen. Zu diesem Zweck hatte ich gedruckte Fragebogen an meine Amtscollegen ausgeschickt mit der Bitte, mir einige Daten über die Hebammen aus ihren Kreisen zustellen zu wollen. Leider haben mir nur drei Collegen brauchbare Auskünfte geliefert: die Kreisärzte von Windau, Goldingen und Bauske. So verfüge ich mit Hasenpoth zusammen über Aufzeichnungen von vier Kreisen, also nicht einmal der Hälfte aller zehn. Ich erlaube mir daher, Ihnen nur die Resultate dieser Enquete in aller Kürze zu referieren. Bei der Zusammenstellung meiner Tabellen habe ich die in den Städten lebenden und freipraktcierenden Hebammen ausgeschieden und nur die auf dem Lande von den Gemeinden angestellten berücksichtigt, weil diese unter viel schwierigeren Verhältnissen ihr Dasein fristen müssen und daher am meisten einer Aufbesserung ihrer Lage bedürfen.

In den genannten vier Kreisen prakticieren 70 Hebammen, und zwar verteilen sie sich wie folgt: im Goldingenschen Kreise sind 19, im Hasenpothschen 18, im Bauskeschen 18 und im Windauschen 15. Von ihnen stehen im Alter unter 30 Jahren nur 5, zwischen 30 und 40 Jahren 21 oder 30%, zwischen 40 und 50 Jahren 24 oder 34%, zwischen 50 und 60 Jahren 14 oder 20%, zwischen 60 und 70 Jahren 7 oder 10%. Die älteste wohnt im Windauschen Kreise und ist 70 Jahre alt, die zweitälteste im Goldingenschen und ist 69 Jahre alt. Die älteste im Bauskeschen Kreise ist 61 Jahre, im Hasenpothschen nur 52 Jahre. Die weitaus meisten, nämlich 34%, stehen im Alter zwischen 40 und 50 Jahren. Ueber die Familienverhältnisse ist zu sagen, dass von den 70 Hebammen 14 Witwen, 49 verheiratet und nur 5 ledig sind. Der Confession nach sind die meisten lutherisch, nur 4 katholisch: 3 im Bauskeschen Kreise und 1 im Hasenpothschen. Als Nationalität ist bei 65 die lettische angegeben; nur 5 sind Deutsche.

Ein mächtiger Factor bei Beurteilung unseres Hebammenwesens ist die Kenntnis der materiellen Lage, und da ergibt sich die Tatsache, dass die von den Gemeinden ausgeworfenen Gagen ungeheure Schwankungen aufweisen. Wir haben neben einer kümmerlichen Ablöhnung von 15 Rbl. jährlich auch solche von 200 Rbl. und mehr. Für die einzelnen Kreise stellt sich das Verhältnis wie folgt: im Windauschen Kreise erhält eine Hebamme 18 Rbl., eine andere 45, zwei je 50 Rbl., die übrigen mehr, bis 105 Rbl. Für alle zusammen werden 1041 Rbl. ausgezahlt, was auf 15 Hebammen verteilt durchschnittlich 69 Rbl. 45 Kop. ausmacht. Im Bauskeschen Kreise erhalten, abgesehen von einer mit 15 Rbl. Gage, die übrigen 50—100 Rbl., alle zusammen 1311 Rbl. oder im Mittel 72 Rbl. 83 Kop. Im Goldingenschen Kreise variieren die Gagen von 25 Rbl. (eine einzige) bis 225, durchschnittlich 96 Rbl. 55 Kop. Im Hasenpothschen Kreise steht keine Hebamme unter 60 Rbl., aber auch keine über 146 Rbl., durchschnittlich ebenfalls 96 Rbl.

Auffallenderweise scheinen die Hebammen des Bauskeschen Kreises, wo doch die Bevölkerung wohlsituierter und kultivierter, die Gemeinden also reicher als in Unterkurland sind, am schlechtesten dotiert zu sein. Sie erhalten 72 Rbl. gegen 96 Rbl. im Goldingenschen und Hasenpothschen Kreise. Aber der Unterschied ist nur ein scheinbarer, denn im Bauskeschen wird den Hebammen ausser der Gage in barem Gelde noch Getreideschüttung geleistet, was in Unterkurland nicht Brauch ist, so dass es sich ziemlich ausgleicht. Etwas Holz und freie Wohnung erhalten sie fast überall. Am schlechtesten stehen die Hebammen des Windauschen Kreises mit durchschnittlich 69 Rbl. 45 Kop. und ohne Deputat. Die Angaben über Nebeneinkünfte schwanken ebenfalls in weiten Grenzen; es sind Posten von 15—75 Rbl. jährlich verzeichnet.

Die Enquete erstreckte sich ferner auch auf die Feststellung des Bildungsgrades unserer landischen Hebammen, aber hier waren besondere Schwierigkeiten zu überwinden, weil zu diesem Zweck keine festen Normen unter den verschiedenen Examinatoren vereinbart worden waren. Namentlich die Intelligenzprüfung musste als schwer ausführbar ganz aus dem Spiel bleiben, und ich beschränkte mich auf Eruierung des faktischen Wissensreichtums. Das russische Gesetz ist, wie wir wissen, in dieser Beziehung recht bescheiden und bezeichnet als грамотный jeden, der seinen Namen zu schreiben imstande ist, wenn diese Procedur auch eine Viertelstunde dauern sollte. Wie es also in der Praxis damit bestellt ist, wissen wir ja und dürfen von der Gelehrsamkeit unserer Hebammen keine grossen Stücke halten. Von den 70 registrierten Damen haben 45 oder 60% die Volksschule besucht, — mit welchem Erfolge, ist nicht gesagt. — 10 von ihnen oder 14% hatten eine höhere Bildung genossen, d. h. eine städtische Töchterschule besucht, 10 dagegen waren in keiner Lehranstalt gewesen und bei zweien ist speciell die Bemerkung gemacht worden: analphabet.

Unsichere Angaben mussten aus denselben Gründen aus der Prüfung ihrer Fachkenntnisse resultieren. Die Collegen haben meist ein summarisches Urteil abgegeben: gut, befriedigend. Ein einheitliches Prüfungsschema fehlte auch hier. Neben der gestellten Frage müsste die Antwort der Hebamme stehen, aber das wäre eine mühselige Arbeit, die ich den Collegen nicht zumuten dürfte. Wenn ich noch hinzufüge, dass auch die Hebammentasche einer gründlichen Revision auf Reinlichkeit und Vollständigkeit unterzogen worden ist, so bin ich zu Ende mit dem Aufzählen der Enquetepunkte und ihrer Ergebnisse.

Welche verallgemeinernden Schlüsse daraus für ganz Kurland zu ziehen sind, wage ich nicht strikt auszusprechen. Wenn alle Kreise unseres Gebietes in die Enquete gezogen worden wären, würde höchst wahrscheinlich ein höherer Procentsatz zu Gunsten der allgemeinen Bildung und der materiellen Lage der Hebammen herauskommen. Aber so klein ihre Zahl auch sein mag, an gewisse Fragen allgemeinen Charakters können wir wohl herantreten, und zwar sind es vor allen Dingen zwei, die wir nicht umgehen können und die uns besonders interessieren:

1) Sind wir mit dem Zustande unseres Hebammenwesens zufrieden und entspricht er den Anforderungen der modernen Geburtshilfe oder nicht?

2) Was können wir zur Aenderung dieses Zustandes beitragen?—Die Antwort wird sich ergeben, wenn wir einen konkreten Fall herausgreifen und ihn näher betrachten. Ist da z. B. an einer Gemeinde eine Hebamme angestellt 70 Jahre alt, fast erblindet, bezieht eine Gage von 18 Rbl. jährlich, versteht nicht zu lesen und zu schreiben. Ihr Instrumentarium besteht aus einer vorsündflutlichen Clystierspritze und einem Badethermometer, mit dem sie aber, nebenbei gesagt, nicht umzugehen versteht.

Meine Herren! Dieser eine Fall enthält eine ganze Reihe von Anklagen in sich. Zum ersten gegen die Gemeindeverwaltung. Wir fragen erstaunt, wie es möglich sei, dass ein Gemeinwesen die Gesundheit und das Wohlergehn seiner gebärenden Frauen einer gebrechlichen Greisin anvertrauen könne. Aus reiner Menschenliebe zur Hebamme wird es kaum geschehen. Unter den Gemeindevätern mag der eine oder andere sein, der aus Dankbarkeit oder dergleichen ein gutes Wort für sie einlegt, um sie im Amt zu belassen, aber ausschlaggebend wird sicher die finanzielle Seite sein. Die Gemeindeverwaltung weiss sehr gut, dass sie für 18 Rbl. keine andere, junge Hebamme bekommen kann, sondern eventuell 60—70 Rbl. zahlen müsste. Nur Sparsamkeitsrücksichten spielen hier eine wichtige Rolle: nicht die tüchtigste, sondern die billigste Hebamme wird angestellt. Diese letztere ihrerseits bleibt am Platze aus rein vitalen Gründen. Obgleich sie fühlt, dass ihre Kräfte allmählich abnehmen und ihre Leistungsfähigkeit gegen früher zurücksteht, bleibt sie im Amt, solange man sie behält, weil sie sonst ins Armenhaus wandern müsste. Denn von der kärglichen Gage ist es ihr nicht möglich gewesen, Ersparnisse zu machen und etwas fürs Alter zurückzulegen. Und dieser Umstand ist der wundeste Punkt unseres ganzen Hebammenwesens. Es ist ganz gewiss auch der Grund, warum so wenige intelligentere, gebildetere Frauen sich dem Hebammenberuf widmen wollen. Ein trostloses, unversorgtes Dasein winkt ihnen im Alter, wenn sie ihre Kräfte in diesem nicht leichten Dienst verbraucht haben. Der angeführte Fall ist freilich einer der schlimmsten, aber nicht der einzige, und die blosse Möglichkeit eines derartigen Zustandes fordert gebieterisch Remedur. Dieser Fall enthält zum zweiten eine Anklage gegen die competenten höhern Instanzen wegen Zulassung derartiger Ungehörigkeiten in den landischen Selbstverwaltungen. Die Geburtshilfe ist doch keine so minderwertige Sache, dass zu ihrer Ausübung minderwertige Hebammen von ungebildeten Gemeindebeamten angestellt werden können. Hier müsste die Regierung den Herren etwas auf die Finger sehen. Drittens kann ich auch die Herren Collegen von jeder Schuld an solchen Vorkommnissen nicht gänzlich freisprechen. Die Hebamme ist oder soll oft die Gehilfin des Arztes sein, allein eine Hebamme, die noch vor der antiseptischen Epoche ihre theoretischen Kenntnisse erworben hat, wird von einer Asepsis erst recht nichts wissen und somit den Forderungen der Neuzeit auf keine Weise genügen. Warum nun dulden die Collegen eine derartige Assistentin in ihrem Wirkungskreise? Schweigend gewähren lassen ist hier nicht am Platz, und was wir an Humanität für eine unbrauchbare Hebamme aufbringen, das sündigen wir an den Gebärenden und Wöchnerinnen. Einer alten abgängigen Hebamme wird man durch Unterweisung nicht mehr neue Ideen beibringen, daher ist es besser, sie gehen zu lassen.

Meine Herren! Darüber also, dass nicht alles bei uns in Ordnung ist und dass etwas in dieser Sache geschehen müsste, werden wir wohl alle einig sein. Aber bevor wir uns zur Beantwortung der anderen Frage wenden, wo der Hebel anzusetzen wäre, möchte ich vergleichsweise die Zustände im Auslande kurz anführen. Man sollte meinen, dass in Deutschland die Hebammenfrage nach einheitlichen Normen längst reguliert wäre, allein der Umstand, dass erst vor kurzem ein Verein von Aerzten sich zusammengetan hat zur Förderung des Hebammenwesens, mag schon als Zeichen des Bedürfnisses einer Reform dienen. Zunächst steht auch hier die Lohnfrage im Vordergrunde.

In Oesterreich erhalten die Landhebammen durchschnittlich 120—200 Kronen nebst 4—10 Kronen pro Geburt extra. Eine staatliche Unterstützungskasse für invalide und alte Hebammen gibt es nicht, daher sind 16% über 60 Jahre alt und noch in Tätigkeit. Führung eines Tagebuches ist für sie obligatorisch, so wie jährliche Revision und Prüfung durch den Kreisarzt. — In Württemberg ist die Altersrente so reguliert, dass der Staat die Hälfte des von der Gemeinde gewährten Zuschusses leistet. Der Betrag ist aber nicht fest normiert, sondern hängt von der Willkür derselben ab. — In den Thüringenschen Staaten ist die Hebammenfrage noch ganz ungeregelt. — In der Schweiz hat nur der Kanton Thurgau eine vollständige Regelung des Hebammenwesens durchgeführt, wonach mit dem 65. Lebensjahr Pensionierung eintritt, und zwar beträgt die Altersrente die Hälfte des bezogenen Gehaltes im Betrage von 150 Fr. — In den Preussischen Provinzen haben viele Kreise selb-

ständig die Frage der Altersversorgung statuarisch geregelt, in vielen anderen dagegen fehlt es daran. — Am besten stehen die Verhältnisse für die Hebammen im Königreich Sachsen. Die Pensionierung hat der Staat übernommen und gewährt durchschnittlich 250—300 M. vom 65. Lebensjahr an. — Das Hebammenwesen ist ferner im Gebiete der freien Hansastadt Lübeck durch das Gesetz vom Jahre 1905 betreffend die Altersunterstützung geregelt. Jede Hebamme, die mit 65 Jahren in den Ruhestand tritt und wenigstens 10 Jahre im Lübeckischen prakticiert hat, hat Anspruch auf eine jährliche Unterstützung von 350 M., für jedes folgende Dienstjahr 5 M. mehr bis zum Höchstbetrage von 450 M. — Die Unterstützungen werden beschafft: 1) aus den Beiträgen der Hebammen, die von jeder Geburt 60 Pf. beisteuern müssen, 2) aus dem vom Staat zu gewährenden Zuschuss. Die übrigen Hansastädte sind eben im Begriff, diese Methode auch bei sich einzuführen. — In Schweden besteht eine private Armenkasse für Hebammen, wozu eine jede 2 Kr. beisteuert. — In Dänemark erhalten die Gebietshebammen an Gage 150 Kr. nebst Wohnung, Beheizung und Gartenland und nach 10-jähriger Dienstzeit eine Alterszulage von 40 Kr.

Aus diesen Daten erhellt, dass die Hebammen auch im Auslande nicht überall auf Rosen gebettet sind und vielfach zwecks Aufbesserung ihres Loses zur Selbsthilfe greifen müssen, eben weil auch dort vergebens vom Staate Rettung zu erwarten ist. — — Was sollen wir nun tun? — Ich möchte den Herren folgende Vorschläge zur Prüfung unterbreiten: Erstens: um das Bildungsniveau unserer Hebammen zu heben, ist es vor allen Dingen nötig, besser vorgebildete Frauen zu diesem Beruf heranzuziehen und in die Lehranstalten zu schicken. Wir dürfen uns nicht mehr begnügen mit den Kenntnissen, wie sie bisher verlangt wurden: notdürftig lesen und schreiben können, sondern müssen jede sich Meldende einem strengen Examen unterwerfen. Ueber das Programm müssten sich Kreisärzte und Hebammenlehrer vorher einigen. Letzteren muss anheimgestellt werden, unbrauchbare Schülerinnen nach einigen Wochen Probeunterricht nach Hause zu schicken. Man wende mir nicht ein, dass gebildete Frauen dazu nicht zu haben seien, weil es sich nicht lohne, für das von den Gemeinden gewährte Hungerbrot einen so schweren Beruf zu wählen. Dem könnte ich erwidern, die Gemeinden wären mit ihren Zahlungen weniger sparsam, wenn man ihnen auch wertvollere Hebammen geben würde. Diese beiden Umstände bedingen sich gegenseitig. Aber irgendwo muss der Zauberring einmal durchbrochen werden, und so wollen wir den Anfang machen und bessere Hebammen ins Land schicken. Das Uebrige macht sich dann von selbst. Ich meine, die gebildetere wird sich nicht ausbeuten lassen, und die Gemeinden werden mehr zahlen müssen, um nicht ohne Hebammen zu bleiben. Dazu gehört freilich auch mehr Standesbewusstsein und Solidarität unter den Bewerberinnen um den Posten einer Gemeindehebamme. Wenn sie sich nicht gegenseitig unterbieten, sondern in dieser Beziehung zusammenhalten, haben wir gewonnenes Spiel. 150 Rbl. Fixum nebst freier Wohnung und Beheizung wäre das Minimum. Ausserdem müsste die Hebamme für jede Geburt wenigstens 1 Rbl. Honorar zu beanspruchen berechtigt sein gleich den Colleginnen im Auslande. Zweitens muss unbedingt eine Altersversorgungskasse gegründet und eine jede Hebamme verpflichtet werden, beizutreten. Von jeder Geburt könnte sie einen bestimmten Teil des Extrahonorars, sagen wir 20 Kop., als Jahresbeitrag abgeben. Drittens: Um die tätigen Hebammen auf dem Laufenden zu erhalten, sie das Erlernte nicht vergessen zu lassen, muss notwendig eine strengere Controlle über sie eingeführt werden, indem der Kreisarzt sie alle 3 Jahre einer Prüfung unterwirft und das Instrumentarium revidiert. Bei schlecht bestandenem Examen müsste sie an der Hebammenschule einen Wiederholungscursus durchmachen. Viertens: Von grossem Nutzen wäre die Einführung von Tagebüchern, wo die Hebamme jede Geburt genau verzeichnen müsste. Diese Massnahme würde sie einerseits zwingen, den Geburtsvorgang genau zu beobachten, und wir würden andererseits endlich zu einer Geburt- und Wochenbettstatistik gelangen, die uns bis jetzt fehlt.

Vor einigen Jahren bemühte sich College Raphael bei der kurländischen Ritterschaft um Subvention für eine zu gründende Hebammenzeitung, aber vergebens. Vielleicht würde ein ähnlicher Versuch heute von mehr Erfolg gekrönt sein. Ueber den Nutzen eines derartigen Blattes sind ja weiter keine Worte zu verlieren. Das Lehrbuch nimmt die Hebamme sehr ungern zur Hand; sie ist froh, es einmal losgeworden zu sein. Aber eine periodisch erscheinende Zeitschrift würde jede schon aus Neugier durchlesen und so Belehrung und Anregung daraus schöpfen. Mitarbeiter würden sich schon finden. Es ist wiederum der Geldpunkt, der dem Unternehmen im Wege steht.

Bevor ich schliesse, will ich noch einer Einrichtung Erwähnung tun, deren Existenzberechtigung ich nicht anerkenne. Das ist das Amt unserer Kreishebamme. Ich bin schon 12 Jahre Kreisarzt und mir ist noch kein Fall bekannt, wo eine Kreishebamme nötig gewesen wäre. Im Auslande kennt man einen solchen Posten nicht. Statt dessen sind dort sogenannte Gemeindeschwestern eingebürgert, Diakonissinnen, die bei schwer Kranken in der Gemeinde zur Pflege bereit stehen. Es wäre sehr zweckmässig, wenn man die Stelle unserer Kreishebamme eingehen liesse und diese mit derselben Kronsgage, aber mit der Aufgabe der Krankenpflege anstellte. Besonders schlimm dran sind unsere kranken Wöchnerinnen auf dem Lande. Die Hebamme darf sie nicht pflegen, hat sie bald verlassen, der Arzt wohnt oft weit und kann sie nur selten besuchen. Nun liegt die arme Person da in ihrer Unsauberkeit und ihrem Fieber ohne sachgemässe Pflege. Wieviel es gerade bei dieser Krankheit auf letztere ankommt, wissen wir. Hier könnte eine Kreispflegerin von grösstem Segen und Nutzen sein, wenn bei jedem Fall von Puerperalfieber der behandelnde Arzt oder die Hebamme dem Kreisarzt die Sache meldet und um die Zusendung der Pflegerin bittet.

Sie sehen, meine Herren, es gibt da vollauf zu tun, wenn wir wirklich etwas erreichen wollen. Um aber alle diese Fragen in einheitlichem Sinne zu lösen, möchte ich vorschlagen, ähnlich den deutschen Aerzten einen Verein zur Förderung des Hebammenwesens zu gründen. Einer unserer Specialisten für Geburtshilfe oder ein Hebammenlehrer könnte das Präsidium übernehmen und jeden Collegen, der sich für die Sache interessiert, zur gemeinsamen Arbeit auffordern. Nur so können wir hoffen, mit der Zeit einen Hebammenstand in Kurland heranzubilden, der allen Anforderungen der Neuzeit genügt.

Referate.

Prof. Dr. O. Schauman-Helsingfors. Einige Worte über die functionelle Diagnostik, ihre jetzige Bedeutung und ihr künftiges Ziel. Med. Klinik Nr. 7. 1910.

Für die klinische Medicin kann die grundlegende Bedeutung der pathologischen Anatomie nicht in Abrede gestellt werden, aber es gab doch eine Zeit, wo die pathologische Anatomie die praktische Medicin dermassen beherrscht hat, dass gewiss Gefahren für die Weiterentwickelung und Vervollkommnung dieser Disciplin vorzuliegen schienen. Das war die Zeit Rokitanskys. Die pathologische Anatomie solle nach Rokitansky.

als die Grundlage nicht nur des ärztlichen Wissens, sondern auch des ärztlichen Handelns hingestellt werden. Die Folge war, dass eine grosse Anzahl Krankheiten, bei welchen die anatomische Untersuchung ein mehr oder weniger negatives Resultat ergibt, in hohem Grade vernachlässigt und gewissermassen nahezu aus der Pathologie ausgeschaltet wurden. In erster Linie galt das von den nervösen Leiden, aber auch den sogenannten constitutionellen Krankheiten wurde im allgemeinen ein sehr geringes Interesse gewidmet. Diesem exclusiv pathologisch-anatomischen Standpunkte trat schon Virchow entgegen. Man kann vor den anatomischen, morphologischen, histologischen, bakteriologischen Studien noch so hohe Achtung haben, sagte Virchow, allein man kann sie deshalb nicht für die einzig sicheren, für die ausschliesslich giltigen erklären. Viele und grosse Erscheinungen am Körper sind rein functioneller Art. Das anatomische Denken ist an die Seite zu stellen dem physiologischen, wenn man nicht einer verhängnisvollen Einseitigkeit anheimfallen will. In erster Linie sehen wir die functionelle Diagnostik bei vielen Nervenleiden, aber auch bei vielen anderen Leiden kann uns dieselbe bedeutende Dienste leisten.

Die Ehre, die generelle Bedeutung der functionellen Diagnostik für die praktische Medicin und spec. für die Therapie zuerst hervorgehoben zu haben, gebührt O. Rosenbach. Auf der Basis einer energetischen Betrachtungsweise hat er mit nie versagender Consequenz betont, dass das Bestreben des Arztes nicht in erster Linie darauf zielen solle, grobe Gewebsveränderungen festzustellen, sondern dass sein Dichten und Trachten vor allem sein müsse, in chronischen Leiden die ersten Stadien der Krankheit, d. h. die beginnenden Functionsstörungen der erkrankten Teile zu erkennen. Aber obgleich das Resultat, das die Functionsprüfung ergibt, nicht immer so durchsichtig und eindeutig ist, wie es wünschenswert wäre, ist der Nutzen, den uns dieselbe gewährt, nichts destoweniger sehr belangreich. Denn wer will leugnen, dass z. B. die Constatierung von Zucker im Harn von grösster Bedeutung ist, trotzdem wir in diesem Fall nur eine Insufficienz des Organismus, aber nicht eine Insufficienz eines bestimmten Organes diagnosticieren können. Auch das Blut kann in diesem Zusammenhang betrachtet werden, und zwar die biologischen Eigenschaften des Blutserums, die eigentümlichen Processe, die sich zwischen gewissen in demselben vorkommenden Substanzen und besonderen Infectionsstoffen abspielen. Die Bestandteile des Serums, die hierbei wirksam sind, die Agglutine, Präcipitine, Bakteriolysine, Opsonine u. s. w. hat noch kein menschliches Auge geschaut, aber dessen ungeachtet sprechen wir von ihnen als von bekannten Grössen, allein aus ihren Eigenschaften, ihren physiologischen Reactionen auf ihr Vorhandensein schliessend. Auch darüber, wo diese Substanzen sich bilden, besitzen wir keine sicheren Kenntnisse. Ihrem Wesen nach sind die Serumreactionen folglich functioneller Art, obgleich sie bisher angewendet worden sind, um zu ermitteln, ob ein gewisser Mikroorganismus im Körper wirksam ist oder war, also zum Zwecke ätiologischer Diagnostik. Doch liegt auch die Möglichkeit vor, sich ihrer zu rein functionellem Zweck zu bedienen, z. B. um zu ermitteln, eine wie grosse Menge Antikörper das Serum in einem gewissen Augenblick enthält.

Auf die Frage, was ist das Ziel der functionellen Diagnostik? lautet die Antwort: in einem möglichst frühen Stadium das Vorkommen krankhafter Störungen im Organismus aufzudecken, auch bei Leiden mit ganz ausgeprägten physikalischen Symptomen, wie bei Herzklappenfehlern, bei der Magendilatation, bei Diabetes mellitus und sogar bei den Infectionskrankheiten. Die Zeit liegt nicht fern, wo man unter dem Einfluss der grossartigen Triumphe der Bakteriologie vielerorts geneigt war, die ausschlaggebende Bedeutung der Organconstitution fast vollständig zu übersehen. Es dauerte nicht lange, bis diese einseitige Ansicht einen schweren Stoss durch eine Reihe neuer Erfahrungen erhielt, vor allem durch unsere Kenntnis über Bacillenträger. Die Disposition muss für jede Krankheit eine specifische sein. In diesem Sinne ist auch Ehrlichs Postulat zu deuten, wenn er sagt, dass das Toxin mit dem Receptor zusammenpassen soll, wie eine Schraube in eine Mutter oder ein Schlüssel zu einem Schloss.

Nicht nur theoretisch ist es denkbar, dass man mit Hilfe der functionellen Diagnostik das Vorkommen einer constitutionellen Eigentümlichkeit eines Organs oder eines Organsystems nachweisen kann, sondern auch in Wirklichkeit. Zur Begründung dieser Behauptung kann man in erster Linie die alimentäre Glycosurie anführen. Von Interesse ist es nun, dass die zuckerzersetzende Function des Organismus durch äussere schädliche Einflüsse geschwächt werden kann, z. B. durch übermässig reichliches Biertrinken, wie Strümpell dargelegt hat; eine zweckmässig angeordnete Lebensweise kann dem Ausbruch einer wirklichen Glycosurie vorbeugen. Die Verdienste der functionellen Diagnostik hinsichtlich der Erforschung dieser Erscheinungen sind sehr beachtenswert.

Viel zur Lösung dieser Probleme, meint Schauman, werden wir zu erwarten haben von der pharmakologischen Functionsprüfung. So wird von Eppinger und Hess berichtet, dass gewisse Arzneimittel eine elective Reizung der Componenten des visceralen Nervensystems zuwegebringen, wie z. B. Adrenalin auf das sympathische System, Pilocarpin und Physostigmin vorwiegend auf das Vagussystem wirken. Indessen gibt es Personen, an denen man bei gewöhnlichen Pilocarpindosen keine Wirkung sieht, weder Schweiss noch Salivation. Aber bei solchen Individuen—und das hat ein besonderes Interesse—bekommt man mit gewöhnlichen Adrenalindosen einen starken Effect und umgekehrt. Man wird also die Menschen einteilen können in Sympathikotoniker und Vagotoniker.

Wir werden uns also sowohl der anatomischen wie der functionellen Diagnostik bedienen müssen, um unsere Kenntnisse von dem Gegenstand unserer Tätigkeit: «dem gesunden und dem kranken Menschen» zu vermehren und zu vertiefen und so eine möglichst sichere Grundlage für unser Handeln zu schaffen. Denn wir dürfen, sagt Schauman, die Wahrheit und die kräftige Mahnung nicht vergessen, die in den schlichten Worten Bacons liegt: «Niemand möge hoffen, die Natur lenken oder handhaben zu können, wenn er sie nicht gehörig versteht».

S. Unterberger.

Beschorner. Entstehung, Localisation und Erkennung der Lungenspitzentuberculose. Fortschr. d. Med. Nr. 16—17.

Verf. bekennt sich zur Freund-Hartschen Lehre. Die Diagnose der activen Tuberculose, auf die doch im Grunde genommen alles ankommt, darf nie nach einem einzelnen Befunde gemacht werden, sondern sie muss das Product unseres klinischen Denkens sein. Zur Verwertung des Röntgenbildes der Lunge rät Verf. grosse Vorsicht an, da ein eventueller Schatten durchaus nicht beweisend ist für Tuberculose. Die Tuberculinreaction hat nur bedingten Wert und kann für sich allein nicht massgebend sein. Wichtiger als die positive Localreaction ist die negative im Verein mit negativem physikalischen Befunde.

G. Zickgraf. Hämoglobinbestimmungen bei Tuberculösen und Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Chlorose. Fortschr. d. Med. Nr. 19.

An 243 Patientinnen wurden parallele Bestimmungen des Hämoglobingehaltes und der Tuberculinreaction gemacht. Diese Untersuchungen bestätigten die bekannte Tatsache, dass die Tuberculosefälle, bei denen die Chlorose entweder das erste oder eines der ersten Zeichen der tuberculösen Erkrankung ist, in grösserem Procentsatz bei niederen Tuberculindosen reagieren als das Gros der Tuberculoseverdächtigen und dass der Procentsatz der negativen Reactionen ein geringerer ist.

F. Holzinger.

Bücherbesprechungen.

N. Beresnegowsky. Ueber Transplantation der Harnleiter in den Darm. (Aus der chirurg. Klinik von Prof. Tichoff in Tomsk). 261 Seiten. 1908.

In diesem Buch bearbeitet der Verf. das Material aus der Klinik von Tichoff, welches im Ganzen 29 Fälle von Uretertransplantationen umfasst. Auf Grund dieser Fälle und sehr umfangreicher Literaturstudien kommt er zu folgenden Schlüssen: die Transplantation der Ureteren in den Darm muss als ultimum refugium bei Behandlung der Urinincontinenz angesehen werden, wo die einfacheren Methoden versagen, z. B. nach vollständiger Entfernung der Harnblase, bei Ectopie und grossen Vesicovaginalfisteln. Bei Blasenectopie bei Männern ist die Operation von Mayal angezeigt, bei Frauen dagegen die Transplantation einzeln jedes Ureters mit einem kleinen Blasenlappen. Bei Vaginalfisteln ist die Methode von Prof. Tichoff angezeigt, bei welcher der rechte Ureter in das Rectum, der linke in das S Romanum übergepflanzt wird; jedes Trauma des centralen Ureterenendes muss dabei vermieden werden.

Die Methode der Ausschaltung der Darmpartie, in welche die Ureteren überpflanzt sind, ist klinisch wenig ausgearbeitet. Die Ueberpflanzung der Harnleiter in den Darm gibt oft Complicationen von Seiten des Peritoneum und der Nieren. In den geheilten Fällen wird der Sphincter ani mit seiner neuen Aufgabe, den Urin zurückzuhalten, gut fertig. Die Kranken werden wieder arbeitsfähig. Einige Fälle stehen

schon 5—7 Jahre in Beobachtung. Der Charakter der Kranken verbessert sich, die sexuellen Functionen werden wiederhergestellt. Die physiologische Function der überpflanzten Harnleiter unterscheidet sich nicht von der normalen.

Weber.

Rotters typische Operationen. Compendium der chirurgischen Operationslehre. Herausgegeben von Dr. A. Schönwerth. 8. Auflage. Mit 221 Abbildungen und 6 Dringlichkeitsorientierungsbildern. München 1909. Lehmanns Verlag. 371 Seiten. Preis 8 Mark.

Der Umstand, dass diese Operationslehre schon in der achten Auflage erscheint, ist der beste Beweis dafür, dass das Buch den Bedürfnissen des praktischen Arztes, für den es hauptsächlich bestimmt ist, vollständig entspricht. Zu diesem Zwecke sind am Ende des Buches 6 Orientierungsbilder dargestellt, auf welchen in schematischer Weise die für den praktischen Arzt wichtigsten Operationen, wie die Tracheotomie, die Schädeltrepanation, die Oesophagotomie, die Gastrotomie, die Herniotomie und die Herznaht abgebildet werden.

Dr. Schönwerth, der mit der Neuauflage der Rotterschen Operationslehre betraut war, hat nach Möglichkeit die Fortschritte der Chirurgie berücksichtigt, um das Buch auf seiner bisherigen Höhe zu erhalten; deshalb mussten einige Capitel ergänzt und teilweise umgearbeitet werden. Leider sind aber nicht alle Capitel gleichmässig bearbeitet worden; so ist bei der Besprechung der Klumpfussoperationen zum Beispiel nur die Phelpssche Operation erwähnt, die doch von den meisten Chirurgen schon vollständig aufgegeben ist.

Die topographische Anatomie ist mit grosser Liebe behandelt worden, und ist das Buch mit einer grossen Reihe von guten und sehr übersichtlichen Abbildungen versehen.

Weber.

E. v. Hippel: Ueber die Palliativtrepanation bei Stauungspapille. Mit 5 Figuren im Text. 93 Seiten. Leipzig. Verlag v. Engelmann. 1909. Preis M. 3.40.

Verf. kommt auf Grund eigener Beobachtungen und genauer Literaturstudien zu folgenden Schlüssen: als Palliativoperationen haben sowohl diejenigen Operationen zu gelten, bei welchen der vermutete Krankheitsherd im Gehirn nicht entfernt werden kann, als auch die, bei welchen von vornherein nur eine Druckentlastung beabsichtigt war. Die Palliativoperation bringt in der Mehrzahl der Fälle die Stauungspapille zur Rückbildung. Wenn man Erfolg erzielen will, muss frühzeitig operiert werden. Unter den mit Tumorsymptomen Erkrankten ist eine grosse Zahl von Fällen, in denen kein Tumor vorhanden ist (chronischer Hydrocephalus, Pseudotumor, Gehirnschwellung, Meningitis serosa). In diesen Fällen kann die rechtzeitige Operation zur vollständigen Heilung führen, während bei zu später oder unterlassener Operation sonst völlige Heilung aber Erblindung eintreten kann. Die Gefahr dieser Operation ist nicht zu gering anzuschlagen. Die Ophthalmologen, die als erste eine Stauungspapille diagnosticieren, sind besonders berufen, die rechtzeitige Operation zu veranlassen. Die unmittelbare Gefahr des operativen Eingriffes kann durch zweckmässige Technik wesentlich herabgesetzt werden. Dahin sind zu rechnen: Chloroform — nicht Aether, zweizeitige Operation, Kokainisierung der Dura, Vermeidung brüsker Entleerung grosser Liquormengen, sofortiger vollständiger Verschluss der Wunde durch Weichteilnaht, Vermeidung von Hammer und Meissel bei der Eröffnung des Schädels. Bei der beabsichtigten Palliativoperation ist die Trepanation das Normalverfahren; der Knochen soll stets beseitigt und nicht wieder reponiert werden. Osteoplastische Operationen sind durchaus zu verwerfen. Die Beseitigung der Dura ist meistens notwendig. Die Entstehung von Hirnhernien nach der Operation soll nicht bekämpft werden. Die Trepanation kann auch bei Retinitis albuminurina bezw. bei Stauungspapille durch Nephritis sowie bei Urämie Erfolge erzielen. Der Balkenstich (Bramann) sowie die Ventrikeldrainage (Krause, Payr) verfolgen denselben Zweck, wie die Palliativoperation. Ob sie sich als operative Behandlungsmethoden der Stauungspapille jener gleichwertig oder gar überlegen erweisen werden, muss die Zukunft lehren.

Weber.

J. Oldewig: Ein neues Gerät zur Behandlung von Rückgratsverkrümmungen. Berlin. Verlag v. Ed. Trewendts Nachfolg. 26 Abbild. im Text. 51 S. Preis M. 1.80.

Verf. sucht, die verschiedenartigsten Verbiegungen der Wirbelsäule durch Riemen von ungleicher Breite und Länge zu mobilisieren und zu redressieren. Die Riemen werden als Stütze angewandt, um einzelne Muskelgruppen bei Ausführung von Bewegungen in Ruhe zu versetzen, während geschwächte Muskeln geübt und die Antagonisten gedehnt werden. Das Hauptverdienst der Riemenübungen liegt in der Möglichkeit einer genauen Isolierung der einen Krümmung unter Ruhigstellung der Compensationskrümmung. Die Riemen bieten uns ferner im Gegensatz zu den orthopädischen Stütz- und Druckapparaten ein neues Gerät, das eine grösstmögliche Activität des Patienten erzielen lässt. Die Anwendungsweise dieser Riemenmethode wird durch 26 photographische Abbildungen veranschaulicht.

Weber.

Th. Hausmann: Die methodische Intestinalpalpation mittelst der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation. Mit 9 Abbildungen und 2 Tafeln. 152 S. Berlin. Karger. 1910.

Die Methode der palpatorischen Untersuchung der Abdominalorgane, auf die zuerst Glenard und Obraszow ihre Aufmerksamkeit gelenkt haben, ist vom Verf. mit grossem Fleiss und viel Ausdauer ausführlich ausgearbeitet worden, und man muss gestehen, dass die Resultate, die H. bei der Palpation erreicht, ganz grossartige sind.

Die Methode der Palpation hat vor der Röntgenuntersuchung, die in der letzten Zeit immer mehr in Aufnahme kommt, den Vorzug, dass sie von jedem Arzt erlernt und mit Erfolg geübt werden kann, ohne dass dabei complicierte Apparate angewandt zu werden brauchen.

Das Hauptprincip bei der Tastung von Darmteilen ist, dass die tastenden Finger über den Darmcylinder in einer zu seiner Achse queren Richtung hinübergleiten; zu gleicher Zeit wird das Organ an die hintere Bauchwand angedrückt. Durch diese Tiefenpalpation und Gleitpalpation wird eine topographische Palpation ermöglicht, welche es bezweckt, dass ausser Leber, Niere und Milz sämtliche palpable Magendarmteile in ihrer Lage und ihrem Verlauf palpatorisch bestimmt werden: flexura sigmoidea, ileum ascendens, coecum, colon transversum, curvatura major, pylorus. In 12 gut gelungenen photographischen Abbildungen werden die verschiedensten Palpationsmethoden demonstriert.

In einem Abschnitt über die Palpation der Appendix weist der Verfasser darauf hin, dass einige Autoren, die da behaupten die Appendix in 50 pCt. der Fälle palpieren zu können, sich in einem Irrtum befinden, da sie für die Appendix die contrahierte pars coecalis ilei hielten. Verf. konnte, trotz seiner grossen Uebung, nur in 20 pCt. der Fälle die Appendix palpatorisch nachweisen.

In einer Reihe von demonstrativen Krankengeschichten werden die Vorteile klar gelegt, die eine genaue Palpation des Abdomens und besonders der fossa iliaca dextra bei Fällen von Appendicitis larvata zum Beispiel dem Arzte bietet.

Die methodische Palpation des Dickdarms hat nicht nur diagnostischen Wert, sie kann als palpatorische Dickdarmmassage auch therapeutisch verwertet werden.

Jedenfalls kann das Studium dieses Buches allen Aerzten, die sich für feinere Diagnose der Erkrankungen der Abdominalorgane interessieren, aufs wärmste empfohlen werden.

Weber.

Der fünfte internationale Congress für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Der fünfte internationale Congress für Geburtshilfe und Gynäkologie wurde am 9. September in St. Petersburg eröffnet. Am Abend vorher waren die Congressmitglieder in die Stadtduma geladen, wo dieselben vom Stadthaupt Glasunow im festlich geschmückten Saal begrüsst und bewirtet wurden. Eine stattliche Anzahl aus aller Herren Länder war vorhanden, doch wurden viele vermisst, die ihre Beteiligung angekündigt. Deutschland war vertreten durch die Professoren DDr. Bumm (Berlin), Döderlein (München), Sellheim (Tübingen), Strassmann (Berlin), A. Martin (Berlin), Opitz (Düsseldorf), Winter (Königsberg), Füth (Köln), Pankow (Freiburg), Jung (Göttingen), Kroemer (Greifswald). Frankreich war durch Le Filliatre, Rivière, Jayle, Italien durch Mangiagalli und Pestalozza, die Schweiz durch Beuttner, Holland durch van de Velde, England durch Simpson und Routh, die Vereinigten Staaten von Nordamerika durch Davis, Algier durch Abadie, das polnische Comitee durch Neugebauer vertreten. Aus Wien war niemand erschienen, weil der Cholera wegen eine 5 tägige Quarantäne an der russisch-österreichischen Grenze eingerichtet ist. Nur Prof. Kader, früherer Dorpatenser, und Rosner, waren aus Krakau gekommen als

Vertreter dieser Universität. Eine grosse Anzahl von Fachcollegen war aus dem Innern des Reiches angereist, von den deutschen Collegen Bohnstedt aus Kursk und Weidenbaum aus Simferopol. Dagegen waren die russischen Universitäten schwach vertreten: wir bemerkten nur Prof. Michnow aus Jurjew-Dorpat und Muratow aus Kiew, auch die hiesige Militär-medicinische Klinik hatte keinen Repräsentanten delegiert. Von den baltischen Collegen beteiligten sich M. Hörschelmann und R. v. Holst aus Hapsal und G. v. Knorre und Ruth aus Riga.

Donnerstag den 9. September wurde der Congress im Kaiserlichen Hebammeninstitut vom Präsidenten Prof. D. von Ott in feierlicher Weise eröffnet mit einer Ansprache in französischer Sprache, nachdem vorher die Nationalhymne gespielt worden war. Nach einer kurzen Anrede des Stellvertreters des Chefs des Ressorts der Kaiserin Maria, unter deren Protectorat das stattliche und glänzend eingerichtete Institut steht, und des Stadthaupts verlas der Generalsecretär Prof. Sadowski den Bericht. Daran schlossen sich Begrüssungen der verschiedenen Universitäten, gelehrten Gesellschaften, Akademien etc. Im Ganzen überbrachten 22 Herren ihre Glückwünsche aus Russland, England, Deutschland, Frankreich, Bulgarien, Holland, Schweiz, Nordamerika, Mexico, Italien etc. Mit viel Applaus wurde der Vertreter Italiens, Mangiagalli, überschüttet, als dieser seine Begrüssungsrede in russischer Sprache—der Einzige von den Ausländern—vorlas. Nach kurzer Erholung begann um 3 Uhr die erste wissenschaftliche Sitzung, die mit einer in französischer Sprache gehaltenen Rede von Prof. Mangiagalli (Mailand) über die Behandlung inoperabler Uteruscarcinome eröffnet wurde. M. sprach von der Opotherapie, Fermenttherapie, Bakteriotherapie, Vaccino- und Serotherapie des Uteruskrebses. Daran schloss sich ein kurzer Bericht von Stricker (Berlin) über die «Radiofermenttherapie». Die günstige Wirkung des Fermentes lässt sich steigern durch eine Verbindung mit Radium. Das zweckmässigste Vehikel ist die Pflanzenkohle. Die folgenden Vorträge und kurzen Mitteilungen bezogen sich alle auf dasselbe Thema, den inoperablen Uteruskrebs.

Frl. Lurje (Petersburg) berichtete über die Wirkung des Radiums, der X-Strahlen und der Fulguration auf den Mäusekrebs und Frau Ulesko-Stroganowa lieferte einen Beitrag zum Studium des frühen Eingriffes bei der Behandlung des Gebärmutterkrebses. Nachdem Opitz (Düsseldorf) über eine von ihm angewandte Serumbehandlung (Serum von Tieren, deren Carcinombrei in die Peritonealhöhle eingespritzt war) berichtet, begannen die Discussionen. Opitz hat bei der Fulguration schlechte Resultate und den Eindruck gehabt, dass durch Fulguration behandelte Pat. noch rascher zu Grunde gehen. Auch die Acetonbehandlung hat er aufgegeben. Dagegen hat O. in letzter Zeit die Jodquecksilberbehandlung angewandt: Jodkali wird innerlich gegeben und Calomel auf die gereinigte Carcinomfläche gestreut. Strassmann (Berlin) sprach über die Behandlung mit dem Ferrum candens, dem Paquelin und Elektrokauter. Am tiefsten wirkt das glühende Eisen, mit dem man eine «Verkohlung» des Gewebes herbeiführen soll. Ist das danach gebildete Narbengewebe tief genug, so hält die Wirkung auf $^1/_2$—$^3/_4$ Jahr vor. Sellheim (Tübingen) demonstrierte das Uteruscarcinom an einigen Wandtafeln. Leider fehlten mehrere Redner, die Vorträge angekündigt hatten.

Der zweite Congresstag war der Besprechung des Kaiserschnittes gewidmet und wurde mit einem Vortrag von Bumm eingeleitet. Bumm besprach die Vorzüge und Nachteile des intraperitonealen und extraperitonealen Kaiserschnittes. Aseptische, «unberührte» Fälle kann man operieren, wie man will, für fiebernde Frauen mit septischem Genitalcanal ist bis jetzt eine völlig lebenssichere Operationsmethode des Kaiserschnittes nicht gefunden. Der suprasymphysäre Kaiserschnitt hat grosse Gefahren, die Technik ist eine schwierigere, die Nebenverletzungen, besonders der Blase, sind häufiger und die Entwickelung der Frucht eine schwierige, daher die Mortalität eine höhere. Bumm bekennt sich als Anhänger des Standpunktes: das Leben der Mutter ist höher zu stellen als das des Kindes und stellt sich in Opposition zu denjenigen, welche das Leben des Kindes dem des mütterlichen gleich oder gar noch höher stellen. Daher macht er im gegebenen Fall Gebrauch von der Perforation. Pestallozza (Rom) berichtet über 109 Kaiserschnitte. Pestallozza ist derselben Ansicht, wie Bumm: der classische Kaiserschnitt ist die vorzuziehende Methode bei aseptischen Fällen, die extraperitoneale ist sicherer bei inficierten. Das gleiche Thema behandeln Routh, Davis, Doederlein, Opitz und Pankow. Bei der Discussion beteiligten sich Cholmogorow, Sellheim, Fraenkel und Morawski.

Es erübrigt noch in wenigen Worten der Ausstellung Erwähnung zu tun, welche zur Zeit des Congresses stattfand. In der unteren Etage des Congresslocals hatte eine Reihe von in- und ausländischen Exponenten ihre Sehenswürdigkeiten ausgestellt. Am meisten waren Instrumente, Operationstische verschiedener Construction, Sterilisationsapparate und alle möglichen elektrischen Apparate ausgestellt von Stille (Stockholm), Windler (Berlin—Petersburg), Schaplygin (Petersburg), Firma Sanitas (Berlin) und Wolf (Berlin). Aus- und inländische Firmen hatten ihre Präparate in schmucken Schränken ausgestellt. Hier waren das organotherapeutische Institut von Poehl (Mammin, Ovarin, Hypophysin, Thyreoidin, Spermin etc.), alsdann Parke-Davis, Allen und Hanburys (London), Knoll etc. vertreten. Die Buchhandlung Ricker hatte eine grosse Anzahl von aus- und inländischen Werken auf unserem Specialgebiet ausgestellt. Endlich gab es in grosser Anzahl Photographien, Photogravüren, Modelle und pathologische Präparate zu sehen. Sehr demonstrativ ist das Martinsche Becken, ein vorzüglich gearbeitetes Modell, das die anatomischen Verhältnisse des weiblichen Beckens veranschaulicht. Endlich wären die künstlerisch dargestellten Präparate nach der Methode von Stud. Wassiljew zu erwähnen.

(Fortsetzung in der nächsten Nummer.)

Lingen.

Auszüge aus den Protocollen der Dorpater Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung am 11. December 1909.

Anwesend 11 Mitglieder und Ehrenmitglieder, sowie 2 Gäste.

Präses: Meyer. Schriftführer: Riemschneider.

Bresowsky demonstriert einen Patienten mit amnestischer Aphasie und rechtsseitiger Hemianopsie. Pat., der sich jetzt in wesentlicher Besserung befindet, hat vor 2 Monaten eine leichte Hemiplegie erlitten, die infolge von Embolie eingetreten ist (Pat. hat einen schweren Herzklappenfehler). Der geschädigte Bezirk ist links in der Tiefe des Gyrus angularis vorauszusetzen, unterbrochen ist links die Sehstrahlung, die aphasischen Erscheinungen, die sich allmählich bessern, dürften auf eine indirecte Schädigung zurückzuführen sein. Die verstopfte Arterie ist mutmasslich ein Ast der Art. cerebri posterior.

(Autoreferat).

Adelheim hält seinen angekündigten Vortrag «über Pankreascysten». (Erscheint in der Petersb. Med. Wochenschr.).

Truhart und Adelheim demonstrieren eine Anzahl von Präparaten.

Discussion:

Prof. v. Zoege: der Begriff des Ausdruckes Cyste ist bei Pankreaserkrankungen nicht genügend umgrenzt, in der Nomenclatur kommt es ja allerdings nur auf die Gleichartigkeit der Begriffe an. Den vorliegenden Fall hält er für eine hämorrhagische Cyste.

Adelheim kann sich nicht vorstellen, dass durch Beschädigung eines Gefässes eine Cyste von solchen Dimensionen zustande kommen kann.

v. Zoege hat bei seiner Bemerkung nicht an traumatische Läsionen gedacht sondern an apoplectische, die Blutung kann dabei eine colossale sein. Apoplectische Cysten sind häufig.

Adelheim meint, der Beginn müsste dann ein acuter sein, dass sei hier — seines Wissens — nicht der Fall.

Truhart: in der Nomenclatur findet sich viel Unklarheit und Wirrwarr; Adelheim hat in beistimmenswerter Weise einen einheitlichen Standpunkt, den pathologisch-anatomischen eingenommen. Die Classification der Pankreaserkrankungen verlangt schon allein wegen ihres Formenreichtums eine Sonderstellung und lässt sich derjenigen der Erkrankungen anderer Organe nicht wohl gleichstellen, die Gründe dafür liegen in den besonderen Eigenschaften des Pankreas: 1) der grossen Vulnerabilität, 2) der Ausdehnungsfähigkeit durch Elasticität der Kapsel, 3) der grossen Resorptionsfähigkeit des Organs — Lazarus hat durch Injection das lebende Pankreas auf das Fünffache seines normalen Volums ausgedehnt, die Resorption ging in $^1/_4$ Stunde vor sich, Extravasate werden also auch sehr schnell resorbiert.

Die Pankreascysten kann man in zwei Gruppen teilen: 1) Ektasien des Gangsystems (ranula pancreatica — Virchow, acne pancreatica — Klebs), dieses sind die eigentlichen Retentionscysten, sie bleiben stets klein, werden klinisch nicht erkannt und chirurgisch nicht behandelt. 2) Cystoide Gebilde. Apoplectische Cysten sind, wie Prof. v. Zoege bemerkte, häufig, sie erreichen eine besondere Grösse. In dem Inhalt solcher Cysten wird Trypsin von vorne herein sehr selten gefunden, nach einiger Zeit aber, beispielsweise nach

einer vorausgegangenen Incision der Cyste lassen sich alle 3 Fermente in dem später aus der — oft äusserst langwierigen — Fistel fliessenden Secret nachweisen. Diese Erscheinung hat ihren Grund darin, dass zwar das gesunde Pankreasgewebe gegen Selbstverdauung gefeit ist, falls es aber zu einer Alteration der Pankreasgefässe und dementsprechend zu einer Hämorrhagie gekommen ist, so entwickelt sich um die stattgehabte Blutung reactiv eine Bindegewebskapsel. Das späterhin nachsickernde Secret des Pankreas zerfrisst fistelartig die Basis der Cyste und gelangt so in die Cystenhöhle und nun findet sich Trypsin in der Cyste vor. Schon 1902 hat Truhart darauf hingewiesen, dass Paltauf, Subbotik, Lissner, Bölke, Hippel und einzelne Andere an der Basis der Cysten derartige, nicht etwa mit neugebildeten ductuli pancreatici zu verwechselnde, schleimhaut- und epithellose Fistelgänge haben nachweisen können. Es ist daher von höchstem Interesse, dass soeben Visentini in Padua eine derartige Fistelbildung im Tierexperiment hat nachweisen können. Er unterband zu diesem Zweck bei Hunden die beiden Ausführungsgänge der Drüse doppelt an ihrer Mündung ins Duodenum, durchschnitt sie zwischen den Ligaturen und controllierte durch Injection von karmingefärbter Flüssigkeit in das Ende des Ausführungsganges in der cauda die effectiv durch das Experiment herbeigeführte Impermeabilität. Während ein Teil der Hunde jäh an Pankreashämorrhagie und Fettgewebsnekrose zu Grunde ging, erholte sich eine andere Anzahl von Hunden nach vorübergehendem Unwohlsein vollständig, die schliessliche Section bei diesen letzteren ergab, dass der Pankreassaft (Trypsin) sich auf dem Wege der Fistelbildung durch das Gewebe der Ligaturnarbe hindurch den künstlichen Weg in den Darm verschafft hatte, dass mithin das Secret seinen normalen Abfluss hatte, während bei den anderen an Fettgewebsnekrose gestorbenen Tieren der Pankreassaft durch die gebildeten Fisteln direct in die Bauchhöhle geflossen war.

Hämorrhagische Cysten sind sehr häufig, das Blut wird aber meist rasch resorbiert, indessen kann sich eine reactive Entzündung und Kapsel bilden, dann kommt durch sich wiederholende Blutungen eine grössere Cyste zustande.

Nach verbreiteter Anschauung soll die Cholelithiasis zufolge der durch sie vermittelten eingeschlüpften Infectionskeime eine grosse Rolle bei der Entstehung von interstitieller Pankreatitis und von Cystenbildung spielen; Redner hat in seiner Statistik unter 499 Fällen von Cysten nur 12 Fälle, wo Verlegung des ductus resp. der ampulla Vateri durch comprimierende Gallensteine stattfand. Auch Cystenbildung bei lithiasis pancreatica ist selten.

Mesenterialcysten erreichen, soviel Redner weiss, nie die Grösse wie Pankreascysten, sind ausserdem zum Unterschied von diesen leicht beweglich. Was die gleichfalls retroperitoneal gelegenen Lymph- und Chyluscysten betrifft, so sind diese nur sehr klein, sie gehören zu den denkbar grössten Seltenheiten, Redner hat jahrelang nach ihnen gefahndet und nur 4 Fälle gefunden und zwar bei Kilian, Schorlemer, Naruth und Hippel.

v. Zoege hat bei einem Kinde doch eine mannskopfgrosse Mesenterialcyste entfernt. Im Allgemeinen ist klinisch ein Unterschied allerdings leicht zu machen. — Die Blutcyste hat keine eigentliche Wand, diese besteht nur aus neugebildetem Bindegewebe wie im vorliegenden Fall.

Eine einheitliche Einteilung gibt es nicht. Das ätiologische Moment muss schliesslich doch die Basis für eine solche gegeben; die Aetiologie bildet das Ziel, das pathologisch-anatomische Einteilungsprincip nur einen Weg.

Adelheim demonstriert an seinem Präparat eine Ektasie des Ganges.

Dehio verliest die Krankengeschichte im Auszuge: «Patientin 60 a. n. Seit Jahrzehnten besteht Husten und Verstopfung, sonst ist sie nicht krank gewesen. Vor 6 Monaten Anfall von heftigen krampfartigen Schmerzen. Seither 5 Anfälle, beim letzten sehr heftige Schmerzen, dabei plötzliches Anschwellen des Leibes in kürzester Zeit. Nach einiger Zeit Nachlassen der Beschwerden. Stat. praes: Abdomen stark vergrössert, seitlich tympanitischer Schall, in der Mitte derselbe dumpf, keine deutliche Fluctuation. — Der Leib bleibt auch später prall gespannt. Die gynäkologische Exploration gibt keinen Aufschluss. Später sehr intensive Schmerzen, peritonitische Erscheinungen. Die bei einer Punction gewonnene bräunliche trübe Flüssigkeit gibt die Exsudatreaction (Moritz). Drei Tage später exitus».

Aus der Anamnese ergibt sich plözliche Entstehung während eines Schmerzanfalls, also wohl Apoplexie, welche ihrerseits wahrscheinlich durch die Gefässerkrankung (Arteriosclerose) hervorgerufen wurde. Es handelt sich daher um eine apoplectische Cyste mit wahrscheinlich mehreren Hämorrhagien.

Adelheim: eine 6-monatliche Erkrankung kann derartige Bindegewebsstränge nicht liefern wie sie sich hier fanden.

v. Zoege widerspricht dem: 6 Monate sind hinreichende Zeit, um solche Stränge zu bilden, auch die Wandpräparate sprechen für Apoplexie, in der Umgebung von Gefässen der Wand finden sich Hämorrhagien (Redner hat in dem einen Präparat ein kleines noch reactionsloses Blutextravasat gefunden).

Dehio: wenn eine derartige Cyste wächst und das umgebende Gewebe auseinanderzieht, so können — bevor sich reactive Entzündung etabliert — varikös sich vorbauchende Gefässe in die Cyste hinein bluten.

Truhart: die Epikrise ist ganz klar: 60-jährige Frau, Arteriosclerose, Angriffspunkt für das Trypsin geboten in den Blutungen, diese Blutungen wiederholten sich mehrfach, was durch die Kolikanfälle klinisch sich zu erkennen gab. Auch die Obstipation spricht dafür. Die Adhäsionen sind ganz typisch (sie kommen auch bei chronischer Pankreatitis vor), es sind peripankreatische Reizerscheinungen, teils durch austretenden Pankreassaft, teils durch Zerrung, teils durch Transsudation zustande gekommen.

Kusow fragt, ob an den ausliegenden Präparaten sich arteriosclerotische Erscheinungen feststellen lassen.

Schirokogorow: Die Entstehung der Pankreascysten ist eine Frage, die noch lange nicht entschieden ist. Er glaubt, dass man die Analogie mit Nierencysten heranziehen könne; es ist bisher noch unentschieden, ob Nierencysten angeboren oder erworben sind, wenigstens gibt es eine Anzahl von Autoren, die nur angeborene Nierencysten anerkennen. Redner ist der Ansicht, dass in vorliegendem Fall die Cyste durch Hämorrhagie in eine schon früher vorhandene, durch chronisch-entzündlichen Zustand entstandene Cyste sich gebildet hat. — Stränge wie diese können sich in 6 Monaten wohl bilden.

v. Zoege: die Frage der Nierencysten war einmal soweit entschieden, dass z. B. Thoma u. A. die angeborenen von den erworbenen Nierencysten scharf schieden. Bezüglich der Pankreascysten hält er die pathologisch-anatomische Einteilung für nicht erschöpfend, da, wie schon erwähnt, die ätiologische Einteilung einzig und allein unsere Kenntnisse erweitert und die Mittel für die Therapie an die Hand gibt. Die Retentionscysten sind für den Chirurgen uninteressant, wie schon gesagt wurde, er sieht ja immer nur traumatische, apoplectische Cysten und Cystome. — Es ist doch unerfindlich, warum eine apoplectische Blutung leichter in eine Dilatationscyste mit doch relativ dicken Wandungen erfolgen soll als ins Gewebe des Pankreas hinein.

Truhart: bei experimentell erzeugten chronischen Pankreatitiden hat man Gangektasien, aber keine Hämatome gefunden, nur ein einziges Mal hat Lazarus ein ganz kleines gesehen, in Redners Statistik unter 1400 Fällen von chronischer Entzündung kein einziges Mal.

Adelheim: es kommen doch in der Leber bei chronischer Entzündung Cysten vor, welche recht grosse Dimensionen annehmen können und in welche hinein auch secundäre Blutungen stattfinden können.

Truhart: wohl Ektasien des Gangsystems, aber keine grossen Cystome.

Secretär: Riemschneider.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der VI. Estländische Aerztetag findet am 6., 7. und 8. November d. J. in Reval statt. Anmeldung von Vorträgen bis zum 10. October beim Präses Dr. von Wistinghausen, Reval, Grosse Rosenkranzstrasse 11.

— Der 2. Congress der russischen Laryngologen und Otologen findet am 26.—30. December d. J. in Moskau statt. Programmfragen: 1) Adenoide Vegetationen. Indicationen zur Operation und Operationsmethoden, Complicationen und Zufälligkeiten bei der Exstirpation. Referent Prof. W. Nikitin. 2) Die Erkrankungen des Ohres im frühen Kindesalter. Referent Priv.-Doc. Baron A. Spengler. Anmeldungen von Vorträgen über andere Fragen der Oto- und Laryngologie sind nicht später als bis zum 1. December an das Bureau des 2. Congresses zu richten: Moskau, Wosdwishenka, Scheremetewskij Pereulok 2, W. 57.

— Die 9. Internationale Conferenz zur Bekämpfung der Tuberculose findet am 5.—8. October d. J. in Brüssel statt.

— Hochschulnachrichten.

Charkow. Zum Dekan der medicinischen Facultät ist an Stelle des zurückgetretenen Prof. Tschirikow Prof. Korschun gewählt worden.

Graz. Dr. F. Pregl, a. o. Prof. der Physiologischen Chemie, ist zum ord. Prof. in Innsbruck ernannt.

Wien. Prof. Dr. Tandler ist als Nachfolger Zuckerkandls zum o. Prof. der Anatomie ernannt.

— **Die Cholera in Russland.**

	Erkrankt und gestorben vom 29. Aug. bis zum 4. Sept.		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	339	(136)	3745	(1365)	7. Juni
» Kronstadt	7	(6)	228	(124)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	54	(31)	516	(251)	24. Juni
Stadt Archangelsk	1	(1)	2	(1)	10. »
Gouv. Olonez	1	(1)	12	(7)	7. Aug.
» Wologda	9	(8)	362	(197)	5. Juli
» Livland	17	(10)	27	(15)	14. »
» Kurland	1	(1)	2	(2)	25. Aug.
» Pskow	—	(—)	21	(8)	6. Juni
» Nowgorod			395	(184)	7. Juli
» Minsk	34	(12)	1334	(463)	18. Mai
» Mogilew	6	(4)	637	(289)	14. »
» Witebsk	40	(16)	164	(52)	21. April
» Smolensk	35	(13)	184	(102)	10. Juli
» Podolien	165	(77)	913	(412)	21. Juni
» Wolynien			163	(94)	10. »
» Kiew	353	(132)	4651	(1807)	3. Mai
» Tschernigow	44	(13)	1491	(577)	13. »
» Poltawa	38	(25)	3135	(1269)	9. »
» Charkow	28	(8)	6756	(3477)	8. »
» Orel	10	(4)	882	(402)	1. Juli
» Kursk	87	(32)	4348	(1919)	28. Mai
» Woronesh	148	(53)	8509	(4175)	27. »
» Tambow	167	(91)	4698	(2172)	29. »
» Pensa			1735	(792)	27. Juni
» Kaluga			208	(106)	1. Juli
» Tula			309	(139)	11. Juni
» Rjasan	53	(34)	2147	(915)	19. »
» Wladimir	18	(14)	447	(237)	6. Juli
» Moskau	20	(7)	192	(84)	15. Juni
» Twer	2	(1)	36	(15)	6. Juli
» Jaroslaw	20	(10)	1218	(630)	27. Juni
» Kostroma	40	(16)	3462	(1555)	27. »
» Nishnij Nowgorod	37	(17)	2285	(997)	24. »
» Kasan	5	(5)	3247	(1433)	19. »
» Ssimbirsk	217	(91)	3274	(1554)	10. »
» Ssamara	522	(302)	13242	(5999)	9. »
» Ssaratow	203	(95)	5500	(2245)	7. »
» Astrachan	40	(15)	1795	(793)	15. »
» Stawropol	29	(14)	9308	(4851)	3. »
» Perm	16	(5)	696	(257)	3. Juli
» Wjatka	11	(4)	404	(191)	26. Juni
» Ufa			1630	(866)	29. »
» Orenburg	281	(136)	2626	(1247)	4. Juli
Turgai-Gebiet	5	(—)	138	(72)	13. »
Ural-Gebiet	22	(16)	266	(148)	30. »
Gouv. Jekaterinoslaw	127	(77)	18578	(8519)	10. Jan.
» Taurien	28	(20)	4617	(2323)	7. Mai
Stadt Ssewastopol	—	(1)	77	(45)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	5	(5)	603	(273)	14. Mai
Gebiet der Donkosaken	235	(73)	21479	(9832)	21. »
Gouv. Bessarabien	22	(6)	103	(51)	17. Juni
Stadt Odessa	19	(13)	567	(313)	27. Mai
» Nikolajew			336	(141)	4. Juni
Gouv. Cherson	138	(56)	9210	(4015)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	1	(1)	632	(230)	4. Juni
Kuban-Gebiet	125	(68)	23352	(12041)	26. Mai
Terek-Gebiet	34	(10)	4113	(1757)	28. »
Stadt Baku	27	(17)	1233	(520)	4. Juni
Gouv. Baku	33	(17)	1378	(731)	19. April
» Tiflis	60	(16)	1839	(684)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	131	(66)	1428	(706)	29. »
Gouv. Kutais	23	(19)	417	(188)	25. »
» Jelisawetpol	20	(14)	55	(38)	4. Juli
» Erivan	67	(42)	1018	(582)	8. »
Kars-Gebiet	69	(33)	1201	(572)	22. Juni
Transkaspi-Gebiet			234	(152)	19. »
Ssyr-Darja-Gebiet	24	(14)	99	(52)	13. Juli
Gouv. Tomsk	36	(19)	239	(88)	8. Juni
» Tobolsk			183	(68)	9. Juli
Transbaikal-Gebiet	4	(2)	19	(10)	24. Aug.
Amur-Gebiet	13	(9)	13	(9)	29. »
Akmolinsk-Gebiet	46	(17)	682	(269)	23. Juli
Semipalatinsk-Gebiet			28	(17)	6. Aug.
Finnland	—	(—)	3	(—)	22. Juli
Im Ganzen	4412	(2071)	191076	(88716)	

— Cholera. Deutsches Reich. In Marienburg erkrankten 10 Personen an der Cholera und starben 4. Am 10. September erkrankte in Kopitz (Königreich Sachsen) 1 Arbeiter an der Cholera. — Oesterreich-Ungarn. In Wien erkrankten 4 Personen und starb 1. — Ungarn. In 14 Gemeinden sind 15 Choleraerkrankungen festgestellt. — Italien. In der Provinz Apulien. Vom 28. August bis zum 15. September erkrankten 137 und starben 97 Personen. — Rumänien. In Galatz starb 1 Person an der Cholera. — Türkei. In Erzerum und Umgegend fanden von 22. bis zum 29. August 21 Erkrankungen und 13 Todesfälle statt. — Britisch-Indien. Vom 31. Juli bis zum 6. August starben in Kalkutta 6 Personen. — Straits Settlements. In Singapore erkrankten vom 14. Juli bis zum 3. August 32 Personen und starben 29; in der Provinz Wellesley erkrankten vom 25. Juli bis zum 3. August 17 und starben 6. — Niederländisch Indien. In Soerabaya und Umgegend fanden vom 17. bis zum 23. Juli 8 Erkrankungen und 4 Todesfälle statt. — Philippinen. Vom 3. Juli bis zum 1. August fanden in Manila 65 Erkrankungen und 49 Todesfälle statt, in den Provinzen 2673 Erkrankungen und 1877 Todesfälle.

— Die Pest in Odessa. Am 5. September 2 Erkrankungen, am 7. September keine Erkrankung, am 8. September 1 Erkrankung. Am 9. und 11. September keine Erkrankung und kein Todesfall. Am 10. Sept. 1 Erkrankung. — Es soll ein Fall von Lungenpest mit tötlichem Ausgang vorgekommen sein.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 31. Juli bis zum 6. August wurden 1082 Erkrankungen und 710 Todesfälle an der Pest gemeldet. — Honkong. Vom 24. bis zum 30. Juli erkrankten in Victoria 3 Chinesen und starben 3, vom 31. Juli bis zum 6. August fand in der Kolonie 1 Erkrankung mit tötlichem Ausgang statt. — Aegypten. Vom 27. August bis zum 2. September fanden 2 Erkrankungen und 1 Todesfall statt. — Venezuela. Am 13. August fand in Caracas 1 Erkrankung mit tötlichem Ausgang statt. — Chile. Vom 1. Januar bis zum 1. Juni fanden im nördlichen Chile 285 Erkrankungen und 91 Todesfälle statt. — Peru. In der Umgegend von Lima sollen im Laufe des August mehrere Pesterkrankungen beobachtet worden sein, darunter auch in dem Hafen Pacasmayo.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 22. bis zum 28. Aug. 1910 660 Personen. Darunter an Typh. abdom. 27, Typh. exanth. 0, Febris recurrens 2, Pocken 14, Windpocken 4, Masern 27, Scharlach 56, Diphtherie 41, Cholera 272, acut. Magen-Darmkatarrh 177, an anderen Infectionskrankheiten 40.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 713 + 43 Totgeborene + 60 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 9, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 5, Masern 8, Scharlach 16, Diphtherie 4, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 12, katarrhalische Pneumonie 53, Erysipelas 8, Influenza 3, Hydrophobia 1, Pyämie und Septicaemie 5, Febris puerperalis 5, Tuberculose der Lungen 75, Tuberculose anderer Organe 14, Dysenterie 5, Gastro-ent. epidem. 1, Cholera 116, Magen-Darmkatarrh 32, andere Magen- und Darmerkrankungen 37, Alcoholismus 12, angeborene Schwäche 41, Marasmus senilis 17, andere Todesursachen 227.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 28. August 12278. Darunter Typhus abdominalis 281, Typhus exanth. 4, Febris recurrens 17, Scharlach 207, Masern 23, Diphtherie 177, Pocken 73, Windpocken 1, Cholera 567, acut. Magen-Darmkatarrh 128, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 81, Tuberculose 548, Influenza 146, Erysipel 139, Keuchhusten 7, Dysenterie 1, Hautkrankheiten 43, Lepra 0, Syphilis 522, venerische Krankheiten 407, acute Erkrankungen 1793, chronische Krankheiten 1766, chirurgische Krankheiten 1617, Geisteskrankheiten 3387, gynäkologische Krankheiten 231, Krankheiten des Wochenbetts 75, verschiedene andere Krankheiten 37.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Warschau **Dr. R. Suffczinski**, geb. 1862, approb. 1887. 2) In Pjatigorsk Dr. M. Goldenberg im Alter von 54 Jahren. 3) Dr. S. Mayer, Prof. der Histologie an der deutschen Universität in Prag.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 21. Sept. 1910.

Tagesordnung: 1) Fuhrmann: Zur Casuistik der Hydronephrose im Säuglingsalter.
2) Schiele: Ueber das Ehrlich-Hata-sche Mittel 606.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 27. Sept. 1910.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

№ 39 St. Petersburg, den 25. September (8. Oct.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Zum Project eines Asyls für Lungenkranke in Riga.

Von

Dr. Ernst Masing (Dorpat).

(Vortrag, gehalten auf dem Livländischen Aerztetage in Wenden, August 1910).

Im vergangenen Sommer brachten die Tagesblätter die Nachricht, die Stadt Riga plane den Bau eines Asyls für schwere Lungenkranke, das in erster Linie der ärmsten Bevölkerung zu gute kommen solle. Aus den Zeitungsmeldungen war zu ersehen — authentische Angaben fehlen mir —, dass man hoffe, auf diese Weise den Anfang einer rationellen Bekämpfung der Tuberculose zu machen, denn gerade die schwersten Phthisiker, die nach der allgemeinen Ansicht am meisten für Verbreitung der Seuche beitragen, sollten im Asyl Aufnahme finden, tunlichst isoliert werden und so ihre Gemeingefährlichkeit verlieren.

Da bisher in den Ostseeprovinzen nur sehr wenig für Bekämpfung der Tuberculose geschehen ist, in grösserem Massstabe eigentlich noch garnichts, so ist natürlich jede Initiative in dieser Richtung principiell mit Freuden zu begrüssen. — Es fragt sich nur, ob gerade der vorgeschlagene Weg, nämlich ein Asyl für unheilbare, der richtige ist. Die Erfahrungen des Auslandes mit ähnlichen Instituten scheinen nämlich keineswegs günstige zu sein.

Ich verdanke Herrn Professor Dehio die Kenntnis eines statistischen Materials, das für die angeschnittene Frage von Interesse ist, und über das ich daher kurz referieren möchte. Dieses Material hat den Verhandlungen des deutschen Reichs-Gesundheitsrats vom 27. IV 1909. zu Grunde gelegen [1]).

[1]) «Aufzeichnung über die Beratung des Reichsgesundheitsrats (unter Ausschuss für Tuberculose und Ausschuss für Heilwesen im allgemeinen) am 27. April 1909».

Im Jahre 1904 stellte der Reichs-Gesundheitsrat nämlich gemäss einem Antrag von Professor Leube den Grundsatz auf, dass zur erfolgreichen Prophylaxe der Tuberculose Schwindsüchtige in vorgeschrittenem Stadium zu isolieren seien; zu dem Zweck wurde empfohlen, Specialkrankenhäuser für Schwertuberculöse zu bauen, und wo das nicht möglich sei, besondere Abteilungen für solche Kranke in den allgemeinen Krankenhäusern einzurichten.

Dieser Anregung wurde Folge geleistet. Im Laufe von 4 Jahren entstanden 13 solcher Specialkrankenhäuser; ausserdem zahlreiche „Pflegeheime" für tuberculöse Invalide z. T. in schönster Lage bei vielen anderen Annehmlichkeiten; endlich haben 149 Krankenhäuser gesonderte Abteilungen für Schwertuberculöse eingerichtet.

Der Erfolg dieser Massnahmen hat aber den Erwartungen in keiner Weise entsprochen.

Zum Beleg lasse ich einige Zahlen folgen:

In die Pflegeheime der Hansastädte wurden von 1901—1907 — 817 tuberculöse Invalide aufgenommen, ein im Vergleich zur Gesamtzahl nur kleiner Bruchteil; von diesen musste etwa die Hälfte mehr oder weniger bald auf eigenen Wunsch entlassen werden, 53 wurden strafweise ausgeschlossen, 199 starben und nur ein kleiner Rest verblieb dauernd. Der Referent (Bielefeldt) erzählt, die Kranken wären überhaupt nur mit Mühe zu bewegen, in die Heime einzutreten; sie hätten die Verpflichtung, mindestens $^1/_2$ Jahr zu bleiben, aber sie entzögen sich oft dieser Verpflichtung, indem sie absichtlich durch disciplinarwidriges Betragen ihre Entlassung herbeiführten. In einem Invalidenheim bei Hamburg wurden in 6 Jahren 117 Tuberculöse aufgenommen, 56 gingen freiwillig, 10 wurden entlassen und nur 5 sind mehrere Jahre geblieben. In Berlin gelang es nur mit Mühe, 20 Betten eines Heims zu belegen. In Schlesien standen 88 Betten in besonderen Krankenhausabteilungen zur Verfügung; von 192 Kandidaten meldeten sich nur 84, und nach $1^1/_2$ Jahren waren nur

5 nachgeblieben. In Thüringen meldeten sich von 225 — 15, in Hessen von 500 nur 20, und von diesen wenigen schieden die meisten nach einem kurzen Aufenthalt wieder aus. — Nur aus einer einzigen Anstalt, der Burg Daber in Brandenburg, wird berichtet, dass nicht alle Anmeldungen berücksichtigt werden konnten [2]). Dagegen haben sich in Hannover von 3000 aufgeforderten Rentenempfängern im Jahre 1908 nur 36 in ein Heim aufnehmen lassen.

Aus den angeführten Zahlen geht wohl die mangelhafte Anziehungskraft der Heime und auch der besonderen für invalide Tuberculöse bestimmten Abteilungen zur Genüge hervor.

In grellem Gegensatze hierzu stehen die Zahlen der von allgemeinen Krankenhäusern wegen Platzmangels abgewiesenen Tuberculösen. So sind von der Charité in Berlin vom 1. IV 1908—31. III 1909 244 Tuberculöse aufgenommen, 408 aber abgewiesen worden; ausserdem erfolgten von der Centralkrankennachweisstelle 6—12 Anfragen täglich wegen Unterbringung Tuberculöser, die von vornherein verneinend beantwortet wurden. Die Krankennachweisstelle — Berlin weist ihrerseit 20—50 Tuberculöse täglich ab, also etwa 10000 im Jahr.

Das Bedürfnis nach Krankenhausbehandlung ist somit gross und contrastiert seltsam mit der Aversion gegen die Pflegeheime.

Soweit ich aus den Verhandlungen des Reichs-Gesundheitsrats ersehen konnte, kommen hauptsächlich 2 Gründe für diese Abneigung in Betracht. Einmal sind es die Aufnahmebedingungen: die Verpflegung in den Heimen ist für die Invalidierten allerdings kostenfrei, aber sie verlieren für die Dauer des Aufenthalts ihre Invalidenrente, und das scheint, eine weniger für die Kranken selbst als für ihre Angehörigen drückende Bestimmung zu sein.

Doch ist das sicher nicht der einzige Grund. In Hessen werden beispielsweise auch Nichtversicherte kostenlos in die Heime aufgenommen, und doch hatte bis zum April 1909 nur eine einzige Kranke von dieser Gelegenheit Gebrauch gemacht.

Eine viel grössere Rolle scheint aber ein zweiter Grund zu spielen, und zwar ist es das drückende Bewusstsein, sich in einer Anstalt für Hoffnungslose zu befinden, und sich selbst damit gleichsam zum Tode verurteilt zu sehen. Nicht ganz mit Unrecht haben die Heime den Namen „Totenhäuser" bekommen, und es ist psychologisch wirklich nicht schwer verständlich, dass es dem Insassen unerträglich werden kann, einen nach dem anderen seiner Genossen sterben zu sehen, bis dann langsam die Reihe an ihn selbst kommt.

Die Majorität des Reichs-Gesundheitsrats hat sich demgemäss auf folgende Formel geeinigt: „Der Bau von Anstalten, welche ausschliesslich zur Unterbringung nicht mehr besserungsfähiger Tuberculöser im letzten Stadium dienen sollen (Pflegeheime, Invalidenasyle), ist bis auf weiteres nicht zu empfehlen". — Dagegen wurde beschlossen, die Errichtung von Specialkrankenhäusern und besonderen Abteilungen an allgemeinen Hospitälern zu fördern; doch hätten diese keineswegs nur die hoffnungslosen, sondern gleichfalls die für die Verbreitung fast ebenso gefährlichen, aber besserungs- und heilungsfähigen initialen offenen Tuberculosen aufzunehmen. Nicht die Isolierung, sondern die Behandlung müsse im Vordergrunde stehen. Wenn die Kranken die Besserungsmöglichkeit sähen, so würde auch das Odium, das den „Totenhäusern" anhaftet, allmählich schwinden.

Gegen die prophylactische Bedeutung der Pflegeheime wandte R. Koch in der Discussion noch folgendes ein. In Deutschland sterben jährlich 68000 Menschen an Tuberculose in den eigenen Wohnungen, und es dürfte vorläufig gänzlich ausgeschlossen sein, auch nur einen beträchtlichen Teil von diesen in Anstalten zu verpflegen. Hier müssten die Fürsorgestellen einsetzen und nach Möglichkeit eine consequente häusliche Prophylaxe durchführen. Die Prophylaxe in und durch Anstalten allein sei ungenügend, weil sie in grösserem Massstabe nicht durchführbar ist.

Soweit der Reichs-Gesundheitsrat. Wenn wir jetzt wieder zu unserem Ausgangspunkt zurückkehren, so fragt es sich natürlich, ob die angeführten Zahlen und Beschlüsse für die Verhältnisse hier zu Lande Gültigkeit haben. Vielleicht ist unser Arbeiter weniger sensibel und würde auch ein „Totenhaus" nicht scheuen, wenn es ihm nur kostenfrei Unterkunft und Pflege bietet. Doch scheint mir das zum mindesten zweifelhaft, und es wäre doch äusserst bedauerlich, wenn das aus öffentlichen Mitteln zu errichtende Asyl später halb leer bliebe. Eine nachträgliche Umwandlung in ein Sanatorium dürfte Schwierigkeiten machen, da ja eine Heilstätte besonderen Ansprüchen inbezug auf Lage, Windschutz u. s. w. genügen muss.

Vielleicht wären z. B. modern eingerichtete Tuberculosebaracken mit Veranden und Liegehallen in Verbindung mit dem neuen Rigaschen Krankenhause etwas viel Geeigneteres. Es sollte doch unser Bestreben sein, den Kampf gegen die Tuberculose populär zu machen, und möglicherweise erreichen wir durch ein so unpopuläres Mittel, wie die Asyle es zu sein scheinen, gerade das Gegenteil!

Eins dürfen wir uns jedenfalls nicht verhehlen: in einer Stadt, in der 800 Tuberculöse jährlich sterben, ist mit der Verpflegung von 20—40 Invaliden für den Kampf gegen die Tuberculose noch so gut wie garnichts getan.

[2]) Das mag an besonders günstigen Aufnahmebedingungen liegen.

Bücherbesprechungen.

J. Jankowskij: Zur Frage der penetrierenden Stich-, Schnitt- und Schusswunden der Bauchhöhle. Къ вопросу о колото-рѣзанныхъ и огнестрѣльныхъ проникающихъ поврежденіяхъ брюшной полости). Dissertation aus der Universität Jurjew. Riga. 1909.

Die vorliegende Dissertation bearbeitet das entsprechende traumatische Material aus der Chirurgischen Abteilung des Rigaer Städtischen Krankenhauses, Vorstand Dr. A. v. Bergmann. Es werden 135 Fälle der Jahre 1904—1908 besprochen. Der Plan der Arbeit ist folgender: zuerst werden die penetrierenden Verletzungen der Bauchhöhle allein behandelt, ohne gleichzeitige Verwundung innerer Organe, dann werden die Verletzungen der einzelnen Organe der Bauchhöhle (der parenchymatösen und der Hohlorgane) bearbeitet und schliesslich die Diaphragmaverletzungen. Die Indicationen zu operativen Eingriffen werden festgestellt, die geübte Technik der Laparotomien besprochen, die Verschiedenheit des Arbeitens in Friedens- und Kriegszeiten wird erwähnt.

Entsprechend ihrem Plane zerfällt die Arbeit in 7 Abschnitte: 1) Verletzungen der Bauchhöhle, ohne Verwundung innerer Organe —19 Fälle—3 mal laparotomiert—1 Exitus. 2) Verletzungen der Bauchhöhle mit Verwundung der parenchymatösen Organe (Leber, Milz, Nieren)—23 Fälle, 15 mal laparotomiert, 10 Todesfälle. 3) Verletzungen der Bauchhöhle mit Verwundung der Hohlorgane (Magen, Dick- und Dünndarm, Harnblase)—50 Fälle,—46 Laparotomien—30 Todesfälle. 4) Verletzungen der Bauchhöhle mit Verwundung des Netzes, des Mesenteriums und der grossen Gefässe—5 Fälle — 3 laparo-

tomiert—3 Todesfälle. 5) Verletzungen der Bauchhöhle mit combinierten Verwundungen der parenchymatösen und der Hohlorgane—12 Fälle,—laparotomiert 11 Fälle,—9 Todesfälle. 6) Verletzungen der Bauchhöhle ohne Bestimmung der verwundeten Organe—7 Fälle. 7a.) Verletzungen der Brust- und Bauchhöhle mit Diaphragmaverletzung 8 Fälle—2 operative Eingriffe, Laparotomien—1 Todesfall. Aus den Krankengeschichten dieses Abschnittes ist es nicht ersichtlich, wie die Diagnose «Diaphragmaverletzung» gestellt werden konnte; die meisten Fälle wurden nicht operiert, das heisst, die Verletzungswunde wurde nicht erweitert, um ihren Gang zu verfolgen und festzustellen, was verletzt ist; daher müssen diese Diagnosen der Diaphragmaverwundung, die sich wahrscheinlich nur auf die Localisation des Traumas stützen können, mit grosser Zurückhaltung aufgenommen werden. 7 b) Verletzungen der Brust- und Bauchhöhle mit Verwundung der Organe der letzteren — 6 Fälle — 4 laparotomiert — 3 Todesfälle. 7 c) Verletzungen der Brust- und Bauchhöhle mit Verwundung der Organe dieser Höhlen — 5 Fälle — 4 operative Eingriffe — 3 Todesfälle.

Bei der Vielseitigkeit und Reichhaltigkeit des Materials ist es nicht möglich, an dieser Stelle auf alle die Streitfragen der Behandlung der traumatischen Bauchwunden einzugehen, doch allgemein gesprochen nimmt Verf. einigen Fragen gegenüber einen zu conservativen Standpunkt ein, der sich z. B., mit den Principien, nach denen die Schule des Prof. Zeidler am Obuchowmännerhospital handelt, die zweifellos auf dem Gebiete der traumatischen Chirurgie in Russland über das grösste Material und also auch grösste Erfahrung verfügt, nicht deckt. Man kann sich daher auch mit einigen Schlussfolgerungen der Arbeit durchaus nicht einverstanden erklären, denn, wenn die Schlüsse auch teilweise durch das bearbeitete Material und Erfahrungen an demselben gestützt werden, dürften die Fälle doch nicht zahlreich genug sein, um allgemeinere Grundsätze aufzustellen. Im Punkt 1 der Schlüsse wird z. B. der Satz aufgestellt, dass eine Laparotomie nur bei Verletzungen der Bauchhöhle unterhalb (!) des Nabels notwendig sei, dagegen (Punkt 2) kann bei penetrierenden Verletzungen der oberen Bauchhälfte, also oberhalb des Nabels, eine abwartende Behandlung eingeleitet werden, falls keine drohenden Erscheinungen vorhanden. Es ist von vornherein nicht recht verständlich, weshalb eine Wunde etwas oberhalb des Nabels als ungefährlicher anzusehen ist als eine unterhalb, umsomehr da bei verschiedener Führung der verletzenden Waffe eine Mutmassung über möglicherweise verletzte Organe in den ersten Wunden nach der Verletzung so gut wie ausgeschlossen ist. Das ist eben der Kernpunkt der Frage, dass bei den meisten Verletzungen der Bauch- sowie Brusthöhle in den ersten Stunden nach dem Trauma, gerade wo ein operativer Eingriff noch lebensrettend sein kann, eine exacte Diagnose über den Grad der Verletzung nicht möglich ist, und die Localisation der Verletzungswunde für die Diagnose sehr wenig zu verwerten ist. Daher ist es richtig und notwendig, eine jede Verletzungswunde, sei sie in der Gegend der Bauch- oder Brusthöhle, oder an einer beliebigen anderen Stelle des Körpers, genau zu untersuchen, d. h. die Wunde wird, wenn sie in die Tiefe dringt, erweitert, um die verletzten Teile und Organe freizulegen und zu versorgen. Wenn man dagegen nur bei ausgesprochenen Symptomen operiert, so kommt die Hilfe meistens schon zu spät, und die Patienten gehen bei Bauchverletzungen z. B. an Peritonitis zu Grunde.

Natürlich ist von einem operativen Eingriff nicht mehr die Rede, wenn mehr als 12 Stunden nach dem Trauma verflossen und keine Indicationen vorhanden sind.

Die Erörterung dieser Frage, die das actuelle und interessante Thema der penetrierenden Bauch- und Brustverletzungen behandelt, das auch auf den verschiedenen wissenschaftlichen Sitzungen der vergangenen Saison zur Sprache kam, drängt sich einem beim Lesen der vorliegenden Dissertation unwillkürlich auf.

W. Schaack.

Dr. med. Franz Heilborn. Die Bedeutung der Augenhygieine für den Staat mit besonderer Berücksichtigung der Wehrfrage. Berlin. 1910. Verlag von S. Karger. X + 188 Seiten mit 4 Abbildungen im Text.

Der Verfasser hat die einzelnen Abschnitte seines Buches in sehr ungleicher Weise bearbeitet. Manches ist in durchaus erschöpfender Weise mitgeteilt, soweit sich wissenschaftliche Fragen in einer populären Form erschöpfend darstellen lassen; anderes ist viel zu kurz und allgemein, um das zu halten, was Titel und Inhaltsverzeichnis zu versprechen scheinen. Schon die Länge der einzelnen Abschnitte beweist das oben Gesagte, denn während der Kurzsichtigkeitsfrage von 179 Seiten 116 gewidmet sind, wird das Trachom auf 6 Seiten abgehandelt, die Verletzungen als Berufserkrankungen auf 13½, die Scrophulose wird wieder etwas ausführlicher, nämlich auf 19 Seiten geschildert, die Tuberculose dagegen nur auf wenig mehr als 1 Seite; die Gonorrhoe auf 7½, die Syphilis auf 2 Seiten. Der Autor hat offenbar die Gebiete, auf denen er erfahrener ist, auf Kosten der anderen bevorzugt, das sind die Myopie und Scrophulose. Der Abschnitt über Myopie ist meiner Meinung nach der beste des Buches und kann als eine brauchbare allgemein verständliche Darstellung bezeichnet werden. Hinsichtlich anderer Kapitel kann das leider nicht gesagt werden, da bisweilen Nebensächliches zu sehr in den Vordergund rückt; so nimmt z. B. im Abschnitt über Gonorrhoe die anekdotenhafte Schilderung eines Blennorrhoefalles 4½ Seiten in Anspruch, während der Schilderung des gesamten Krankheitbildes mitsamt der Prophylaxe nur 3 Seiten gewidmet sind. Einen weiteren Mangel des Buches sieht der Referent in der gelegentlich allzu starken Betonung eigner Behandlungsmethoden. Dem Vorwort nach ist das Buch nicht in letzter Linie grade für Laien bestimmt und somit hätte der Verfasser objectiver sein müssen. Von diesem Gesichtspunkte aus ist es jedenfalls zu verwerfen, wenn Heilborn auf mehreren Seiten der von ihm vorgeschlagenen Pyocyanase-Behandlung des Ulcus serpens das Wort redet, womit er wohl bei sehr vielen Specialcollegen auf Widerspruch stossen dürfte. Die Bestrebungen Römers und sein Pneumococcenserum sind dagegen nicht einmal erwähnt. Als eine schwere Unterlassung muss es der Referent bezeichnen, dass die Prophylaxe des Ulcus serpens durch Behandlung von Tränensackleiden überhaupt nicht besprochen wird. Solche Darstellungen können Laien keine richtigen Anschauungen und Kenntnisse vermitteln.

Ischreyt.

D. v. Hansemann. Atlas der bösartigen Geschwülste mit 27 lithographierten Tafeln. Berlin 1910. Verlag von August Hirschwald.

Die theoretische Geschwulstforschung geht jetzt zwar auf sehr mannigfachen Pfaden ihrem Ziele, der Enträtselung des eigentlichen Wesens der Geschwülste nach, doch hat sie für die Praxis so gut wie keine Vorteile zu bringen vermocht. Hier bleibt die histologische Bestimmung der Geschwulst das einzige Mittel, dem Handeln des Arztes eine Directive zu geben. Der Gedanke, dem Arzt, der fern von Hochschulen und anderen Institutionen mit Specialisten der pathologischen Anatomie, ein Buch an die Hand zu geben, in welchem er sich selbst Rat holen kann, wird kaum neu zu nennen sein; jedes Sammelwerk über Tumoren, deren in den letzten Jahren manche erschienen sind, hat dies bezweckt, doch waren sie meist zu breit angelegt.

Hier finden wir auf 50 Seiten kurze Angaben der Untersuchungsmethoden und eine Uebersicht aller wichtigen Tumoren in enger Anlehnung an die 140 Figuren des Atlas. Die Figuren sind sehr naturgetreu in Farben wiedergegeben. Wir hoffen, dass das Werk sich viele Freunde erwerben wird, obgleich wir uns wohl bewusst sind, dass es nur in der Hand eines schon einigermassen mit der pathologischen Histologie Vertrauten ein Ratgeber sein wird.

Ucke.

Arthur Schlesinger. Die Praxis der localen Anästhesie. Berlin. 1910. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Preis 5 Mk.

Zweck des vorliegenden handlichen Buches ist es, dem praktischen Arzte und dem Specialisten alles das in übersichtlicher Weise zu bringen, was zur Ausführung der verschiedenen Methoden der localen Anästhesie bei den verschiedensten Eingriffen notwendig ist. Jeder wird in Stand gesetzt, nach Angaben dieses kleinen Lehrbuches sich in die Technik auch der Methoden einzuarbeiten, die er aus eigener Anschauung nicht hat kennen lernen können. Theorie wird wenig gebracht, umsomehr aber Praxis. Neben den allgemein üblichen Methoden der Localanästhesie wird auch die Technik der Venenanästhesie nach Bier ausführlich berücksichtigt.

Durch gute Abbildungen und übersichtliche Anordnung des Stoffes wird das Orientieren in dem nur zu empfehlenden Buche dem Leser sehr erleichtert.

W. Schaack.

Prof. Dr. Rudolf Klapp: Functionelle Behandlung der Scoliose. Mit 110 Abbildungen im Text. Zweite umgearbeitete Aufl. Jena. 1910. Gustav Fischer VIII + 149 S. Preis geb. Mk. 4.50, geb. Mk. 5.50.

Das vom Anfang bis zum Ende fesselnd geschriebene Buch ist eine Kampfschrift und dient der wissenschaftlichen Begründung und Schilderung der von dem Autor inaugurierten

Kriechmethode der Scoliosenbehandlung. Das 1. Capitel (S. 1—31) führt den Leser auf das entwicklungsgeschichtliche Gebiet und zeigt, wie mit dem Erwerb des aufrechten Ganges gewisse Schädlichkeiten verbunden sind. In einem zweiten kurzen Capitel (S. 31—33) beleuchtet der Verfasser die bisherigen Behandlungsmethoden. Das Wesen und die Technik des Kriechverfahrens werden im 3. und 4. Capitel (S. 42—89) abgehandelt. Den Schluss des Buches bildet die Besprechung der Resultate der Behandlung und ein Resummé über die allgemein bekannten Regeln der Prophylaxe.

Welcher Meinung man auch über den Wert des Kriechverfahrens sein mag, hohes ernstes wissenschaftliches Streben muss man dem Verfasser zugestehen, und mit einem überlegenen Lächeln lässt sich diese Methode, zumal wenn man sie nicht selbst geprüft, vielleicht nicht einmal gesehen hat, nicht abtun. Ueber den Erfolg dieser Behandlung lässt sich noch kein definitives Urteil fällen. Aus den Bemerkungen des Autors (S. 119) ersehen wir, dass die Resultate seines Verfahrens denen der andern bereits bewährten Methoden ungefähr gleichen. Der grosse Vorteil aber gegenüber den andern ist nach dem Verfasser der, dass zur Behandlung Redressions- wie überhaupt Apparate nicht nötig sind. Die Behandlung eignet sich nach der Meinung des Autors in socialer Hinsicht recht ausgiebig verwertet zu werden, sie soll populär sein, aber keine voreilige reklamenhafte Popularisierung durch Laien (Masseure, Masseusen, Turnlehrer), die Klapp energisch abwehrt. Die Scoliosenbehandlung soll nur unter täglicher steter Aufsicht eines orthopädisch vorgebildeten Arztes gehandhabt werden. Den Einfluss der Bierschen Klinik ersieht man aus der Anwendung einer Heissluftapplication am Rücken anstatt der Massage zu Beginn einer jeden Kriechstunde. Man kann mit dem Verfasser durchaus übereinstimmen, dass in der horizontalen Haltung während des Kriechens, wo die Wirbelsäule entlastet ist, die Umkrümmungen sich weit länger, andauernder und forcierter ausführen lassen als im Stand, aber eine Lösung des Problems der Scoliosenbehandlung hat das Kriechverfahren nicht gebracht, nämlich «die Localisation des Abbiegungspunktes», wie es schon Schulthess hervorgehoben hat und auch Klapp zugiebt. (S. 88).

Es ist fraglich, ob das Kriechverfahren sich die allgemeine Anerkennung im Sinne einer alleinigen Methode der Scoliosenbehandlung erwerben wird, aber um eine Bereicherung unseres Heilverfahrens handelt es sich zweifellos und zusammen mit den Uebungen anderer Methoden wird Klapps Kriechverfahren wahrscheinlich vielfach Verwendung finden.

Brennsohn — Riga.

R. Behla: Die Bestätigung der künstlichen Züchtung des Krebserregers, sowie weitere geschwulststatistische Mitteilungen über Familien-, Ehegatten- und endemischen Krebs. Berlin 1910. Verlagsbuchhandlung von Richard Schötz. Preis M. 1.50.

Noch einmal kommt B. auf die parasitäre Aetiologie des Krebses zurück, führt statistische Daten für das endemischgehäufte Auftreten des Krebses auf, bringt neue Beobachtungen über Krebshäuser, Cancer à deux und Familienkrebs und spricht von der künstlichen Züchtung des Krebserregers, der ein Myxomycet sein soll.

Soviel Wahrscheinlichkeit die Thesen am Schluss der Schrift für sich haben, so wird erst die Zeit ein Urteil über sie zufällen haben. Wir führen sie hier wörtlich an:

1) Die malignen Tumoren haben einen verschiedenen Ursprung wie überhaupt die Geschwülste.

2) Die krebsartigen Erkrankungen sind eine besondere Gruppe von malignen Tumoren.

3) Der Krebs ist nicht eine ausschliessliche Wucherung des Epithels sondern auch des Endothels sowie der Bindegewebszellen und deren Verwandten.

4) Die Gruppe der krebsartigen Tumoren wird durch einen gemeinsamen Parasiten hervorgerufen.

5) Das Formbestimmende der krebsartigen Erkrankungen ist die von dem Erreger befallene Zellart.

6) Dieser Parasit ist ein Myxomycet.

7) Dieser Myxomycet ist künstlich züchtbar.

Ucke.

Feuilleton.

Der V. internationale Gynäkologencongress in St. Petersburg.

Vom 9.—14. September dieses Jahres tagte in St. Petersburg der V. internationale Gynäkologencongress, der ein Ereignis im medicinischen Leben Russlands bedeutet. Es war dies der erste internationale Specialcongress, der bei uns abgehalten wurde, und es sei hier vorweggenommen, dass der Verlauf desselben als durchaus gelungen angesehen werden muss. Die Vorgeschichte des Congresses kann über eine grosse Reihe von Schwierigkeiten berichten, die das Zustandekommen des Congresses mehrere Jahre aufhielt; er war ja schon vor 4 Jahren fällig, musste aber immer wieder verlegt werden, weil die ausländischen Fachgenossen zuerst wegen des Krieges, dann wegen der politischen Unruhen und Epidemien sich weigerten, nach Petersburg zu kommen. Noch einen Monat vor dem Termin schien das Zustandekommen des Congresses fraglich und musste der Präses des Organisationscomitees persönlich ins Ausland reisen, um die letzten Schwierigkeiten zu beseitigen.

Die Zahl der Teilnehmer—ca 800 Personen—übertraf alle früheren Congresse, allerdings muss hervorgehoben werden, dass die Zahl der Ausländer eine verhältnismässig geringe war, dagegen recht viele russische Aerzte erschienen waren. Auffallen musste das Fehlen activer Beteiligung der sogenannten akademischen Gynäkologen Russlands am Congress. Keine einzige Facultät Russlands war durch den Vortrag eines ihrer Professoren vertreten. Ausser der v. Ottschen Schule können die activ am Congress beteiligten russische Aerzte leicht aufgezählt werden, es waren Kakuschkin, Okintschitz und Beckmann aus St. Petersburg; Cholmogorow, Snegirew, Eberlin, Iwanow und Modlinskij aus Moskau, Below aus Charkow; Davidsohn aus Kiew, Neugebauer aus Warschau und Alexandrow aus Smolensk. Die Hauptarbeit ist von den deutschen Collegen geleistet worden, unter denen so hervorragende Vertreter wie Martin, Bumm, Döderlein, Winter und Sellheim regen Anteil an den Verhandlungen nahmen. Mit Interesse hörten wir auch die Mitteilungen der übrigen deutschen Collegen an, die alle über eine grosse Erfahrung verfügen. Es seien nur Opitz, Strassmann, Fränkel, Frank, Fiuth, Ganos und Jung genannt. Die Franzosen waren in geringer Zahl erschienen, waren aber durch so glänzende Redner wie Jayle, Le Filliatre und Abadie vertreten. Aus England erregte die ehrwürdige Gestalt Simpsons vom ersten Tage an das allgemeine Interesse. Holland war durch den jugendlichen Van de Velde, der ein überaus fleissiges Referat zu einem der Hauptthemen geschrieben hatte, würdig repräsentiert. Italien war durch Dr. Pestalozza und Mangiagalli vertreten. Aus Amerika waren Davis und Wetherill, aus Mexiko Barreiro und aus Madagaskar Fontoynont erschienen. Oesterreich war garnicht vertreten.

Was zunächst das wissenschaftliche Resultat des Congresses anbetrifft, ist zu bemerken, dass wesentlich Neues nicht zu Tage gefördert ist. Es wurde viel fleissige Arbeit geliefert, sie erhob sich aber nicht über das Niveau der üblichen Sitzungen von Fachgenossen. Von den Programmfragen hatte die Kaiserschnittfrage damals, als sie vor einigen Jahren auf die Tagesordnung des Congresses gesetzt wurde, ein actuelles Interesse. Die extraperitonealen Methoden, die anfangs als für inficierte Fälle geeignet vorgeschlagen wurden, sind aber in den letzten Jahren so weit bearbeitet, und alle darin einig, dass sie gleichfalls für inficierte Fälle nicht zu benutzen sind. Damit sind sie dann zu einfachen Modificationen des Kaiserschnitts, wie etwa der Fundalschnitt nach Bumm, geworden. In dieser Beziehung herrschte auf dem Congress eine zwar rührende, deshalb aber auch um so langweiligere Uebereinstimmung aller Redner. Die Behandlung des inoperablen Krebses bewegt sich bis jetzt in dem Rahmen herumtappender Versuche. Nach Mitteln gegen den Krebs wird allerorts und in den verschiedensten Richtungen gesucht, berichtet werden konnte aber nur über misslungene Versuche der Mittel, die sogar Verschlimmerungen ergaben (Sera). Vielleicht werden wir uns nach dem Congress der inoperablen Fälle mehr annehmen und durch die von Betrix, der nicht erschienen war, auseinandergesetzten palliativen Massnahmen (Cauterisationen und Excochleationen) das Leben unserer Kranken zu verlängern suchen, ohne von vornherein es aufzugeben, irgendwie activ vorzugehn. Die Fulgaration und Elektrocongelation der Carcinome fand nur laue Verteidigung. Das dritte Hauptthema über die vaginalen Operationsmethoden gab dem Präsidenten des Organisationscomitees gute Gelegenheit, seine brilliante Technik durch die zahlreichen Arbeiten seiner Schüler, welche sein ganzes Operationsmaterial bearbeitet hatten, wie auch durch Demonstration dieser Operationen an den Kranken ins rechte Licht zu

stellen. Es scheint immerhin, dass das in den letzten Jahren für die vaginalen Operationen stark gesunkene Interesse durch die Verhandlungen dieses Congresses etwas gehoben werden dürfte. Das von England aus vorgeschlagene Thema über den Einfluss des Nervensystems auf die Uterusblutungen fiel ins Wasser, da sich niemand dazu zum Wort gemeldet hatte. Bei der Besprechung der Uterusdeviationen wurde manches den Operationseifer dämpfende Wort (Sellheim, v. Knorre) gesprochen, doch war andererseits auch viel Unternehmungsglut (Dützmann) und siegesfroher operativer Wagemut aus den Vorträgen herauszuhören.

Von den Einzelvorträgen beanspruchten ein besonderes Interesse die Mitteilungen Fränkels über die Function des Corpus luteum auf Grund von 400 Tierversuchen und der Vortrag Abadies über die Bildung der Vagina aus einer Dünndarmschlinge bei angeborenem Defect derselben. Die Spinalanästhesie fand in Le Filliatre ihren begeisterten Verfechter, der selbst Oberkieferresectionen damit ausführt und gar kein Inhalationanästheticum mehr braucht, sie erhielt aber von anderer Seite — Abadie — eine derartig schlechte Censur, dass einem beinahe jede Lust vergeht, sie noch weiter anzuwenden. Im Ganzen wurden, abgesehen von den Discussionsreden, 71 Vorträge und ca 20 Demonstrationen gehalten, das repräsentiert eine derartige Fülle von Arbeit, dass man die Existenzberechtigung solcher Congresse nicht weiter bezweifeln darf.

Die Organisation des Congresses war tadellos, ein Verdienst, das in erster Linie dem Präsidenten von Ott und dem Generalsecretär Sadowskij zuzuschreiben ist. Das auf dem Papier vorhandene Organisationscomitee, das aus allen Professoren Russlands zusammengesetzt war, hat kein einziges Mal getagt. Die ganze Arbeit war von v. Ott allein und seinen persönlichen Gehilfen geleistet. Ihm war auch die glänzende Ausstattung des Congresses zu verdanken. Seine Anstalt war ein würdiger Versammlungsort, seiner Energie verdankten die Congressmitglieder so viele Vergünstigungen wie Rabatt bei den Eisenbahnfahrten, Gratisfahrt nach dem Imatra, seinen persönlichen Beziehungen die wahrhaft kaiserliche Gastfreundschaft, die dem Congress in der kaiserlichen Oper, dem Winterpalais, der Hofsängercapelle und Peterhof zu teil wurde. So steht zu hoffen, dass alle Congressmitglieder eine angenehme Erinnerung an den Congress und die russische Gastfreundschaft nach Hause mitgenommen haben.

W. Beckmann.

Auszug aus den Protocollen der Dorpater Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung am 22. Januar 1910.

Präses: Meyer. Schriftführer: Riemschneider.

Anwesend 11 Ehrenmitglieder und Mitglieder.

1. Bresowsky stellt einen Kranken vor: peronealer Typus der progressiven Dystrophie (Hoffmann), ausserdem Anzeichen von Infantilismus, adenoïde Vegetationen.

Discussion:

Russow constatiert, dass die Schilddrüse deutlich zu fühlen ist.

Terrepson fragt, ob die Muskelatrophie eine Folge der Parese sei?

Bresowsky: nein, die Affection der Muskeln ist bei dieser Krankheit das Primäre.

Russow erkundigt sich, ob fibrilläre Muskelzuckungen vorhanden gewesen sind.

Bresowsky: es sind keine beobachtet worden. Anamnestische Angaben der Mutter des Pat. stehen noch aus, sobald sie erfolgen, wird man vielleicht auch über diesen Punkt Näheres erfahren.

Russow: der Gesichtsausdruck des Pat. könnte durch starke adenoide Vegetationen hervorgerufen sein.

Bresowsky gibt das zu, solche seien bei dem Pat. vorhanden, wenigstens ist eine stärkere Mandelvergrösserung festgestellt worden.

Lackschewitz fragt, ob ein derartiger Krankheitsprocess in den peripheren Nerven beginne, oder ob vielleicht das Rückenmark dabei zuerst leide?

Bresowsky: nein, es handelt sich dabei um eine Muskelerkrankung, es leiden bei der vorliegenden Form zuerst die vom N. peroneus innervierten Muskeln.

Meyer erkundigt sich, ob bei den Eltern irgendwelche zu dieser Krankheit disponierende Momente sich vorfänden und ferner, ob sich das Fehlen der Reflexe vielleicht durch eine centrale Erkrankung erklären liesse.

Bresowsky: nein, es ist eine Muskelerkrankung, das Fehlen der Reflexe würde sich im vorliegenden Fall daraus erklären, dass der dystrophische (in seinen normalen Bestandteilen z. T. durch Fettgewebe ersetzte) Muskel nicht mehr imstande ist zu reagieren. — Da die Mutter des Pat. noch nicht examiniert worden ist, so lässt sich über disponierende Momente in der Ascendenz nichts Bestimmtes sagen, beim Vater haben sich keine Anhaltspunkte gefunden.

2. Bresowsky hält seinen angekündigten Vortrag über «Masturbation im früheren Kindesalter»:

Discussion:

Terrepson stimmt dem Vortragenden darin bei, dass gewisse äussere Anlässe zum Beginn der Masturbation Anstoss geben können, so z. B. das Spielen der Ammen an den Geschlechtsorganen der Kinder. Die ganze Entstehung des Geschlechttriebes ist etwas dunkel. Selbst beim Erwachsenen sind Erinnerungsbilder nicht allein das Ausschlaggebende für die geschlechtliche Betätigung. Vielleicht ist es die innere Secretion, die als ursächliches Moment herangezogen werden muss.

Russow: A. Th. v. Middendorff teilt mit, wie er gesehen habe, dass in einem Samojedenzelt ein schreiendes Kind von einer weiblichen Angehörigen durch masturbatorische Manipulationen zur Ruhe gebracht wurde, und meint, es handele sich dabei um ein landläufiges Beruhigungsmittel. Dabei sind die Samojeden ein gesundes und kräftiges Volk. — Die Infibulation als Mittel gegen Masturbation war schon den alten Römern bekannt.

Bresowsky: alles Gesagte bezieht sich nur auf europäische Völker, bei aussereuropäischen, namentlich weniger civilisierten Völkern existieren in Bezug auf das Sexualleben sehr verschiedene Gebräuche.

Rothberg weist darauf hin, dass das vom Vortragenden Mitgeteilte sich auf imbecille, psychopathische, jedenfalls psychisch minderwertige Kinder bezieht, und fragt, ob wirkliche Masturbation in frühem Kindesalter auch bei normalen, nervös nicht belasteten Kindern beobachtet werde. Erectionen sieht man z. B. an kleinen Knaben nicht selten bei sexuell völlig gleichgültigen Anlässen, offenbar infolge vasomotorischer Erregungen auftreten.

Bresowsky: der Begriff der Onanie muss enger gefasst werden, man muss zwischen Onanie und onanistischen Manipulationen einen Unterschied machen. Unter Onanie wäre dann (nach Näcke) nur ein dem sexuellen Acte analoger Act zu verstehen, bei welchem die Erzielung eines Orgasmus, einer Entladung Zweck ist, während es bei den onanistischen Manipulationen nur auf eine sexuelle Reizung einiger peripherer sensibler Regionen ankommt. Eine echte Onanie im früheren Kindesalter bedeutet schon etwas Pathologisches (vorzeitige Geschlechtsentwickelung). Uebrigens lässt sich ja eine strenge Scheidung nicht durchführen, eine scharfe Definition nicht geben.

Terrepson bemerkt zu der Frage Rothbergs, dass auch sonst normale Kinder durch äussere Anlässe zur Masturbation gebracht werden können, die Lustgefühle gingen dann in einer späteren Altersstufe sehr wahrscheinlich in Orgasmus über.

Russow stimmt Terrepson bei: man sieht an jungen Hunden, dass sie beim Streicheln, leicht onanistische Bewegungen machen, später verliert sich das und tritt erst mit der Geschlechtsreife wieder auf. Aehnlich mag es sich bei Kindern verhalten.

Rothberg: man kann nicht jede Berührung der Geschlechtsteile als Onanie bezeichnen, besonders nicht wenn der Orgasmus fehlt.

Bresowsky: es ist bei Kindern nicht festzustellen, ob Orgasmus sich einstellt oder nicht. Das Kennzeichen des Pathologischen ist die mangelnde Unterdrückbarkeit des Masturbierens. (Hyperhedonie!)

Meyer: es scheint die Geschlechtsempfindung zuweilen sehr früh aufzutreten. Es ist wohl denkbar, dass auf der Basis der Vererbungsvorgänge auch ohne Reife der Geschlechtsorgane während der Masturbation erotische Empfindungen eintreten können. Aus seiner Casuistik führt Redner einen Fall bei einem 2-jährigen Mädchen an, welches masturbierte, indem es die Schenkel aneinander rieb und dabei deutliche Zeichen von Orgasmus aufwies. Dasselbe war von den Eltern her schwer nervös belastet. Das Kind ist jezt gesund. In einem anderen Fall war das 7-jährige Kind mütterlicherseits psychopathisch belastet, auf dieses stimmt Zug für Zug die Beschreibung, die Bresowsky in seinem Vortrage von solchen Kindern gemacht hat.

Lackschewitz: von Seiten der Schulen und Eltern werden asthenopische Erscheinungen oft auf Masturbation bezogen. Er übt bei seiner Klientel die Praxis, den Eltern

diese Erscheinungen als leichte hinzustellen und veranlasst sie, den Kindern gegenüber nicht zu viel Wesens daraus zu machen.

Bresowsky: ja, asthenopische Erscheinungen werden sehr häufig unter den Folgen der Masturbation aufgeführt.

z. Z. Secretär: Riemschneider.

Sitzung vom 12. Februar 1910.

In Abwesenheit des Vorsitzenden übernimmt Dr. Hartge das Präsidium. Schriftführer: Riemschneider.

Dr. E. Graubner referiert über die Erfolge, die mit der Serumbehandlung der Sepsis erreicht worden sind, ohne etwas Neues zu dieser Frage beizubringen.

Nach einem kurzen historischen Ueberblick über die Versuche, wirksames Streptococcen-Serum herzustellen, geht Redner ausführlicher auf die Ergebnisse der zahlreichen Versuche mit Streptococcenculturen und Streptococcen-Seren bei Tieren und Menschen ein und kommt zu dem Resultat, dass zu therapeutischen Zwecken beim Menschen nur artähnliche Sera einige Aussicht auf erfolgreiche Verwendung bieten und deshalb die Vorschläge Zangemeisters, von Affen gewonnenes Serum zur Sepsisbehandlung der Menschen zu versuchen, zu wohlbegründeten Hoffnungen berechtigen. Auch die Versuche von Levy und Hamm mit sensibilisierten Streptococcenstämmen müssten in weiteren Forschungen fortgeführt werden.

(Autoreferat).

Discussion:

Russow: fragt, ob die Toxicität der Streptococcen im Wesentlichen auf ihren Stoffwechselproducten beruht, oder ob die beim Absterben frei werdenden Endotoxine bei den Erkrankungen in Frage kommen?

Graubner: wodurch in letzter Reihe die toxische Wirkung der Streptococcen zustande kommt, ist z. Z. nicht festzustellen, man weiss nur, dass sie sich im Körper rasch vermehren und in demselben Grade Giftwirkungen entfalten, die wohl nur an den lebenden Bacterien haften.

Terrepson glaubt auf Grund des Umstandes, dass im Vaginalschlauche Streptococcen nicht virulenter — also nicht hämolytischer Natur vorkommen, anführen zu müssen, dass er bei mikroskopischer Untersuchung des männlichen Urethralsecrets Streptococcen gefunden hat, die nie Eiterungen gaben, auch bei fortgesetzter Cohabitation nie zur Infection des weiblichen Partners führten.

(Autoreferat).

Graubner: es scheint, dass durch die Vorgänge im puerperalen Genitaltractus die Streptococcen sich z. T. verändern in dem Sinne, dass ahämolytische Streptococcen hämolytische Eigenschaften annehmen.

Riemschneider bedauert, dass bei den Zangemeisterschen und Ahronsonschen Versuchen nicht mitgeteilt wird, welche Species von Affen zur Serumgewinnung benutzt worden sind; es sei gewiss nicht gleichgültig, ob es sich dabei um Anthropoïde handelte oder um irgendwelche andere, deren Blut in seinen biochemischen Eigenschaften dem menschlichen sehr viel ferner stehen muss.

z. Z. Secretär: Riemschneider.

Sitzung vom 26. Februar 1910.

Präses: Meyer. Schriftführer: Riemschneider.

Dr. Hartge hält seinen angekündigten Vortrag: «über den alimentären oder digestiven Magensaftfluss». Nach einem kurzen historischen Ueberblick über den Krankheitsbegriff des «alimentären» oder «digestiven» Magensaftflusses, wobei besonders die Arbeiten von Zweig, Calvo und Strauss erwähnt werden, schliesst sich Ref. der von Boas in die Nomenclatur eingeführten Bezeichnung «digestiver Magensaftfluss» an. Darunter versteht man einen Krankheitszustand, bei dem die vermehrte Magensaftabscheidung ausschliesslich an den Digestionsact geknüpft ist, im Gegensatz zum permanenten Magensaftfluss, bei welchem bekanntlich die übermässige Secretion den Digestionsact überdauert, so dass man mehr oder weniger grosse Mengen Secret auch im nüchternen Zustande vorfindet, während beim digestiven Saftfluss der Magen morgens leer ist.

Die objectiven Symptome dieser Krankheit sind: erhebliche Abmagerung, ohne dass der Transport des Chymus in irgend einer Weise gestört ist, hervorgerufen durch den Verlust an Magensaft, die Magensaftvergeudung, welche am Tage 2—3 Liter betragen kann. Hierzu kommt noch die Beeinträchtigung der Amylolyse. Fernere Symptome sind: erhebliche Obstipation und nach jeder Mahlzeit deutliche Plätschergeräusche. Druckempfindlichkeit ist nicht charakteristisch. Subjectiv hat die Krankheit eine grosse Aehnlichkeit mit der nervösen Dyspepsie: Druck, Völle, Aufstossen, Speichelfluss, Sodbrennen selten, bisweilen starke Cardialgien. Uebelkeit und Erbrechen selten. Appetit ist oft gut, bisweilen auch herabgesetzt.

Zur Untersuchung des Magensaftes empfiehlt Boas das sog. «trockene Probefrühstück», bestehend aus 5—6 Albertkakes, wobei man in der Regel 100—200 ccm. eines Gemisches gewinnt, das nur eine kleine Grundschicht aufweist und eine diese um das 3—5fache übersteigende, klare oder leicht getrübte Flüssigkeitsschicht, die als überschüssiger Magensaft betrachtet werden muss. Die Gesamtacidität und die freie Salzsäure ist bald gesteigert, oft aber auch vermindert bei ein und demselben Individuum. Es gibt also eine Hypersecretion ohne Hyperacidität. Das spec. Gew. des Magensaftes ist im Durchschnitt 1012. Auf Jod erfolgt stets eine deutliche blaue Amylumreaction. Bei der typischen digestiven Magensaftsecretion ist die motorische Kraft des Magens vollständig normal, morgens daher der Magen stets leer. Dadurch unterscheidet sich diese Krankheit vom permanenten Magensaftfluss und den Formen, die mit Atonie des Magens verbunden sind. Eine chronische Hypersecretion kann rein primär als Secretionsanomalie bestehen. Ob sich dem später noch Störungen der motorischen Kraft (Atonie) hinzugesellen und die Krankheit complicieren, diese Frage ist z. Z. noch eine offene. Zweig und Calvo betrachten den digestiven Magensaftfluss als eine besondere Abart der nervösen Dyspepsie. Sehr Vieles spricht für diese Annahme. Aetiologisch ist das Ulcus nebst seinen Folgezuständen nicht zu übersehen. Bei jungen Leuten spielt die Geschlechtssphäre (Onanie und Excesse in Venere) eine grosse Rolle.

Die Diagnose stützt sich auf chronisch-dyspeptische Symptome von dem Charakter der nervösen Dyspepsie, verbunden mit starker Abmagerung und Plätschergeräuschen nach jeder, auch der kleinsten Mahlzeit. Nach Boas sind zur Sicherung der Diagnose drei Untersuchungen des Mageninhalts notwendig: einmal bei leerem Magen, sodann nach trockenem Probefrühstück, endlich nach Probemahlzeit.

Die Prognose des digestiven Magensaftflusses ist keine ungünstige.

In der Therapie versucht man, die darniederliegende Amylumverdauung zu corrigieren und secretionserregende Substanzen zu vermeiden. Am passendsten erscheint da eine Eiweiss-Fett-Zuckerdiät. Flüssigkeiten dürfen nicht entzogen werden, weil sonst der Magensaft concentriert auf die Magenschleimhaut einwirken kann. Der Genuss alkalischer Getränke ist im Gegenteil sehr zu empfehlen. Von Medicamenten sind in erster Reihe die Alkalien zu nennen, welche in grossen Dosen gegeben werden können.

Bei den rein nervösen Formen sehen wir gute Resultate bei Ortswechsel, auch Anstaltsbehandlung wirkt günstig. Die Magenspülung schafft bei den Formen ohne Atonie wenig Nutzen. Ein 19-jähriger Pat. aus des Ref. Praxis genas von seinem Magensaftfluss, nachdem ihm ein chronisch entzündeter Appendix durch Operation entfernt worden war. Man hat es bei diesen Zuständen nicht mit einer specialistischen Curiosität zu tun, man gewinnt vielmehr den Eindruck, dass diese Krankheit viel öfter vorzukommen pflegt als angenommen wird.

(Autoreferat).

Discussion.

Rothberg fragt, warum der Vortragende der Magensonde als eines therapeutischen Mittels keine Erwähnung getan?

Hartge hält die Magensonde zur Behandlung der besprochenen Zustände nicht für indiciert; eine Verzögerung in der Entleerung des Magens bestehe nicht, letzterer sei in den Zwischenzeiten leer, die Sonde hätte also keinen ihrer eigentlichen Zwecke zu erfüllen.

Russow hält die Magensonde bei den erwähnten Zuständen nur für ein diagnostisch notwendiges Uebel, sie weiter zu verwenden habe seine Nachteile, leicht würden durch sie in das Sondenfenster aspirierte Schleimhautteile losgerissen und somit Verletzungen gesetzt, die, zumal bei dem Säureüberschuss, zu Ulcusbildung führen können.

Rothberg ist missverstanden worden, er habe nicht für die Verwendung der Sonde Fürsprache einlegen wollen, sondern sich nur erkundigt, ob denn die Sonde als therapeutisches Mittel — z. B. bei versagender sonstiger Therapie — garnicht gebraucht würde.

Riemschneider: es scheine doch, als ob in ätiologischer Beziehung zwischen den alimentären und den rein nervösen Formen des Magensaftflusses keine scharfe Grenze zu ziehen sei.

Physiologisch sei ihm ein Umstand aufgefallen, über welchen er Aufklärung erbittet: wenn unter dem Reiz des pathologi-

schen Magensaftes der Pylorus sich krampfhaft zusammenzieht, so müsste doch die übrige Magenmuskulatur bei der langen Dauer solcher Zustände hypertrophieren, um das Passagehindernis zu überwinden, dabei müsste dann eine lebhafte Tätigkeit der Magenmuskulatur zur Beobachtung kommen, statt dessen findet man viel öfter Atonie des Magens, darin liege ein physiologischer Widerspruch.

Hartge: die Atonie kommt in der Weise zur Entstehung, dass durch den Pyloruskrampf eine Ueberdehnung der Magenmuskulatur vermittelt wird.

z. Z. Secretär: **Riemschneider.**

Sitzung vom 12. März 1910.

Präses: Meyer. Schriftführer: **Riemschneider.**

Dr. W. **Hollmann** hält seinen angekündigten Vortrag «**über Herzpercussion**». Der Vortragende wiederholt im Wesentlichen sein auf dem 1. Baltischen Aerztecongress erstattetes Referat (cf. Petersb. Medic. Wochenschr. 1909. Nr. 49) und demonstriert eine Reihe von Zeichnungen, die er mit Hilfe seines Orthographen gewonnen hat.

(Autoreferat).

Discussion:

Russow: «Gegen die sagittale Percussion habe ich schon bei Gelegenheit eines ähnlichen Vortrages von Dr. Hollmann auf dem 1. Baltischen Aerztecongress in der Discussion Bedenken geäussert und muss das damals Gesagte hier wiederholen: ich kann es mir nicht vorstellen, dass bei einem Percussionsstoss in sagittaler Richtung an den Seitenteilen des Thorax die Erschütterung sich wirklich hauptsächlich in der Schlagrichtung fortsetzt, es wird vielmehr, ebenso wie bei einem schiefen Schlag auf eine gespannte Saite, die Stosskraft sich nach dem Parallelogramm der Kräfte zerlegen in eine Componente, die senkrecht auf die Saite einwirkt und transversale Schwingungen derselben erregt und eine andere, die in der Spannungsrichtung der Saite verläuft und longitudinale Schwingungen hervorruft. Diese letzteren, welche das darunter liegende Lungengewebe garnicht weiter tangieren, geben ausserdem einen um viele Octaven höheren Ton. Ich glaube, dass diese Componente vernachlässigt werden kann. Es resultiert also beim sagittalen Stoss doch schliesslich nur eine senkrecht auf die Thoraxoberfläche einwirkende Erschütterung, diese kann man direct viel besser erzielen.

Mit **Hollmanns** anderer Forderung, dass man alle Schallphänomene in Betracht ziehen soll und nicht etwa wie **Goldscheider** eine einseitige Percussionsmethode als das «Wahre» hinstellt, bin ich durchaus einverstanden. Wir Aerzte sollen ebenso wie die Künstler uns bemühen, ein hohes Können zu erreichen; am besten ist es, die Percussion nach allen Richtungen hin durchzustudieren und sich auch hier zu einer— ich möchte sagen künstlerischen — Individualität auszubilden, einerlei in welcher Art, ich glaube, dass man auf vielen Wegen zu guten Resultaten gelangt.

Was die Versuche von **Geigel** anlangt, so habe ich sie auch nachgeprüft in ganz ähnlicher Versuchsanordnung wie **Geigel**, mit einem nautischen Octanten. Irgend eine allgemeine Bedeutung wird der Vorschlag wohl nie erlangen. Ausserdem glaube ich, dass **Geigel** bei seinen Versuchen nicht berücksichtigt hat, dass bei diesen Spiegelinstrumenten die Gradeinteilung halbiert ist. Wenn ich die halben Grade als ganze berechnete, kam ich zu sehr ähnlichen Resultaten wie **Geigel**. Wenn **Geigel** das von mir vermutete Versehen nicht passiert ist, so muss er wesentlich stärker percutieren wie ich».

(Autoreferat).

Pfaff: der demonstrierte Apparat ist nur zuverlässig, wenn der Kranke sich bei der Untersuchung ruhig verhält, was nicht immer der Fall sein kann. Würde es da nicht besser sein, die auf die Haut gezeichnete Figur einfach durchzupausen?

Hollmann: «Aus dem Gesichtspunkte heraus, dass Schallerzeuger und Schalleiter resp. Resonator bei der üblichen Schallpercussion streng auseinandergehalten werden müssen, indem ersterer ausserhalb des percutierten Mediums, letzterer in demselben eingeschlossen ist, verlange ich strict die von **Goldscheider** so warm befürwortete sagittale Percussionsrichtung im Gegensatz zu der bisher üblichen radiären. Das im Thorax eingeschlossene Lungenparenchym wirkt als Resonator, dabei werden jeweils diejenigen Tonhöhen aus dem Percussionsschalle verstärkt, resp. zur deutlichen Perception gebracht, welche dem Durchmesser der percutierten Lungenpartie entsprechen (**Selling**, **Talma**). Es ist also durchaus nicht gleichgültig, ob man in sagittaler Richtung von vorne her am Herzen vorbei percutiert, oder in radiärer von der seitlichen Thoraxwand auf das Herz zu — in diesem Falle würde eine zu grosse Projectionsfigur entstehen».

(Autoreferat).

Zu **Pfaffs** Einwendung bemerkt Redner, dass der Apparat die Aufnahme in der Stellung gestatte, die dem Patienten die bequemste ist, bei Orthopnoischen z. B. in sitzender u. s. w. Das Durchpausen bietet grosse Fehlerquellen, man erhält eine zu grosse Zeichnung, weil das Papier der gebogenen Thoraxfläche angelegt und nachher geglättet wird, wobei die Figur zu weit wird. Genauer ist das **Moritzsche** Verfahren mit der matten Visierscheibe, jedoch haften auch diesem Verfahren Fehler an.

Pfaff meint, dass bei motorischer Unruhe der Patienten unter Umständen ein Abbrechen und Neubeginnen der Aufnahme nötig werden kann.

Russow: «Zu **Hollmanns** Ausführungen über die Schallentstehung bei der Percussion möchte ich bemerken, dass wohl heute kaum jemand, der sich mit der Sache beschäftigt hat, glauben wird, dass der im Körperinneren, z. B. in der Lunge entstehende Schall direct wirkt. Unser Gehörapparat wird durch die Luftschwingungen erregt, die Luft erhält die Schwingungen durch die Bewegungen der erschütterten Oberfläche — also Brustwand, Plessimeter etc. Deren Schwingungen werden modificiert durch die Eigenschaften der darunter liegenden Organe — und nicht nur durch diese, sondern auch durch die weitere Umgebung, es klingt anders, wenn man in der Nähe einer Wand percutiert, ob man in einem leeren oder vollgekramten Zimmer percutiert u. s. w.»

(Autoreferat).

Hartge fragt, warum die hergebrachte Bezeichnung «absolute Herzdämpfung» abgeschafft werden soll?

Hollmann: weil der Begriff, der dieser Bezeichnung zu Grunde liegt, nicht der wirklichen Herzgrösse entspricht, es ist ja zuweilen nicht einmal das Herz, das da percutiert wird.

z. Z. Secretär: **Riemschneider.**

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— **Die Cholera in Russland.**

	Erkrankt und gestorben vom 5. bis zum 11. Sept.		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	285	(94)	4030	(1459)	7. Juni
» Kronstadt	4	(2)	232	(126)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	50	(37)	564	(283)	24. Juni
Stadt Archangelsk			2	(—)	10. »
Gouv. Olonez	1	(—)	15	(8)	7. Aug.
» Wologda	12	(2)	384	(205)	5. Juli
» Livland	21	(14)	49	(29)	14. »
» Kurland	7	(1)	11	(3)	25. Aug.
» Pskow	1	(—)	24	(8)	6. Juni
» Nowgorod	35	(15)	455	(211)	7. Juli
» Minsk	8	(4)	1363	(468)	18. Mai
» Mogilew	5	(—)	649	(293)	14. »
» Witebsk	39	(13)	213	(72)	21. April
» Smolensk	35	(10)	264	(128)	10. Juli
» Podolien	49	(16)	1027	(451)	7. »
» Wolynien	2	(2)	165	(96)	10. Juni
» Kiew	390	(176)	4233	(1602)	3. Mai
» Tschernigow	14	(7)	855	(376)	13. »
» Poltawa	20	(20)	3141	(1391)	3. »
» Charkow	1	(1)	6769	(3482)	8. »
» Orel	6	(1)	799	(373)	1. Juli
» Kursk	26	(20)	4333	(1905)	28. Mai
» Woronesh	10	(53)	8637	(4110)	27. »
» Tambow	114	(54)	4778	(2449)	29. »
» Pensa			1887	(876)	27. Juni
» Kaluga			237	(116)	1. Juli
» Tula			320	(143)	11. Juni
» Rjasan	24	(14)	2152	(930)	19. »
» Wladimir			447	(237)	6. Juli
» Moskau	2	(2)	195	(86)	15. Juni
» Twer	3	(1)	38	(16)	6. Juli
» Jaroslaw	23	(10)	1240	(636)	27. Juni
» Kostroma	20	(5)	3627	(1698)	27. »
» Nishnij Nowgorod	20	(10)	2306	(1017)	24. »
» Kasan	5	(2)	3422	(1476)	19. »
» Ssimbirsk	114	(101)	3403	(1669)	10. »
» Ssamara	526	(248)	14307	(6704)	9. »
» Ssaratow	220	(111)	5720	(2356)	7. »
» Astrachan	19	(16)	1854	(829)	15. »

	Erkrankt und gestorben vom 5. bis zum 11. Sept.		von Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Gouv. Stawropol	9	(3)	9450	(4881)	3. Juni
» Perm	12	(3)	738	(274)	3. Juli
» Wjatka	8	(4)	416	(198)	26. Juni
» Ufa			2029	(1007)	29. »
» Orenburg	120	(55)	2834	(1332)	4. Juli
Turgai-Gebiet	11	(4)	159	(83)	13. »
Ural-Gebiet	6	(4)	277	(157)	30. »
Gouv. Jekaterinoslaw	121	(62)	18730	(8600)	10. Jan.
» Taurien	13	(7)	4675	(2356)	7. Mai
Stadt Ssewastopol			77	(45)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	3	(1)	605	(273)	14. Mai
Gebiet der Donkosaken	63	(44)	21460	(9881)	21. »
Stadt Rostow am Don	2	(1)	2917	(1010)	7. »
Gouv. Bessarabien	4	(4)	112	(58)	17. Juni
Stadt Odessa	18	(11)	573	(309)	27. Mai
» Nikolajew			496	(209)	4. Juni
Gouv. Cherson	70	(30)	9554	(4206)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement			639	(230)	4. Juni
Kuban-Gebiet	54	(22)	23442	(12093)	26. Mai
Terek-Gebiet	18	(9)	4153	(1783)	28. »
Stadt Baku	23	(6)	1256	(526)	4. Juni
Gouv. Baku			1425	(767)	19. April
» Tiflis	18	(14)	1861	(700)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	56	(25)	1445	(694)	29. »
Gouv. Kutais	13	(5)	430	(193)	25. »
» Jelisawetpol	15	(12)	125	(97)	4. Juli
» Erivan	44	(24)	1124	(649)	8. »
Kars-Gebiet	38	(14)	1308	(603)	22. Juni
Batum-Gebiet			56	(25)	5. Aug.
Transkaspi-Gebiet			288	(165)	19. Juni
Fergan-Gebiet	6	(2)	6	(2)	11. Sept.
Ssyr-Darja-Gebiet	17	(13)	119	(69)	13. Juli
Gouv. Tomsk	8	(5)	263	(106)	8. Juni
» Tobolsk	2	(1)	254	(95)	9. Juli
Transbaikal-Gebiet	1	(1)	20	(11)	23. Aug.
Amur-Gebiet	26	(12)	39	(21)	29. »
Akmolinsk-Gebiet	24	(12)	706	(281)	23. Juli
Semipalatinsk-Gebiet	3	(2)	34	(22)	6. Aug.
Finnland	1	(—)	4	(—)	22. Juli
Im Ganzen	3038	(1474)	198246	(92329)	

— Cholera. Deutsches Reich. Vom 12. bis 18. September fand in Freiburg (Reg. Bez. Stade) 1 Erkrankung statt und in Marienburg (Westpreussen) 3 Erkrankungen und 1 Todesfall. — Oesterreich. Wien. Am 13. Sept. wurde 1 Erkrankung festgestellt. — Ungarn. In Mohacs, Pozsony, Vörösmart, Gönyö und Nagybajes fand je 1 Erkrankung statt. Alle 5 verliefen tötlich. — Italien. Vom 4. bis 10. Sept. erkrankten 74 und starben 56 Personen. — Britisch-Indien. In Kalkutta starben vom 7. bis 13. Aug. 13 Personen. — Straits Settlements. Singapore. Vom 4. bis 10. Aug. 3 Erkrankungen und 3 Todesfälle; in der Provinz Wellesley 10 Erkrankungen, 12 Todesfälle. — China. Ueber choleraverdächtige Erkrankungen wird aus Nintschwang und Mukden berichtet.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 7. bis 13. August 1543 Erkrankungen und 1037 Todesfälle. — Aegypten. Vom 3. bis 9. Sept. 6 Erkrankungen und 5 Todesfälle. — Mauritius. Vom 1. bis 28. Juli 8 Erkrankungen und 8 Todesfälle.

— Die Pest in Odessa. Seit dem Beginn der Epidemie bis zum 10. September sind 112 Personen erkrankt, 29 gestorben und 48 genesen. Am 12. Sept. fanden 2 Erkrankungen und 1 Todesfall statt, am 13. Sept. 1 Erkrankung und 1 Todesfall, am 14. Sept. 3 Erkrankungen und 1 Todesfall, darunter 1 Fall von Lungenpest mit tötlichem Verlauf. Am 15. Sept. 1 Erkrankung, am 16. keine, am 17. Sept. 1 Erkrankung und 1 Todesfall.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 29. Aug. bis zum 4. Sept. 1910 680 Personen. Darunter an Typh. abdom. 30, Typh. exanth. 0, Febris recurrens 0, Pocken 9, Windpocken 10, Masern 25, Scharlach 70, Diphtherie 44, Cholera 265, acut. Magen-Darmkatarrh 157, an anderen Infectionskrankheiten 70.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 730 + 53 Totgeborene + 55 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 13, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 5, Masern 7, Scharlach 13, Diphtherie 9, Keuchhusten 2, crupöse Pneumonie 25, katarrhalische Pneumonie 47, Erysipelas 7, Influenza 2, Hydrophobia 0, Pyämie und Septicaemie 13, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 87, Tuberculose anderer Organe 15, Dysenterie 6, Gastro-ent. epidem. 0, Cholera 134, Magen-Darmkatarrh 32, andere Magen- und Darmerkrankungen 47, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 46, Marasmus senilis 13, andere Todesursachen 199.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 4. September 12248. Darunter Typhus abdominalis 267, Typhus exanth. 4, Febris recurrens 15, Scharlach 207, Masern 30, Diphtherie 185, Pocken 59, Windpocken 2, Cholera 525, acut. Magen-Darmkatarrh 103, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 77, Tuberculose 558, Influenza 149, Erysipel 125, Keuchhusten 7, Dysenterie 2, Hautkrankheiten 43, Lepra 0, Syphilis 497, venerische Krankheiten 389, acute Erkrankungen 1880, chronische Krankheiten 1743, chirurgische Krankheiten 1614, Geisteskrankheiten 3392, gynäkologische Krankheiten 258, Krankheiten des Wochenbetts 73, verschiedene andere Krankheiten 44.

— Hochschulnachrichten.

Königsberg. Als Nachfolger von Prof. Lexer ist der o. Prof. und Director der chirurgischen Klinik in Greifswald Dr. E. Payr ernannt.

Catania. Dr. F. Caruso ist zum a. o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) im Dorfe Popowka (Kreis Rylsk, Gouv. Kursk) der Landschaftsarzt Dr. W. Godlewskij, geb. 1849, approb. 1873. 2) In Moskau Dr. A. Woronow, geb. 1870, approb. 1895. 3) In St. Petersburg Dr. P. Obosnenko, geb. 1862, approb. 1886.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 5. Oct. 1910.

Tagesordnung: Hesse: Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Typhus abdominalis und acuter Appendicitis.

Geschäftliche Sitzung: Wahl des Cassaführers.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 27. Sept. 1910.

Tagesordnung: 1) Petersen: Mitteilung über das Ehrlich-Hata'sche Mittel 606.

2) Albanus: Krankendemonstration.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

M. Oker-Blom. Anleitung zur sexuellen Aufklärung und Erziehung. Wien. P. Knepler. 1910. Prs. Mk. 2.50.

M. Ficker. Fortschritte der Schulhygiene. Charlottenburg. J. Müller. 1910. Prs. Mk. 1.50.

Отчетъ Императорской Санаторіи „Халила" за 1909 г. С.-Петербургъ. 1910.

Infantile Paralysis in Massachusetts in 1909. Boston. 1910.

The Occurrence of Infantile Paralysis in Massachusetts in 1908. Boston. 1909.

Dr. Sperling. Die Circulationsformel. Sonderabdruck aus der «Medicinischen Klinik». 1910. Nr. 9, 18 und 32.

H. Higier. Arteriitis acuta mit intermittierendem Hinken. Separatabdruck aus «Neurologisches Centralblatt». 1910. Nr. 17.

H. Higier. W sprawie rokowania przy Encephalitis i Polioencephalomyelitis acuta et subacuta infantum et adultorum. Odbitka z Gazety Lekarskiej. 1910.

Ф. К. Веберъ. Объ аппендицитѣ. С.-Петербургъ. 1910.

Th. Becker. Einführung in die Neurologie. Leipzig. G. Thieme. 1910.

С. Рабиновичъ. Гелуанъ близъ Каира. Зимній курортъ въ странѣ пирамидъ. С.-Петербургъ. 1910 г. Цѣна 40 к.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 9. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemesajatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Wratsch. Gaseta. 1910.

K. Kolosow: Beobachtungen über Anwendung des Fibrolysin bei Frauenkrankheiten. (Nr. 6).

Autor wandte das Fibrolysin in 15 Fällen von Endo-, Peri-, Parametritis, Metritis, Oophoritis etc. an ohne wesentlichen Erfolg.

L. Gusakow: Ueber Behandlung und Prognose der Placenta praevia. (Nr. 6 u. 7).

G. kommt zum Schluss, dass alle Methoden, die Uteruscontractionen bei heiler Fruchtblase hervorrufen, verworfen werden müssen, dass die Tamponade als nichtblutstillend und Infection befördernd nicht anzuwenden sei. Wenn zur Blutstillung das Platzen der Eihäute nicht genügt, soll die Metreuryse angewandt werden, was schonender für das Kind ist, als die Wendung nach Braxton Hicks. Bei vollkommenem Vorliegen der Placenta ist sie nicht abzulösen, sondern zu durchbohren und ist nach Stellung der Diagnose ungesäumt einzugreifen, ausser in der Klinik, wo man abwarten kann. Der Kaiserschnitt ist nur bei vollkommener Verlagerung der Placenta und bei ausgesprochenem Wunsche der Mutter zulässig.

Mediz. Obosren. 1909 u. 1910.

I. Alexandrow: «Eine Vaginalexstirpation der Gebärmutter bei einer Schwangerschaft im 5-ten Monat wegen Carcinoma colli uteri». Eine Krankengeschichte. (Nr. 13).

I. Jakub: «Myoma uteri mit Adenocarcinom der Ovarien». Eine Krankengeschichte. (Nr. 13).

I. Jakub: «Uterus puerperalis, compliciert mit einem submucösen Fibrom». Eine Krankengeschichte. (Nr. 13).

A. Madshuginski: «Exstirpatio uteri wegen Prolaps und Ventrofixation der Scheide». (Nr. 15).

Wegen Prolaps der Scheide war einer Frau die Colporrhaphia ant. et. post. gemacht worden. Nach 5 Monaten prolabierte mit der Scheide der Uterus. Als wiederholte Colporrhaphie u. Perineoplastik keine Dauerresultate ergaben, wurde der Uterus exstirpiert. Auch dieser Eingriff führte nicht zum Ziele und als wieder ein Scheidenprolaps erfolgte, bekam Verf. die Pat. in Behandlung. Verf. unternahm die Ventrofixation des Scheidengewölbes, da letzteres jedoch sehr dünnwandig war und nicht durchstochen werden durfte, damit keine Communication zwischen Scheide und Peritonealhöhle geschaffen würde, so hielt die Fixation nicht. Nun wurde erst die Dublierung des Scheidengewölbes mittelst Anfrischung von der Vagina aus vorgenommen. Die nun ausgeführte Ventrofixation ergab ein besseres Resultat und schien zu halten. Verf. ist der Meinung, dass die Uterusexstirpation wegen Prolaps nur nach dem Climacterium und nur, wenn der Uterus selbst krankhaft verändert ist, zulässig sei. Die Exstirpation muss mit der Plastik der Scheide combiniert werden.

P. Kusmin: «Zur Casuistik der Pubiotomie». (Nr. 19).

4 Krankengeschichten. In einem Fall kam das Kind tot zur Welt, wohl infolge einer vor der Operation versuchten Zangenextraction am hochstehenden Kopf. In einem Fall gab es bei der nach der Pubiotomie vorgenommenen Zangenextraction des Kindes eine Verletzung der Blase und Blutharn. Die darauf sich etablierenden Harnfisteln heilten bald u. Pat. konnte am 33-ten Tage gesund entlassen werden. 3 mal wurde nach Döderlein operiert, einmal nach Bumm oder Walcher, mit einigen Modificationen. Die Conj. vera betrug ca. 8 Cm. Eine dauernde Erweiterung des Beckens wurde nicht beobachtet. Ein Fall war schon einmal pubiotomiert worden.

I. Alexandrow: «Ein Fall von einer zweiköpfigen Missgeburt (dicephalus»). (Nr. 21).

Die Geburt ging spontan vor sich, erst wurde ein Kopf geboren, worauf durch Herabziehen desselben der Eintritt der vorderen Schulter unter die Symphyse erleichtert werden sollte. Dieses erfolgte jedoch nicht. Erst nach starkem Heraufziehen des Kopfes nach oben, schnitt am Damm die rechte Schulter mit der Hand durch, worauf Rumpf und kleine Teile folgten. In diesem Moment hing der Foetus am Halse des zweiten Kopfes, welcher als letzter durchtrat. Unmittelbar nach der Geburt waren Bewegungen des Rumpfes und der Lippen des zweiten Kopfes wenige Secunden lang wahrnehmbar. Im Röntgenbild zwei Wirbelsäulen mit Rippen erkennbar und 2 Kreuz- u. Schaufelbeine. Sectionsprotocoll: Bauchorgane in der Einzahl, nur die grosse Leber ist gleichsam aus zwei Organen verschmolzen. Nabelgefässe normal. Rechts ein Defect im Diaphragma und eine Hernia diaphragmatica. Ein Teil der Leber und der Darmschlingen, sowie einer der zwei Mägen befanden sich in der Pleurahöhle. Der Vorhof des Herzens einkammrig mit einem Vorsprung an der Wand, der jedoch den Vorhof nicht in 2 Abteilungen teilt. Die Herzkammern in 2 Abteilungen geteilt, wobei der rechte Ventrikel grösser und dickwandiger ist. Die Atrioventricularklappen normal. Der Thorax durch eine fettreiche Bindegewebsmembran in zwei Hälften geteilt, welche zwei Lungen beherbergen, von welchen die rechte kleiner als die linke. Beide jedoch bestehen aus einer linken und einer rechten Lunge. Beide oberen Hohlvenen münden in den Vorhof, welcher unten in eine aufsteigende Hohlvene übergeht. Aus der linken Kammer entspringt eine starke Aorta, welche in die Aorta thoracica übergeht. Aus dem rechten Ventrikel geht die Arteria pulmonalis für die linke Seite zur linken Doppellunge und die dextra zur rechten kleineren, aber dennoch paarigen Lunge ab und eine zweite linke Aorta, welche einen im oberen Teil entwickelten Truncus anonymus hat, jedoch weiter abwärts als thoracica nicht erkennbar ist. Zwei Speiseröhren führen zu zwei Mägen, welche in Bezug auf Cardia und Pylorus, richtig gelagert sind, der rechte Magen liegt jedoch im Thoraxraum. Zwei Duodena ver-

schmelzen in ihrem verticalen Teil und gehen in einen Darmtractus über. Zwei Nieren. Geschlechtsteile normal.

S. Ssasonow: «Ruptur des Uterus während des Geburtsactes mit Blutung in die Bauchhöhle». (Nr. 3).

Die hintere Uteruswand war durch scharfe Exostosen der Wirbelsäule zwischen dem 4 u. 5. Lendenwirbel usuriert; es erfolgte eine unvollständige Ruptur des Uterus. Da die Blutung nicht in die Uterushöhle, sondern ausschliesslich in die Bauchhöhle erfolgte, konnte sie nicht rechtzeitig festgestellt und gestillt werden. Die Pat. ging zugrunde.

N. Prosorowski: «Ueber narbige Veränderung des inneren Muttermundes bei der Geburt». (Nr. 5).

Eine Frau hatte bereits 2 mal geboren, das erste Mal war es eine Zangengeburt. Das zweite Mal hatte die Geburt lange gedauert, und war schliesslich durch Herabziehen des Steisses mit dem stumpfen Haken und Perforation des nachfolgenden Kopfes beendigt worden. Zu der hier mitgeteilten 3-ten Geburt nun war Pat. in das Krankenhaus gekommen. Es lag eine Querlage vor. Bei der Untersuchung erwies sich die Portio als nicht verstrichen, für 2 Finger passierbar. Etwa 3 Centim. vom Orificium externum stellte der Cervicalcanal einen Muskelring dar, welcher an das Orificium internum erinnerte und für 2 Finger passierbar war. Hinter diesem Ring lag eine trichterförmige erweiterte Höhle von 5—7 Ct. Höhe; im Centrum der oberen Wand befand sich eine Oeffnung für 2 Finger passierbar mit narbigen glatten Rändern; aus dieser hingen weiche Teile heraus, es war der Hodensack. Durch diese Oeffnung gelangte der untersuchende Finger in die Uterushöhle. In der Narkose wurde der Narbenring incidiert, die Wendung auf den Fuss gemacht und die Geburt der Natur überlassen. Mit einiger Nachhilfe wurde in ¾ Stunden ein lebendes Kind geboren. Die Incision am Narbenring wurde vernäht. Der Verlauf war befriedigend. Die Narbe stammte wohl von den instrumentellen Eingriffen der 2 ersten Geburten.

Mickwitz.

Marine- und Militärwesen.

(Wojenno-Medizinski Shurnal 1909 u. 1910).

N. Schebajew: Ein seltener Fall eines primären diffusen Lungenkrebses. September.

Ein 24-jähriger Soldat trat am Nachmittage ins Hospital ein unter Klagen über starke Kopfschmerzen und allgemeines Krankheitsgefühl; er starb in derselben Nacht unter Collapserscheinungen. Bei der Obduction erwies sich, dass ein diffuser primärer Lungenkrebs vorlag, ferner eine katarrhalische Pneumonie in beiden Lungen, deutliche Hirnhyperämie.

A. Schaada: Die militär-hygienische Station in Eupatoria. September.

Die hygienische Station in Eupatoria ist für Officiere und Soldaten bestimmt, die in den Schlammbädern von Sacki in der Krimm eine Cur durchgemacht haben und erholungsbedürftig sind. Beschreibung.

E. Ernst: Die Beschäftigung mit den inneren Krankheiten in Berlin. October.

Beschreibung seiner Studien auf den verschiedenen Gebieten der inneren Medicin einschliesslich der Röntgenographie.

D. Gortscharenko: Die Aetiologie, die Ursachen der Entwickelung in der Armee und die Behandlung des Scorbutes. December.

Ueber die Ursache des Scorbutes steht noch nichts Bestimmtes fest, so wird ein Mangel an Kalisalzen in der Nahrung angenommen, doch steht diese Theorie auf schwachen Füssen: eine weitere Theorie nimmt eine septische Intoxication an und schliesslich wird eine specifische bakterielle Infection angenommen. Neben verdorbenem Mehl spielte beim Entstehen des Scorbutes in Fäulnis übergegangenes Fleisch die Hauptrolle; zu dieser Intoxication gesellt sich wohl eine Autointoxication vom Darm aus, aber keine Infection mit einem specifischen Contagium. Es müsste in der russischen Armee den Aerzten mehr Einfluss auf die sanitären Einrichtungen, Nahrung etc. eingeräumt werden.

S. Trublajewitsch: Zwei seltene Fälle von Belladonnavergiftung. December.

2 Soldaten waren von einer Köchin mit einem Liqueur tractiert worden, nach dessen Genuss sie eine acute hallucinatorische Psychose (Vexierhallucinationen Börhofers) durchmachten. Der Liqueur war ein Belladonnabeerenaufguss.

M. Iwanow: Löfflersche Diphtheriebakterien im Knochenmark bei Diphtherie. December.

Bei einem an schwerer Rachendiphtherie verstorbenen Soldaten untersuchte Autor das Mark der rechten Femurdiaphyse, in dem sich Reinculturen von Löfflerschen Bacillen fanden.

K. Andrejew: Ueber combinierte Typhuserkrankungen. December.

Autor beschreibt zwei Fälle von Combination einer Febris recurrens, das erste Mal mit Typhus abdominalis, das zweite Mal mit Flecktyphus. Die 2 Patienten hatten im Militärgefängnis zugebracht, wo alle diese Krankheiten beobachtet worden waren. In beiden Fällen wurden Obermeyersche Spirochäten im Blute nachgewiesen, im ersten war ausserdem ein positiver Widal vorhanden, im zweiten trat ein deutliches, typisches Fleckenexanthem im Laufe der Wiedererkrankung nach vorhergegangener Besserung ein.

P. Lewonewski: Chirurgische Beobachtungen in Nord-Amerika. October.

Seine Beobachtungen hat Autor vorwiegend in dem Hospital der Brüder Mayo in Rochester angestellt, das sich eines grossen Rufes erfreut, ebenso wie seine Leiter und Besitzer. Bei Krankheiten der Unterleibshöhle werden die Patienten in der heissen Wanne untersucht, was in Europa nicht gebräuchlich ist. Bei jeder Frau werden die Brustdrüsen untersucht. Bei Verdacht auf Appendicitis die Nieren, da häufig Nierenkoliken Veranlassung zu Verwechselungen mit Appendicitis geben. Bei schweren Anämien wird auf das Antrum Highmori und Sinus frontalis geachtet, als häufige Ursache dieser. Die Desinfection von Patienten und Aerzten bietet nichts Bemerkenswertes; operiert wird in Gummihandschuhen. Die Narkose besorgt ein speciell sich hiermit beschäftigender Arzt, sie wird mit Aether ausgeführt, seltener mit Chloroform. Nach den amerikanischen Chirurgen besteht ein Zusammenhang zwischen Frauenkrankheiten und Gallensteinen. Weiter Beschreibung des Verfahrens bei den verschiedensten wichtigsten Operationen.

P. Sklifassowski: Uebersicht über die Operationen, die in den Militärhospitälern in der Mandschurei bis zum 1. September 1905 zur Ausführung kamen. December.

An 14194 Verwundeten wurden in der 2. mandschurischen Armee 682 Operationen ausgeführt, 9 endeten tödlich; hiervon waren 68 Amputationen, 20 Resectionen, 21 Trepanationen, 4 Laparotomien, 17 Arterienunterbindungen u. s. w. Verletzungen mit der kalten Waffe wurden in 200 Fällen registriert.

A. Worobjew: Zur Casuistik der Schusswunden aus nächster Nähe in die Kinngegend. December.

Autor beschreibt 3 Fälle von Schusswunden in die Kinngegend, die sich 3 Soldaten in selbstmörderischer Absicht beigebracht hatten. Ungeachtet der grossen Zerstörungen trat in allen Fällen Heilung ein und wurden die Defecte durch plastische Operationen gut gedeckt. Die grossen Defecte sind mehr durch die Pulvergase verursacht, als durch die Kugel, der Druck der Gase wird auf 2800 Athmosphären berechnet. Die Tracheotomie wird fast immer nötig sein.

W. Pletenew: Die Sterilisation der Seidenligaturen in Glycerin bei 140—150°. December.

Obgleich Glycerin erst bei 200° kocht, so genügt ein Einlegen von Seidenligaturen auf 5 Minuten in Glycerin, das auf 140° erwärmt wird, um sie vollkommen zu sterilisieren.

A. Dalgat: Traumatische Aneurysmen der Art. carotis communis. Januar.

Beschreibung von 3 Fällen von Aneurysmen der Carotis communis, 2 entstanden nach Schussverletzungen im Kriege, eine nach einer Messerwunde. Weljaminow exstirpierte die Aneurysmen, in einem Falle Unterbindung nach Anel. In 2 Fällen Heilung, in einem Tod nach der Operation im Coma. In einem Fall entstand eine Woche nach der Verwundung ein starkes Geräusch im linken Ohr und Lähmung der linken Hand.

W. Ablow: Ueber die chirurgische Hilfe in den Heerteilen des Militärbezirkes von Irkutsk. Januar.

Nichts Bemerkenswertes.

J. Alfejew: Untersuchung der mathematischen Formeln, die von verschiedenen Autoren zur Bestimmung der physischen Stärke vorgeschlagen worden sind. November und December.

Die besten Formeln zur Bestimmung der physischen Tüchtigkeit der Rekruten sind die von Mischnewski und Pinier, die Formeln der Militärbehörden sind die alleruntauglichsten. Ueberhaupt lässt sich aber keine mathematisch-absolute Formel aufstellen. Im allgemeinen sind die Leute mittleren Wuchses die kräftigsten, gesundesten und ausdauerndsten.

P. Gorski: Ueber Pockenimpfung der jungen Soldaten. December.

In der russischen Armee waren von den Rekruten ungefähr 34,0 pCt. nicht geimpft in den letzten Jahren und wurden erst bei ihrer Einreihung in die Armee der Pockenimpfung unterzogen; etwa 20 pCt. der Rekruten wiesen Pockennarben auf, besonders die aus der Wolgagegend. Etwa die Hälfte aller Geimpften wurde mit Erfolg vacciniert. Auch bei

19,9 pCt. der Rekruten mit Pockennarben gab die Vaccination ein positives Resultat.

A. Federolf: Die hygienischen Eigenschaften der Kleidung der russischen Soldaten. Januar.

Ohne allgemeines Interesse.

A. Myssowski: Die Ernährung der Soldaten im 205. Ismailowschen Reserveregiment nach vergleichenden Tabellen mit den Tabellen von Prof. Danilewski. Januar.

Der Nährwert der Nahrung ergab pro Tag und Soldat 118,2 Eiweiss, 64,6 Fett, 610,4 Kohlhydrate = 3599 Netto Calorie, was die von Voit geforderten Mengen sogar etwas übertrifft. Die Commission unter Prof. Danilewski hat eine Scala aufgestellt, die noch höhere Werte enthält: 127,0 Eiweiss, 70.0 Fett, 673,0 Kohlehydrate = 3998,8 Calorie.

A. Andrshejewski: Ueber eine der prophylactischen Massregeln zur Bewahrung der Armee vor Infectionskrankheiten. Januar.

Autor schlägt eine Controlle der Dörfer vor, in die die Urlauber sich begeben; er erhält wöchentlich vom Medicinalinspector der Gegenden, aus denen sich das Regiment rekrutiert, Berichte über den Verlauf der epidemischen Krankheiten.

A. Federolf: Die Ernährung der österreichischen Armee. Februar.

Im Durchschnitt erhält der österreischische Soldat 113,7 Eiweiss, 56,1 Fett, 581,9 Kohlehydrate = 3373,7 Brutto Calorie, was nach Pettenkofer-Voit an Eiweiss zu wenig ist. Die Kriegsration ist erhöht.

P. Kallistratow: Ueber den Rekrutenempfang. Februar.

Es werden viele unbrauchbare Elemente angenommen, die später brakiert werden müssen. Die Commissionen und der Modus des Empfanges müsste geändert werden.

P. Gubarew: Ueber das alte Thema der Behandlung der Zähne der Soldaten. März.

G. weist auf die dringende Notwendigkeit hin, diesem Zweige der Medicin und Hygiene bei der Armee grössere Aufmerksamkeit zu widmen.

J. Kreindel: Der Sanitätsdienst auf den vordersten Positionen. März.

Beschreibung und Kritik des Sanitätsdienstes auf den vordersten Positionen während des letzten Krieges. An der Kleidung hat Autor auszusetzen, dass sie unrationell sei und der Soldat zu schwer belastet sei; er gibt die Belastung im Sommer auf 1 Pud 17 Pfund = 25,342 Klgr. an, im Winter auf 2 Pud 6 Pfund = 35,218 Klgr.; die Sommerbelastung ist jedenfalls geringer als in anderen Armeen (der deutsche Soldat trägt über 30 Klgr., der römische Krieger hatte beständig sogar mehr wie die Hälfte seines Körpergewichtes an Waffen und der Ausrüstung zu schleppen).

A. Federolf: Die Conservierung der Milch für die Armee zu Kriegszeiten. April.

Autor bespricht die verschiedenen Präparate condensierter Milch und ihren Keimgehalt. Hatemacker conserviert bei hoher Temperatur über 100° und erhält ein trockenes pulverförmiges Präparat. In Oesterreich ist ein Präparat «Gallak» in Gebrauch, das ebenfalls allen Anforderungen entspricht und nicht teuer ist, in Deutschland sind die Versuche noch nicht abgeschlossen.

P. Pospelow: Ueber die Verbreitung der Cholera vermittelst der Nahrungsmittel. April.

Auf Grund von Versuchen lässt sich darüber folgendes sagen: der Choleravibrio ist äusserst unempfindlich der Zusammensetzung der Nahrungsmittel und dem Zusammenleben mit anderen Mikroorganismen gegenüber; er ist wenig anspruchsvoll der Temperatur gegenüber, empfindlich der Austrocknung des Nährbodens gegenüber; er ist empfindlich gegen Säuren und degeneriert auf sauren Nährböden; ferner ist er auch empfindlich gegen stark salzige Producte. Der Choleravibrio wächst gut auf festen und flüssigen Nährböden, die reich an organischen Bestandteilen sind; im Wasser wächst er nur, so weit dieses mit organischen Substanzen verunreinigt ist. Weine und Wasser verdünnt töten den Vibrio in 10—15 Minuten. Auch Biere töten ihn ab, doch ist ihre Wirkung schwächer. Dieses hängt von ihrem Säuregehalt und den sauren Salzen in ihnen ab, nicht vom Alcohol, denn verdünnter Kornbranntwein z. B. tötet Choleravibrionen nicht einmal in 5 Stunden.

W. Kopossow: Der Einfluss der Militärgefängnisse auf Gewicht und Gesundheit der Gefangenen. Mai.

Eine kurzdauernde Haft bis zu einem Monat lässt das Gewicht der Gefangenen im allgemeinen unbeeinflusst, bei längerer Haft magern die gefangenen Soldaten ab, je längere Haft, desto grösser der Gewichtsverlust. Erkrankungen und Dienstuntauglichkeit kommen bei den Gefangenen verhältnismässig seltener vor, als in der Armee, venerische Krankheiten sind häufiger (Infection schon vor dem Eintritt natürlich erfolgt), Syphilis verläuft schwerer als ausserhalb der Gefängnisse; die Haft prädisponiert zu Nerven und Geisteskrankheiten, wenn es sich nicht bereits um prädisponierte Individuen handelt, die leichter in die Gefängnisse geraten. Die Haft begünstigt den Ausbruch und die Entstehung einer Phthisis pulmonum und ebenso die des Scorbutes.

Innere Krankheiten.

K. Andrejew: Ueber combinierte Typhuserkrankungen. Januar.

Beschreibung eines Falles von Combination des Flecktyphus mit Febris recurrens (Rückfalltyphus). Der erste Anfall der F. recurrens fiel ins Incubationstadium des Flecktyphus, der zweite Anfall trat gleichzeitig mit dem Eintritt des Flecktyphus auf, als das Exanthem am 3. Tage (statt wie gewöhnlich am 4. oder 5. Tage) auftrat, waren noch Spirochäten im Blut nachzuweisen. Genesung. In dem anderen beschriebenen Fall handelte es sich um eine gleichzeitige Erkrankung an Tyhhus abdominalis und F. recurrens; der erste Anfall der F. recurrens fiel mit dem Eintritt der Roseola zusammen. Der Pat. starb.

A. Fewnitzki: Ueber Enuresis nocturna. Januar.

Referierende Arbeit.

B. Slatowerchownikow: Ueber die Behandlung der Lungenphthise mit Tuberculinum purum. Februar.

Autor behandelte 12 Fälle von Lungenphthise mit dem russischen «Tuberculinum purum». Der Husten schwand nach einem vollen Cursus der Behandlung bei 10 Patienten, bei 7 schwanden die Nachtschweisse, die Temperatur wurde normal bei 6 Kranken, niedriger bei 2; die Kochschen Bacillen schwanden aus dem Sputum bei 2, wurden weniger zahlreich bei 4 Kranken; das Gewicht nahm zu bei 10, blieb gleich bei 1, nahm ab bei 1 Kranken; die katarrhalischen Erscheinungen in den Lungen verringerten sich bei 6, blieben unverändert bei 6 Kranken.

M. Iwanow: Ein Fall von generalisierter Vaccine. (Vaccina generalisita). Februar.

Im Anschluss an eine präventive Vaccination auf seine Arme entstanden bei einem jungen Soldaten von 23 Jahren 400 Pusteln über den ganzen Körper zerstreut. (Vaccinola). Dabei war das Allgemeinbe..nden kaum gestört, die Temperatur normal.

N. Topalski: Ein neues Verfahren zur Aufsuchung von Eiern von Eingeweidewürmern in den Ausleerungen. Februar.

Ein neues Verfahren zur Aufsuchung der Eier von Eingeweidewürmern hat der Pharmaceut Olschewski gefunden: die Excremente werden sorgfältig bis zu breiig-dünner Consistenz mit einer 3—4 pCt. Formalinlösung gemischt, dann durch Marly in einem Trichter durchgeseiht, der Rückstand wird noch einige Male durchgewaschen; dann wird das Durchgesuchte centrifugiert. Der beim Centrifugieren gewonnene Rückstand wird dann mit der 2—3fachen Portion des Schweizerschen Reactivs übergossen, alles kräftig durchgeschüttelt und 24 Stunden ruhig gestellt. Nach 24 Stunden wird das Gemisch centrifugiert, die obere blaue Schicht abgegossen, der Rückstand mit Wasser übergossen, wieder durchgeschüttelt, und so fort, bis die nachbleibende Flüssigkeitssäule über dem Bodensatz ziemlich klar ist. Dann wird das Wasser nach Möglichkeit abgegossen und der Bodensatz mit einer gesättigten Chloralhydratlösung in doppelter Portion versetzt. Diese Lösung lässt man 1—2 Stunden stehen, giesst dann das Chloralhydrat ab und untersucht unter dem Mikroskop.

A. Koritzki: Der Unterleibstyphus im Nicolai-Militärhospital in St. Petersburg im Jahre 1908. März.

Es kamen im genannten Jahre 310 Soldaten zur Behandlung, so dass die Zahl der Typhuskranken nur von den Jahren 1905 und 1906 übertroffen wird; hiervon entfielen auf die Garnison der Hauptstadt 288 Kranke und von diesen waren 46 Rekruten. Im Herbst und Winter war die Zahl der Erkrankungen am grössten. In 75 pCt. der Fälle fiel der Widal positiv aus. Die Sterblichkeit betrug 49 = 15,8 pCt., was sich durch die Schwere der Epidemie erklärt, auch bei der Civilbevölkerung war die Sterblichkeit eine hohe; in allen Fällen von Exitus letalis handelte es sich um Complicationen, wie Peritonitis, Perforationen, Parotitiden, Ateromatosis endocardii, Tuberculose etc. Im allgemeinen liess sich feststellen, dass die Dauer der Fieberperiode 3—3½ Wochen im Durchschnitt betrug, d. h. der Zeitperiode der Lebensdauer der Typhusbacillen im Blute entspricht. Von einzelnen Organen werden von Eiterungen am häufigsten befallen die Lungen, Ohren und Gaumen. Die Behandlung war die gewöhnliche, Wannen meist von 27—28°, selten kühle von 24° und ganz kühle von 15°, Abwaschungen etc., von Medicamenten kamen selten Calomel, als Tonicum Chinin und als Desinficientien Benzonaphtol und Salol zur Anwendung. Das von den Amerikanern empfohlene Acetozon (Park, Davis u. Co.) wirkte eher schädlich.

S. Sokolow: Zur Aetiologie der epidemischen Gastro-Enteritiden. April.

S. beobachtete in seinem Regiment in Novo-Georgiewsk mehrfach Gastro-Enteritiden, die der sog. Cholera nostras glichen, im allgemeinen acut verliefen, nur in wenigen Fällen einen mehr chronischen Charakter annahmen und mit den Manövern begannen. Autor ist der Ansicht, dass es sich um Nahrungsmittelvergiftungen handelt, verursacht in den meisten Fällen durch schlecht gewordenes Fleisch oder Fleisch von kranken Tieren.

E. Kigel, Clonische Diaphragmakrämpfe auf der Basis von Hysterie. März.

Ein jüdischer Soldat litt an einem jeglicher Therapie lange Zeit widerstehenden Singultus, der als ein hysterischer vom Autor aufgefasst wird.

N. Lisewitsch: Ein Fall von Cardiorhexis spontanea. April.

Bei der Obduction eines chronisch-alcoholischen Officiers von 41 Jahren, der plötzlich verstorben war, erwies es sich, dass die Todesursache eine spontane Herzruptur war; nebenbei bestand Nephritis parenchymatosa und Cirrhosis hepatis. Die Rupturstelle befand sich an der hinteren äusseren Wand des linken Vorhofes, 2 Ctm. recht unterhalb der Atrioventricularwand, die unregelmässige Ränder zeigte und 3 Ctm. lang war.

J. Tikanadse: Zur Frage über chirurgische Eingriffe bei Schussverletzungen der Harnblase. Februar.

Eine 28-jährige Person wurde im Streite in dem Moment verwundet, als sie unter das Bett kriechen wollte (in der Position à la vache). Die Kugel drang durch den rechten Oberschenkel, durchschlug die Blase und blieb in der Nähe des linken Tuber ischii (Röntgenbild) stecken. Der Verdacht einer Verletzung der Blase riefen Harnbeschwerden, bald nach der Verletzung auch Schmerzen im Unterleibe hervor. Die Cystoskopie zeigte Ein- und Ausschuss in den Blasenwänden. Sectio alta, Vernähung der Schusswunden mit 2, resp. 3 Catgutnähten von innen her, vollkommene Heilung.

W. Dedow: Kurze Uebersicht über die Tätigkeit des Aschabader Lazarettes im Jahre 1908. Februar.

Nichts Bemerkenswertes.

K. Malinowski: Zwei Fälle von angeborenen seitlichen Halsfisteln. März.

Bei einem 22-jährigen Armenier fand sich etwas rechts von der Mittellinie am Halse eine Fistel, die in eine etwa haselnussgrosse Kammer führte, von wo aus ein dünner Gang sich bis in den M. mylohyoideus verfolgen liess. Exstirpation des secernierenden mit Schleimhaut ausgekleideten Kanales. Der zweite Fall ist ein pathologisch-anatomisches Präparat mit 2 Kanälen im Halse hinter dem weichen Gaumen, die zu den verdeckt liegenden Mandeln führte.

E. Jürgens: Ueber Nasentamponade. März.

J. empfiehlt die Einführung eines Jodoformmarlytampons auf einer dünnen Sonde in die Nase von aussen; der Tampon soll aus mehreren Schichten bestehen und aus der Nasenöffnung herausragen.

N. Poroschin: Bericht über die Tätigkeit der chirurgischen Abteilung des Pätigorsker Hospitals von 1900—1908. März.

Ohne allgemeineres Interesse.

P. Lewonewski: Die Klinik für Harnkrankheiten von Prof. Albarran in Paris. April.

Genaue Beschreibung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei den Krankheiten des Urogenitaltractus in der Klinik von Albarran.

M. Markowitsch: 21 Fälle von Rückenmarksanästhesie nach Bier. Mai.

Autor hat unter Lumbalanästhesie 21 grössere Operationen ausgeführt, wie Herniotomien, Operationen an den grossen Knochen der unteren Glieder, Blasenoperationen etc. und spricht sich sehr befriedigt über die Resultate aus. Besonders für den Militärarzt ist das Verfahren wichtig, der auf dem Verbandplatze häufig ohne Hilfe operieren muss und daher keine Narkose mit Chloroform oder Aether ausführen könnte. Bei Herz-Nierenkranken ist die Lumbalanästhesie unersetzlich.

E. Ernst: Bericht über eine Abcommandierung ins Ausland. Die Kliniken von Prof. v. Noorden, Neusser, Strümpel und Sahli. Mai.

Nicht zum Referat geeignet.

A. Semenow: Ein Fall von eitriger Peritonitis durch Thrombose der Vena iliaca externa bei Typhus. Mai.

Bei der Obduction eines an Typhus und Peritonitis verstorbenen Soldaten erwies es sich, dass es sich bei ihm nicht um eine Perforationsperitonitis von einem Darmulcus aus gehandelt hatte, sondern dass eine eitrige Thrombophlebitis venae iliacae externae die Peritonitis hervorgerufen hatte.

W. Schiele.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Westn. psich., nevrol. i exper. psich. 1910. Nr. 1—3).

A. Schtscherbak: Zur Aetiolgoie der amyothrophischen Lateralsclerose. (Nr. 1).

54-jähriger Patient geht an der sehr schnell verlaufenden Krankheit zu Grunde. Die offenkundige Dauer betrug höchstens 5—6 Monate. Ausser schweren moralischen Erschütterungen lag kein zureichender Grund für die Erkrankung vor. Dagegen hatte Pat. gegen seine Fettleibigkeit Zandersche Gymnastik und physische Arbeit im Uebermass betrieben, selbst dann noch, als er schon die Muskelschwäche verspürte. Verf. möchte die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit lenken, dass Systemerkrankungen der motorischen Neurone unter dem Einflusse intensiver Gymnastik und physischer Arbeit entstehen, wenn diese Factoren als therapeutische Methoden ohne entsprechende Individualisierung und ärztliche Controlle angewandt werden. Referent sieht in diesem Falle ein typisches Beispiel für die Aufbrauchstheorie Edingers in der Aetiologie der Nervenkrankheiten.

M. Astwazaturow: Ueber Pseudotabes gliomatosa und über die Veränderungen der Gefässe bei Syringomyelie. (Nr. 1).

59 jähriger Arbeiter. Keine Lues. Unmittelbar nach einem Trauma beginnen tabische Symptome sich zu entwickeln: Ataxie, lancinierende Schmerzen in den Beinen, Blasenstörungen, Fehlen der Patellarreflexe, Ungleichheit der Pupillen, fehlende Lichtreaction. Bei der Section wird die Diagnose Tabes scheinbar durch den makroskopischen Befund bestätigt: Graufärbung und Eingefallensein der Gegend, welche den Hintersäulen entspricht. Dagegen zeigt die mikroskopische Untersuchung eine Gliose im Centralteil der grauen Substanz, besonders ausgeprägt im Lumbalteile. Die Hintersäulen zeigen Veränderungen, welche für Tabes nicht charakteristisch sind. Verf. zieht folgende Schlüsse: 1) Einige Formen der Syringomyelie werden begleitet von einer auffallenden Hyperplasie der Gefässe, welche in Form von paket- und guirlandenförmigen Bündeln verteilt sind. Die neugebildeten Gefässe zeigen arteriosclerotische Veränderungen. Zusammen mit der Hyperplasie der Gefässe wird auch eine Entwicklung des Bindegewebes beobachtet, welches in die umgebende Nervensubstanz eindringt. 2) Die unter 1) genannten Veränderungen werden nicht nur in der grauen Substanz beobachtet, sondern auch in der weissen (Hintersäulen). Sie begleiten den gliomatösen Process und die Höhlenbildung, scheinen aber bisweilen diesen Vorgängen auch vorauszugehen. 3) Die unter 1) genannten Erscheinungen können durch ihre hauptsächliche Localisation in den Hintersäulen einen tabischen Symptomencomplex bedingen (Pseudotabes gliomatosa). 4) Die Entstehung tabischer Symptome infolge eines Trauma und das Fehlen von Lues in der Anamnese müssen den Verdacht auf Pseudotabes gliomatosa erwecken.

L. Gutmann: Manisch-depressive Psychose und der Charakter der Associationen bei ihr. (Nr. 1).

Experimentelle Untersuchungen nach der Aschaffenburgschen Methode an 5 gesunden Personen, 7 manischen und 6 melancholischen Kranken. Die mittlere Geschwindigkeit (die arithmetische und die wahrscheinliche) der ersten Reaction betrug bei allen Gesunden 1,8 oder 1,6, bei den Maniacis 2,11 oder 1,8, bei den Melancholikern 5,08 oder 4,0 Secunden.

S. Rodionow: Zu den Autointoxicationspsychosen bei Erkrankung der Nebennieren. (Nr. 2).

Eine Krankengeschichte. 58-jähriger Bauer erkrankt plötzlich an starker motorischer Erregung mit nachfolgenden Wahngehörshallucinationen und getrübtem Bewusstsein; Tod nach 28 Tagen unter den Erscheinungen der allmählichen Entkräftigung und Herzinsufficienz. Section zeigte ein primäres Carcinom beider Nebennieren mit mannsfaustgrosser Metastase in der rechten Lunge. Die Psychose erklärt sich Verf. nur durch die Sistierung der Secretion der Nebennieren. Krebskachexie war in diesem Falle nicht vorhanden, und macht überhaupt selten psychische Störungen.

M. Nikitin: Ein Fall von Atrophie im Verzweigungsgebiete des ersten Trigeminusastes. (Nr. 2).

13-jähriges Mädchen. Vater hat Lues vor der Ehe acquiriert. Im 8. Lebensjahre trat bei der Patientin auf dem rechten Scheitel im Umfange etwa eines Fünfkopekenstückes eine Hautaffection ein. Während $1^1/_2$ Monate entleerte sich dort eine eiterähnliche Flüssigkeit und bildeten sich Borken. Hieran schloss sich eine langsam fortschreitende Atrophie im vorderen behaarten Kopfe und im oberen Abschnitte des Gesichts rechterseits. Seit $1^1/_2$ Jahren ist dieser Process zum Stillstande gekommen. Die Untersuchung zeigt eine Atrophie der Haut, vielleicht auch teilweise der tiefergelegenen Gewebe, deren Ausdehnung im allgemeinen ziemlich genau der Verbreitung des ersten Trigeminusastes entspricht. Andere

Symptome von seiten des Trigeminus sowie solche des Sympathicus fehlen. — Verf. schliesst Hemiatrophia facialis progressiva aus, ebenso eine Sympathicuserkrankung und ist geneigt, die Affection als atrophisches Stadium der Sclerodermie aufzufassen.

A. Juschtschenko: Katatonieähnliche Symptome bei Hunden, denen die Schilddrüse entfernt wurde. Zur Physiologie der Schilddrüse. (Nr. 2).

An zwei Hunden wurden nach Entfernung der Schilddrüse folgende Symptome beobachtet: Rigidität in den Muskeln, Zittern, einfache und compliciertere einförmige Bewegungen, Speichelfluss, Temperaturerniedrigung, Indifferentismus, passives Verhalten zur Umgebung und andere Erscheinungen, welche auf eine Hemmung der psychischen Tätigkeit hinwiesen. Alle diese Erscheinungen erinnern an Symptome, welche bei Geisteskranken mit Katatonie und Dementia praecox beobachtet werden.

W. Buschkowitsch: Zur pathologischen Anatomie der Psychosen. (Nr. 2 u. 3).

Statistische Bearbeitung von 500 Sectionen, welche Verfasser im Laufe der Jahre 1906—1909 in dem Krankenhause Nicolai des Wundertäters zu St. Petersburg ausgeführt. Verf. gibt ausserdem einzelne Beobachtungen besonders wichtiger Fälle und berücksichtigt nicht nur die Hirnveränderungen, sondern auch diejenigen der übrigen Organe.

W. Bechterew: Dem Andenken der Lehrer. (Nr. 3).

Festrede, gehalten bei der Enthüllung der Büste Balinskis und des Porträts Mershejewskis im Auditorium der psychiatrischen Klinik der militärmedicinischen Akademie in St. Petersburg.

O. Tschetschott: Rede, gehalten auf der feierlichen Sitzung am 2. Januar 1910 und gewidmet dem Andenken J. M. Balinskis. (Nr. 3).

Beide Reden gelten den grossen Verdiensten, welche Balinski und Mershejewski um die Begründung und Entwickelung der klinischen Psychiatrie in Russland sich erworben haben.

N. Jurmann: Zur Frage über den Einfluss von Eiterungen auf den Verlauf der progressiven Paralyse (Nr. 3).

3 Krankengeschichten. 1) 48-jähriger Beamter. Taboparalyse. Auf der Höhe der psychischen Erkrankung bekommt Pat. eine Phlegmone der linken Glutäalgegend mit nachfolgender langdauernder und reichlicher Eiterung. Schon in den ersten Tagen nach Eröffnung des Abscesses wird eine Beruhigung des bis dahin stark erregten Kranken bemerkt, das Bewusstsein hellt sich rasch auf, und endlich schwinden auch die Wahnideen. Im Laufe der letzten 6 Jahre zeigt der Pat. einen sich gleichbleibenden völlig befriedigenden Zustand seiner psychischen Sphäre mit einem geringfügigen Intelligenzdefect. Besonders interessant ist es, dass die Sprach- und Schreibstörungen, die sehr ausgeprägt waren, gegenwärtig völlig geschwunden sind. 2) 40-jähriger Mann. Zwei Monate nach Auftreten klarer Zeichen der progressiven Paralyse bekommt Pat. eine Phlegmone des linken Unter- und Oberschenkels, worauf das Krankheitsbild sich total ändert: die Erregung klingt allmählich ab, die Verwirrtheit verringert sich auch in gleichem Masse, die Wahnideen ändern anfangs ihren Charakter und schwinden dann völlig. Pat. wird als genesen entlassen und weist im Laufe der folgenden 12 Jahre keine Zeichen von psychischer Störung auf. 3) 33-jähriger Militärlehrer. Taboparalyse. Eine durch ungenügende Bewachung zustande gekommene umfangreiche Verbrennung des rechten Unterschenkels ändert brüsk den Verlauf der Krankheit und hat das Resultat, dass die motorischen Störungen und die Erscheinungen des ziemlich weit fortgeschrittenen Schwachsinns schwinden. Nur die tabetischen Symptome verblieben in statu quo ante.

Michelson.

Russk. Wratsch 1909.

L. Pussep: Die Behandlung der Neuralgien durch Injectionen von Spiritus in den Nervenstamm. (Nr. 46 u, 47).

Dieselbe ist indiciert in allen Fällen von Trigeminusneuralgie, die der gewöhnlichen Behandlung nicht zugänglich sind. Sie sind gefahrlos und sollen vor einem etwaigen operativen Eingriff versucht werden.

F. Rumjanzew: Veränderung des Centralnervensystems, der peripheren Nervenendigungen und des Herzmuskels bei asiatischer Cholera der Kinder. (Nr. 46).

Die Veränderungen im Nervensystem der Kinder entwickeln sich augenscheinlich in einer früheren Periode als bei den Erwachsenen, wobei hauptsächlich die galligen Elemente befallen werden, welche alle Uebergänge von Degeneration bis zu völligem Zerfall aufweisen. Entzündliche Infiltration beobachtet man nicht. Ein Unterschied in der Veränderung der Nervenzellen im algiden Stadium und im Beginn des Typhoids war nicht zu constatieren; bei Kindern, die in späteren Perioden der Krankheit unter Erscheinungen einer Enterocolitis zu Grunde gingen, waren fast normale Verhältnisse zu sehen.

W. Glinschikow: Die Bechterewsche Form der Vertaubung der Wirbelsäule und trophische Störungen. (Nr. 48).

Bericht über einen einschlägigen Fall, an dem alle die von Bechterew angegebenen Symptome zu constatieren waren.

H. Lüdke und D. Orashiew: Ueber die Much-Holzmannsche Reaction im Blute Geisteskranker. (Nr. 48).

Aus der therapeutischen Klinik W. von Leubes in Würzburg.

L. Ockorokow: Ueber «Psychoreaction» von Much und Holzmann mit Kobragift bei Geisteskrankheiten. (Nr. 49).

Zum Referat nicht geeignet.

Mühlen.

Pathologie und Therapie.

Russki Wratsch. 1910.

W. Boldirew: Ueber die Erlangung von an Fermenten reichen Darmsaft in grossen Mengen. (Nr. 6).

Das Verfahren ist ein durchaus einfaches. Es muss die Thiry-Vellsche Fistel angelegt sein. In eine der beiden Oeffnungen dieser Fistel, — in welche, ist gleichgültig, — wird, ein gefenstertes Gummirohr eingeführt, welches einen leichten mechanischen Reiz auf den Darm ausübt und auf diese Weise eine reichliche Absonderung des Saftes aus der isolierten Schlinge bedingt. Die andere Oeffnung und der daran grenzende Teil der Darmschlinge bleibt in Ruhe. Hier entleert sich in gewissen Intervallen eine geringe Menge zeitweilig an Fermenten reichen Darmsaftes. Unter diesen beiden Oeffnungen befindet sich ein Trichter, durch welchen der Saft in ein dazu bestimmtes Gefäss fliesst.

S. Messing: Ueber tabetische Krisen begleitet von Fieber. (Nr. 6).

In den 3 Fällen handelt es sich um die sog. «fieberhafte» Form der Rückenmarksschwindsucht, da jegliche andere Erkrankungen auszuschliessen waren. Jedoch nur in einem Falle war nach den Anfällen eine bedeutende Verschlechterung zu constatieren, welche im Verlauf von 2 Jahren zu einer derartigen Ataxie führte, dass Pat. ohne fremde Hilfe sich nicht auf den Füssen halten konnte.

S. Selkin: Zur Frage über die vergleichende Bedeutung der Reaction auf Adrenalin (Nr. 6).

Trotz der Empfindlichkeit der Reaction auf Adrenalin, welche in der letzten Zeit erreicht worden ist, ist dieselbe doch nicht typisch und daher für klinische Zwecke nicht anzuwenden. Das Brenzcatechin, welches als Product der Darmfäulnis aufzufassen ist, besitzt dieselben Eigenschaften wie das Adrenalin.

G. Melnikow: Zur Frage über die experimentelle Eosinophilie und Mastzellenleukocytose des Blutes. (Nr. 6).

Experimentelle Studie.

W. Kotschkin: Zur Frage über die Natur der hämolytischen Antigene. (Nr. 7).

Vorläufige Mitteilung.

S. Ostrowski: Ueber Anaemia splenica infantum. (Nr. 7).

Diese Krankheit ist nicht secundär und abhängig von Katarrhen der Verdauungswege mit allgemeinem Kräfteverfall. Es gibt auch primäre Formen, bei denen aber die Aetiologie dunkel ist. Prädisponierende Ursachen sind Rhachitis, Tuberculose und hereditäre Lues. Meist erkranken Kinder von 6 Monaten bis 2 Jahren. Charakteristische Symptome sind: Blässe, Olivenfarbe des Gesichtes, Milzschwellung ohne Vergrösserung der Leber und der peripherischen Lymphdrüsen. Das histiologische Bild des Blutes zeigt in der Mehrzahl der Fälle Oligocytämie, Oligochromämie, Poikilo-Anisocytose, Lymphocytose, Anwesenheit von Myälocyten und Erythroblasten, was auf eine schwere Erkrankung des Blutes hinweist. Besonders sind die roten Blutkörperchen alteriert. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Milz betreffen besonders die Malphighischen Körperchen, welche atrophieren infolge starker Entwicklung von Bindegewebe. In den Lymphdrüsen trifft man analoge Veränderungen, wie in der Milz, nur schwächer ausgeprägt. Die Leberzellen haben zuweilen eine runde Form, die Capillaren sind verbreitert und angefüllt mit kernhaltigen und kernlosen roten Blutkörperchen und weissen Blutkörperchen. In den Nieren beobachtet man zuweilen geringe degenerative Veränderungen.

A. Menzikowski: Ueber die Behandlung der Impotenz und Incontinentia urinae. Modification der Methode der epidural-sacralen Injectionen nach Cathelin. (Nr. 7).

Die epidural-sacralen Injectionen bewähren sich bei folgenden Indicationen a) bei Sacralgien jeder Art; das Resultat ist

zweifellos ein gutes; b) bei Impotenz infolge von Vergiftung und Infection. Zusammen mit der Behandlung der ursächlichen Erkrankung sind dieselben das einzig radicale Verfahren, welches in der Mehrzahl der Fälle ein positives Resultat erzielt; c) bei physiologischer Impotenz, dort ist der Erfolg ein guter, doch nicht beständiger; d) bei Incontinentia urinae, begleitet von Erkrankungen des Centralnervensystems.

W. Orlowski: Zur klinischen Untersuchung der Trypsinausscheidenden Fähigkeit der Magenspeicheldrüse. (Nr. 8—10).

Zum Referat nicht geeignet.

O. Petersen: Untersuchung der Mikroorganismen nach der Methode von Prof. Burri mit flüssiger Tusche. (Nr. 8).

Die Untersuchungen von Petersen bestätigen, dass die Methode von Burri sehr einfach ist und keine besonderen Vorbereitungen erfordert. Dieselbe ist zweckmässig für eine schnelle Untersuchung von Präparaten auf blasse Spirochäten, auf Spirochäten von Rückfalltyphus, bei Favus, Pityriasis versicolor und Dermatomycosis und Blastomycosis. Bei weiteren Verbesserungen wird dieses Verfahren auch für andere Krankheiten zweckmässig sein.

W. Boldirew: Ein einfacher und genauer Spirometer. (Nr. 8).

Beschreibung des Apparates.

G. Iwaschenzew: Zur Frage über den primären Anthrax der Gedärme. (Nr. 8 und 9).

Beschreibung von 7 Fällen von Intestinalanthrax, welche zur Evidenz beweisen, dass eine solche Form existiert und diagnosticiert werden kann. Die Prognose ist absolut infaust. Am häufigsten werden befallen der Dünndarm und die untere Partie des Dickdarms.

E. Pretschistenska: Ein Fall von Leberabscess bei einem Typhuskranken. (Nr. 8).

Casuistischer Beitrag.

M. Rudnew: Ueber die gemeinsame Wirkung der Arzeneimittel auf das Herz (Nr. 9).

Experimentelle Studie.

A. Schkarin: Zur Frage über den Einfluss des Nahrungsregimes der Mutter auf den Wuchs und die Entwicklung des Kindes. (Nr. 10).

Experimentelle Untersuchung an Tieren.

W. Schröders: Zur Frage über die Reaction der Complementbindung bei Tuberculose (Nr. 10).

Im Serum der Kranken mit Lungentuberculose, wie auch in der Spinalflüssigkeit bei tuberculöser Meningitis sind gewöhnlich keine Antikörper vorhanden, welche bestimmt werden könnten durch Reaction der Complementbildung beim Gebrauch verschiedener Producte von Tuberkelbacillen als Antigen; diese Antikörper erscheinen im Serum nach Injection von Präparaten der Tuberkelbacillen. Bei der Immuniesirung gesunder Ziegen und Schafe mit verschiedenen Präparaten von Tuberkelbacillen erscheinen im Serum specifische Antikörper; da dieselben abhängig sind von verschiedenen Antigenen, so sind sie nicht ganz gleichartig unter einander, haben aber gemeinsame Gruppen.

A. Schoff: Ueber gemeinsame Wirkung anästisierender Mittel. (Nr. 10).

Experimentelle Studie.

S. Iversen: Die Anwendung des neuen Arsenikpräparates «606» Ehrlichs bei Rückfalltyphus (Nr. 10).

Das Dioxydiamidoarsenobenzol, eingespritzt beim Rückfalltyphus, kann im beliebigen Moment eines beliebigen Anfalles letzteren nach 7—14, spätestens nach 20 Stunden unterbrechen und in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle den folgenden Anfall coupieren; mit anderen Worten, eine Injection dieses Mittels sterilisiert das Blut des Menschen, welcher mit den Spirochäten des Rückfalltyphus inficiert ist. Die therapeutische Dose beträgt 0,2—0,3, nach welcher die Spirochäten im Verlauf von 4—10 Stunden verschwinden. Die Temperatur fällt allmählich im Verlauf von 7—20 Stunden, meist unter reichlichem Schweissausbruch unter die Norm, ohne Collaps; gleichzeitig schwinden auch alle subjectiven Erscheinungen der Krankheit. Das Natronsalz des Dioxydiamidoarsenobenzols ruft eine locale Reizung der Injectionsstelle hervor, welche von verschiedener Heftigkeit sein kann und sich verschieden lange hält. Die intravenöse Injection ruft keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervor und muss als beste Methode anerkannt werden, zumal die Wirkung bedeutend schneller eintritt. In einzelnen Fällen von Idiosyncrasie können schwere Erscheinungen eintreten, welche auf Intoxication mit arseniger Säure hinweisen und sogar tötlich enden können.

B. Slowzow: Zur Frage über die Erlangung von Antipepsin im Blut. (Nr. 11).

Bei wiederholter Injection von Pepsin in die Bauchhöhle von Hunden kann sich im Blutserum derselben Antipepsin entwickeln. Im normalen Serum von Hunden, Kaninchen, Pferden und Menschen ist das Antipepsin nicht zu finden. Der Grad der zu erreichenden Unempfänglichkeit für die Wirkung des Magensaftes ist augenscheinlich nicht gross. Nach Injection von Pepsin in die Bauchhöhle erscheint das Ferment im Blute nicht, sondern wird wahrscheinlich im Körper aufgehalten.

W. Petrow: Zur Frage über die Behandlung der acuten Appendicitis (Nr. 11).

P. spricht sich für die Frühoperation bei Appendicitis aus.

I. Manuchin: Eine Methode zur Erlangung von weissen Blutkörperchen aus dem Blute getrennt von den anderen Formelementen. (Nr. 11).

Zum Referat nicht geeignet.

L. Manuchin: Ueber Leukocytolyse. (Nr. 11).

Vorläufige Mitteilung.

K. Jürgenson: Zur Frage über Antitrypsine des Blutserums und die Beziehung desselben zur Leukocytose. (Nr. 11).

Vorläufige Mitteilung.

J. Minz: Eine neue Methode der Bestimmung des Antitrypsingehaltes im Blute. (Nr. 11).

Beschreibung der Methode.

J. Renar: Zur Frage über den Einfluss der Gelatine (Gelatina sterilisata Merk) auf die Gerinnungsfähigkeit des Blutes. (Nr. 11).

Die Gelatine erhöht in genügender Menge unter die Haut gebracht bedeutend die Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Die Menge des Fibrinfermentes wird immer auf längere Zeit erhöht. Die Zahl der weissen Blutkörperchen fällt zuerst rapid, doch wird später gewöhnlich eine bedeutende Hyperleukocytose beobachtet. Aus dem Unterhautzellgewebe wird die Gelatine schnell resorbiert. Die verschiedenen Urteile über die Gelatine sind wohl auf unzuverlässige Präparate und ungenügende Beobachtung zurückzuführen.

S. Soldatow: Beobachtungen über Indikanausscheidung bei Leberkrankheiten (Nr. 11).

Vorläufige Mitteilung.

S. Lwow: Zur Lehre über das Alter. Versuch des Studiums der quantitativen Seite des Stoffwechselumsatzes im Alter. (Nr. 11).

Vorläufige Mitteilung.

A. Lossmann: Zur Frage über die colloiden Bestandteile des Urins. (Nr. 11).

Zum Referat nicht geeignet.

O. Kondratowitsch, S. Minz, B. Swerew, W. Stanojewitsch. Zur Frage über die Wassermannsche Reaction. (Nr. 11).

Experimentelle Studie.

N. Krawkow: Ueber intravenöse Hedonalnarkose. Nr. 12

Die Vorzüge dieser Narkose vor Chloroform und Aether sind sehr wesentliche. Es kann leicht dosiert werden und was die narkotische Wirkung anbetrifft, so steht es höher als die obengenannten, deshalb sind die notwendigen Mengen auch geringer. Eine 0,75% Lösung hat keine Einwirkung auf das Blut und ruft keine grösseren Thromben hervor als die physiologische Kochsalzlösung. Atemtätigkeit und Blutcirculation wird nicht gestört, sogar in toxischer Dosis, die Nieren werden nicht gereizt. Das Exaltationsstadium fehlt, die Narkose tritt nach 5—6 Minuten ein, Erbrechen wird nicht beobachtet.

A. W. Schnewski: Ueber den Einfluss des Secretes der Vorsteherdrüse auf die Phagocytose. (Nr. 12).

Experimentelle Untersuchung.

S. Duchinowa: Die Anwesenheit von Tuberkelbacillen im Blut und in localen Herden der Erkrankung bei Kranken mit chirurgischer Tuberculose. (Nr. 12).

Vorläufige Mitteilung.

P. Medowikow: Zur Frage über die Verminderung der Bactericidität in den Dünndärmen unter dem Einfluss einzelner innerer und äusserer Einwirkungen. (Nr. 12—15).

Eine Magen-Darmkrankheit kann nur dann eintreten, wenn die normale Fähigkeit des Darmsaftes bactericid zu wirken gestört ist. Ob dieselbe durch innere oder äussere Einwirkungen gelitten hat, ist gleichgültig. Das Resultat ist eine bedeutende Vermehrung der Zahl der Bakterien im Dünndarm. Von hier aus geht eine Vergiftung des Organismus vor sich, die Bakterien gelangen durch die Darmwunde in die Lymphgänge und darauf in das Blut und rufen Allgemeinerscheinungen hervor. Es ist zweifellos, dass, wenn wir gelernt haben werden, die Bakterien im Blute zu suchen, werden wir sie dort beständig finden, wie wir das beim Abdominaltyphus und in der letzten Zeit bei der Cholera sehen.

Mühlen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.

Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.

Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 40 St. Petersburg, den 2. (15.) October 1910. XXXV. JAHRGANG.

Die vaginalen Methoden in der Gynäkologie.

Referat, erstattet auf dem V. Internationalen Gynäkologen-Congress in St. Petersburg. (22.—29. Sept. 1910).

Von

A. Martin-Berlin.

Dem Auftrag, über die vaginalen Methoden in Gynäkologie und Geburtshilfe zu referieren, haben wir in der Weise gerecht zu werden versucht, dass Herr Jung und Herr Treub vom Standpunkte des Geburtshelfers, Herr Wertheim und ich von dem des Gynäkologen die Frage beleuchten.

Unbestreitbar hat die Stimmung für die vaginalen Operationsmethoden abgeflaut. Die vervollkommnete Asepsis und technische Verbesserungen sind anscheinend der Laparotomie zu Statten gekommen.

Nach meiner Auffassung nicht mit Recht!

Unter vaginalen Operationen will ich hier nur diejenigen verstehen, welche zur Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus führen. Von der vaginalen Totalexstirpation und ihren vielgestaltigen Indicationen soll hier nicht die Rede sein.

Von vornherein muss festgehalten werden, dass die Technik dieser Operation einen höheren Anspruch an das operative Können stellt als die der abdominalen. Der Einwand unbequemer Raumbeschränkung ist durch den breiten paravaginalen Hilfsschnitt in sehr weitgehender Ausdehnung zurückgedrängt: wenn nötig, kann die halbe, ja die ganze Hand in die Scheide und je nach Bedarf, bis in die Bauchhöhle vorgeschoben werden.

In der Regel genügen unsere üblichen Scheiden- und Seitenhalter, nachdem der Uterus vor die Vulva herausgeleitet ist — und das halte ich im Gegensatz zu meinem Herrn Correferenten Wertheim für einen der Cardinalpunkte der ganzen Operation — die Beckenhöhle und den nächstliegenden Teil der sog. grossen Bauchhöhle übersichtlich zu machen. Wenn nicht, so bietet die Beleuchtung nach D. von Ott dazu die ausgiebige Gelegenheit. Mit dieser Uebersichtlichkeit ist auch die Möglichkeit der exacten Blutstillung gegeben. Ich selbst bevorzuge die Umstechung, welche ich mit den gewöhnlichen Nadeln ausführe: aber auch die Unterbindung über Arterienklemmen lässt sich in der Regel durchführen. Bis jetzt war ich noch nicht in der Notlage, zur Durchführung einer sicheren Versorgung blutender Gefässe oder Risswunden die Laparotomie an die vaginale Operation anzuschliessen.

Die Beobachtungen, welche ich bei zahlreichen Gelegenheiten im Zuschauen anderer Operateure gemacht habe, lassen mich hier noch zwei Etappen im Gang der Colpotomia anterior erörtern: die Art der Eröffnung der Excavatio vesico-uterina und die Lösung der durch Perimetritis verbackenen und adhärenten Adnexorgane.

Ich habe den Eindruck bekommen, dass die Ablösung der Blase manchem Operateur durchweg unbequeme Schwierigkeiten macht. Wenn man den Uterus z. B. mittelst der Orthmannschen Krallenzange so tief, als es ohne Gewalt ausführbar ist, herabzieht und dann ruhig halten lässt, dann ist das vordere Scheidengewölbe so gespannt — im Notfall durch Gegenzug nach oben mit einer Kugelzange, dass es — ob man die Scheide längs oder quer oder im Bogen durchtrennt — fast von selbst klafft. In der Regel genügt ein sanfter Druck mit dem Zeigefinger, die Blase von dem Collum uteri abzuschieben, bis die Falte des Peritoneum mit ihrer prägnanten Farbendifferenz bemerkbar wird. Bei derberer Entwickelung des präcervicalen Bindegewebes helfe man mit Schere oder Messer in seichten Schnitten nach, eventuell unter verstärktem Zug an der Krallenzange. Bei pathologischer Länge des Collum setze ich unter die Stelle der Vorderfläche desselben, welche ich durchschneiden will, eine Kugelzange, nach Entfernung des Orthmannschen Instrumentes. Wenn nötig, noch ein zweites, ein drittes Mal, bis die Blase dem vorschiebenden Zeigefinger nachgibt, das Peritoneum sichtbar wird. Wie man dieses einschneidet, quer, senkrecht, immer dicht am Uterus — das ergibt dann der Einzelfall.

Die Trennung der Adhäsionen ist in vielen Fällen der kritische Augenblick. Harte, narbige Verwachsungen bilden von vornherein eine Gegenindication des vaginalen Operierens. Aber auch die weniger derben, narbig bis in die Tiefe der betreffenden Oberfläche reichenden Adhäsionen können ernste Schwierigkeiten machen. Ich löse sie, soweit als irgend angängig, unter der Controlle des Auges, nachdem ich beide Teile, welche getrennt werden sollen, mit Kugel- oder Kernzange oder Pincers so gefasst habe, dass ich die Wundflächen genau controllieren kann, bevor ich sie als unerheblich versenke oder unterbinde, vernähe, peritonealisiere.

Der Uterus muss vollständig an seine hintere Fläche mobilisiert werden, so dass er vor die Vulva herausgeführt werden kann. Dazu strecken sich die Ligg. lata durch kräftig streichende Bewegungen. Auch der distale Abschnitt des Lig. ovarico-pelvicum lässt sich in der Regel bis zu 6—7 cm. entfalten. Ist das Ovarium und die dann oft atretische, zur Sactosalpinx gedehnte Tube an der hinteren Fläche des Lig. latum adhärent, oder in der Tiefe der Excavatio recto-uterina, am Uterus, am Kreuzbein, so führe ich einen kleinen, fest in einer Kernzange liegenden Tupfer darunter und schiebe Ovarium und Tube, indem ich diesen Tupfer in nicht zu gewaltsamer Auf- und Abführung des Griffes dieser Zange hebele, von unten her von der Verwachsungsfläche ab. Diese Art der Hilfe fördert in der Regel in kurzer Zeit die Adnexa zutage. Aus Follikeln oder aus der Tube hervortretende Flüssigkeiten werden im Tupfer aufgefangen. Das ganze Ovarium und Tube, auch Darmschlingen und Netz, kann je nach der Sachlage versorgt werden. Das Hervorziehen solcher Massen mit Zangen führt nur zur Zertrümmerung der Oberfläche und zu Blutungen aus den angerissenen Organen.

Nicht bedeutungslos für den Verlauf der Operation erscheint mir die permanente Berieselung mit physiologischer Kochsalzlösung statt des Abwaschens der Wundflächen. Exacte Blutstillung ist eine selbstverständliche Aufgabe. Eine Drainage ist nach meiner Auffassung nur bei unreinen Fällen geboten. Dann lässt sie sich ohne wesentliche Schwierigkeit durch das hintere Scheidengewölbe leiten. Es ist nicht nötig, den Uterus zu opfern, wie das anfangs des öfteren empfohlen worden ist.

Ich bevorzuge durchweg die Colpotomia anterior. Die posterior führe ich nur aus, wenn Tumoren die Excavatio recto-uterina herabdrängen, oder eine Hämatocele zu entleeren ist.

Das Indicationsgebiet der Colpotomie ist naturgemäss ein beschränktes: von vereinzelten Ausnahmen abgesehen, fallen in dasselbe die Erkrankungen der Beckenorgane, solange sie noch im kleinen Becken liegen oder von hier aus bequem zugänglich sind, auch wenn sie mit einem Teil ihres Umfangs über den Beckeneingang emporgestiegen sind. Innige Verwachsung mit ihrer Umgebung bildet eine Contraindication. Frisch virulente Processe, welche zu einer ausgiebigen Entleerung des Eiterherdes drängen, betrachte ich ebenfalls als eine Contraindication: ich eröffne sie durch Incision von der Scheide aus und erwarte von der entsprechenden Drainage die Ausheilung.

Die Colpotomie hat also ihre eigene Indication, sie ist für diese Fälle keine Concurrenzoperation der Laparotomie. Dieser weise ich 1) alles zu, was innerhalb des kleinen Beckens liegt und nicht bequem von unten aus zugänglich erscheint; 2) die Fälle unklarer Beziehungen endopelviner Erkrankungsherde zu ihrer Nachbarschaft; 3) alle Fälle von Complicationen der Genitalorganerkrankung mit solchen der Organe des sog. grossen Beckens, also der eigentlichen Bauchhöhle: Darm, Peritoneum und Netz, Nieren u. s. w. Hier nenne ich besonders die Complicationen mit Blinddarm resp. Appendixerkrankungen.

Die Colpotomie findet ihre besondere Berechtigung dadurch, dass sie uns gestattet, von einem Angriffspunkte aus die Erkrankungen des Uterus, besonders in seinem unteren Abschnitt und im Endometrium, der Scheide des Beckenbodens, insbesondere des Dammes operativ zu beseitigen.

Die Colpotomie zeigt eine Morbiditäts- und Mortilitätsstatistik, welche denjenigen der Laparotomie, auch wenn sie unter dem sogenannten verstärkten aseptischen Wundschutz ausgeführt ist, überlegen bleibt. Ich verweise in dieser Hinsicht auf die Statistiken von Orthmann und Strassmann, auf die Resultate, welche dieser Versammlung von D. von Ott und Dützmann vorgelegt worden sind.

Die Domäne der vaginalen Operationen sind 1) diejenigen Fälle, welche plastischen Aufgaben dienen: der Correctur der Lage des Uterus und der Scheide, der Beseitigung der Hypertrophie des Uterus, welche wir früher als Metritis chronica bezeichneten. 2) Die chronischen Entzündungsprocesse im Beckenperitoneum und den Adnexorganen. Hier nenne ich in erster Reihe die wenig derben und wenig ausgedehnten perimetritischen Verwachsungen der Organe des kleinen Beckens, Uterus, Ovarie, Tuben, Darmschlingen. Diese erfordern ihrerseits infolge der entzündlichen Erkrankung, welche oft genug gerade in ihnen ihren primären Herd hat, eine operative Behandlung. Sie kann von der Colpotomöffnung aus ohne Schwierigkeit durchgeführt werden. Tuberculöse Processe werden durch die Laparotomie besser übersichtlich gemacht. Für diese lehne ich die Colpotomie ab. 3) Operiere ich erst Frühstadien ectopischer Schwangerschaft durch Colpotomie, die ungestörte Schwangerschaft der ersten 6—8 Wochen, die Fälle von Fruchtkapselaufbruch mit klarer Diagnose, also in der Regel, nachdem die Patientin den ersten Shock überwunden hat. Im Collaps des Fruchtkapselaufbruches ist in der Regel die Diagnose nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, und für diese bevorzuge ich die Laparotomie. 4) Operiere ich durch Colpotomie Uterusmyome und Ovarialtumoren, wenn sie von der Scheide aus bequem operabel erscheinen. Die Grösse allein entscheidet nicht; sie müssen beweglich und ihre Beziehungen zur Umgebung klar übersichtlich sein. Zweifelhafter Inhalt (Embryone), Malignität schliessen die vaginale Operation aus, ebenso jeder wohlbegründete Verdacht bezüglich des Verhaltens der anderen Bauchhöhlenorgane.

Referate.

Dr. F. Friedrichsen. Der Harnteiler für Diabetiker. Münchener Med. Woch. 1910. Nr. 36.

Verf. beschreibt einen Hilfsapparat zur quantitativen Zuckerbestimmung, den er «Harnteiler für Diabetiker» nennt. Der Apparat besteht aus 4 Teilen, nämlich:

1) einem Cylindergefäss A zum Auffangen des entleerten Urins;

2) einer Pipette B, die so hergestellt ist, dass sie in jeder Höhe $^{1}/_{20}$ von dem Gefäss A in gleicher Höhe misst; sie dient zum Teilen des Urins;

3) einem der Grösse der Pipette entsprechendem Cylindergefäss C, das zum Reinigen und Aufbewahren der Pipette B dient;

4) einer weithalsigen Flasche D, die zum Sammeln und Verschicken des mit der Pipette entnommenen Urins dient.

Zur quantitativen Zuckerbestimmung entleert der Patient allen Urin während 24 Stunden in das Gefäss A und entnimmt am besten nach jeder zweiten Urinentleerung mit der Pipette $^{1}/_{20}$ von dem Urin und überträgt diese Menge in das Sammelfläschchen D. — Die mit Harn verunreinigte Pipette wird nach jedesmaligem Gebrauch in den Cylinder C, der zur Hälfte mit Wasser gefüllt ist, gesenkt und dort bis zur nächsten Harnentnahme aufbewahrt; sie reinigt sich in dem Wasser von selbst und bleibt stets tadellos rein.

Der in 24 Stunden im Fläschchen D angesammelte Harn ist von derselben Beschaffenheit, wie die Gesamtmenge und beträgt 1/10 davon.

Das Arbeiten mit dem «Harnteiler» hat folgende Vorzüge vor der jetzt gebräuchlichen Methode (den ganzen Harn in grossen 5-Liter — Flaschen zu sammeln):

1) die grossen sich (besonders im Sommer, der «Saison» der Bäder) leicht zersetzenden Harnmengen brauchen nicht aufbewahrt zu werden;

2) die schweren, schlecht transportierbaren riesigen Sammelflaschen fallen fort;

3) die Zuckerbestimmung wird genauer (kein Verlust durch Uebergiessen und Gährung);

4) die kleine Procedur der Harnentnahme kann von den Patienten leicht selbst vorgenommen werden, sie sind nicht mehr auf unzuverlässige Dienstboten angewiesen;

5) das Verfahren ist völlig reinlich, da die Patienten den Urin überhaupt nicht berühren;

6) jeder Patient kann sich seinen eigenen Apparat anschaffen und kann ihn auf Reisen leicht in einem Koffer verpacken;

7) der Apparat bietet die Möglichkeit, den Verlauf der Zuckerausscheidung zu beobachten (Auffangen der Proben nach Tageszeiten getrennt).

8) der Arzt (resp. Apotheker) spart sich einen Diener für das Bringen, Holen und Reinigen der grossen Sammelflaschen.

Der «Harnteiler» ist deshalb sowohl zum Gebrauch in Bädern wie Neuenahr, Karlsbad, Vichy, Homburg etc. als auch in der allgemeinen Praxis sehr zu empfehlen.

Der «Harnteiler» wird fabrikmässig (unter Musterschutz) hergestellt von Dr. H. Geissler Nachfolger (Franz Müller) in Bonn a/Rhein und kann von dort bezogen werden.

Prof. C. Fraenkel und Prof. C. Grouven. Erfahrungen mit dem Ehrlichschen Mittel „606". Münch. Med. W. Nr. 34.

Das Mittel wurde meist intramuskulär, 3 mal intravenös bei über 100 Kranken eingeführt. Ein tötlich verlaufener Fall beansprucht Beachtung. Es handelte sich um einen 25-jährigen Patienten, der sich seit $1^1/_2$ Jahren wegen Worttaubheit, Sprachstörungen etc. in der psychiatrischen Klinik befand. Wassermann stark positiv. Nach Einspritzung von 0,4 des Mittels in 15-ccm. (!) Wasser in die vena cubitalis Erbrechen, Leibschmerzen, nach 2 Stunden Herzschwäche, nach $3^1/_2$ Stunden Tod. Bei der Section fanden sich ausgedehnte Erweichungsherde im linken Schläfenlappen; Milz, Lungen, Leber enthielten Arsen. Verfasser haben 2—3 mal die Einspritzungen bei einigen Patienten wiederholt und sind bis auf 0,9 als höchste erste Gabe gekommen, ohne schlimme Nebenwirkungen zu sehen. Meist wurde von 0,4 auf 0,7 nach 2 Wochen und bis auf 1,0 wiederum nach 2 Wochen gesteigert, so dass z. B. bei zweimaliger Einspritzung bis 1,8, bei dreimaliger Einspritzung bis 2,4 im Ganzen eingeführt wurde.

Prof. P. Ehrlich: Bietet die intravenöse Injection von „606" besondere Gefahren? Münch. M. W. Nr. 35.

Bezugnehmend auf oben referierten Fall von Fränkel und Grouven, erklärt Ehrlich, dass seiner Ansicht nach nicht die intravenöse Injection, sondern die präexistierende Ueberempfindlichkeit des Patienten die Schuld am letalen Ausgang trug. An ihn in letzter Zeit gelangte Mitteilungen liefern den Beweis, dass Patienten mit weit fortgeschrittenen degenerativen Processen des Centralnervensystems von dieser Behandlung auszuschliessen sind. In 2 ähnlichen Fällen trat auch bei intramuskulärer Injection der Tod ein. Die Anwendung kleiner Dosen (0,3—0,5) auf dem Wege der Blutbahn scheint ohne Bedenken, wenn schwere Nierenerkrankungen, Arteriosclerose, Störungen der Herztätigkeit, besonders Angina pectoris ausgeschlossen werden können. Als besonders aussichtsvoll empfiehlt Ehrlich die Combination der intravenösen und intramuskulären Einführung, da hier Schnellwirkung und Dauerwirkung Hand in Hand gehen.

Weyert.

Dr. Gordon. Ueber das Endotin, die isolierte specifische Substanz des A T. (Koch). Deutsche Med. Wochenschrift. 1910. Nr. 38.

Verf. hat das Endotin wiederholt mit Erfolg angewandt, und zwar oft in Fällen, wo die Behandlung mit anderen Tuberculinpräparaten resultatlos geblieben war oder nicht vertragen wurde. Hinsichtlich der Wirkung und Anwendung des reinen Tuberculin fasst der Verf. seine Meinung in folgenden Sätzen zusammen. 1. Die Tuberculinreaction ist eine specifische, und zwar auf den localen Herd beschränkte. 2. Die sonst als Tuberculinreaction aufgefassten Allgemeinerscheinungen, namentlich die Fieberreaction, sind als solche nicht anzuerkennen. Nur das infolge von localer Herdreaction und Resorption der Einschmelzungsproducte als physiologische Begleiterscheinung auftretende Fieber kann als eine specifische Reactionserscheinung gelten. 3. Alle sonstigen bei der Tuberculinbehandlung zu beobachtenden Allgemeinerscheinungen sind nicht specifischer Natur, sondern durch die toxischen Nebensubstanzen (Albumosen) bedingt. 4. Im Endotin besitzen wir ein Mittel, das frei von solchen schädlichen Nebensubstanzen ist, und das daher nur eine rein therapeutische, specifische und allen anderen Mitteln überlegene Wirkung besitzt. Allgemeinerscheinungen, wie Fieber, Mattigkeit Schwindel etc. werden bei Endotinanwendung nicht beobachtet. 5. Das Endotin ist nach dem pharmakologischen Princip — das specifische Agens zu isolieren — aus dem Alt-Tuberculin dargestellt. 6. Die Indicationen für die Anwendung des Endotins sind dieselben wie für die des Tuberculins im allgemeinen, doch wird die Indicationsstellung erweitert durch das Fehlen der Allgemeinerscheinungen (schädliche Nebenwirkungen). Das Endotin kann bei tuberculinempfindlichen und fiebernden Patienten angewendet werden und eignet sich auch für die ambulatorische Behandlung Tuberculöser.

F. Dörbeck.

Otto von Dehn. Zur Casuistik der Lungeninduration. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Band 15.

In der Revaler Privatklinik konnte folgender interessante Fall beobachtet werden. Bei einem 17-jährigen jungen Mann, welcher vor 3 Jahren Variola vera durchgemacht hatte und seither an Lungenbeschwerden litt, konnte klinisch eine absolute Dämpfung der ganzen linken Lunge festgestellt werden, hierselbst bronchiales Atmen. In den unteren Partien klingendes Rasseln. Herz und Mediastinum nach links verschoben. Im Sputum keinerlei Anhaltspunkte für Tuberculose. Bei der Röntgendurchleuchtung zeigte sich eine fast vollständige Verdunkelung der linken Thoraxhälfte, nur an der Spitze sind hellere Partien zu erkennen, die sich im Inspirium noch mehr aufhellen. Augenscheinlich handelt es sich hier um eine ausgedehnte Induration der linken Lunge mit Bronchiectasienbildung, — eine verhältnismässig seltene Erkrankung.

A. Marcowic. (Serbien). Röntgenologische Diagnostik der Schädelbasisverletzungen. (Aus dem Röntgenlaboratorium des Docenten G. Holzknecht in Wien). Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Band 15.

Aus der vorliegenden Mitteilung ist zu ersehen, dass die röntgenologische Diagnostik selbst scheinbar geringfügiger Details bei der Spärlichkeit sicherer objectiver Symptome der Schädelbasisfracturen von grosser praktischer Bedeutung ist. Zunächst ist für den Gerichtsarzt und Unfallsbegutachter die Constatierung einer Knochenverletzung von Bedeutung ebenso wie die Möglichkeit, aus der Richtung der Fissuren einen Schluss auf die Richtung der Druckachse der einwirkenden Gewalt zu ziehen. Auch für den Kliniker spielt die röntgenologische Feststellung von Fissuren, Blutungen in die Nebenhöhlen etc. eine wichtige Rolle.

Hesse.

Denis G. Zesas. Ueber Fremdkörper im Menschenherzen. Fortschritte der Medicin. 1910. Nr. 21/22.

Sorgfältige Zusammenstellung aller bekanntgewordenen Fälle von Fremdkörpern im Menschenherzen.

W. Freund. Die moderne Wandlung des Scrophulosebegriffs. Fortschr. d. Med. Nr. 23.

Nach einem kurzen historischen Excurs kommt Verf. zum Schluss, dass es bei dem jetzigen Stande der Frage Scrophulose — exsudative Diathese — Tuberculose durchaus ratsam und durchführbar ist, auf den Gebrauch der Bezeichnug Scrophulose zu verzichten.

O. Burwinkel. Die Bedeutung des Aderlasses für die innere Medicin. Fortschr. d. Med. Nr. 25.

Auf eine grosse eigene Erfahrung gestützt, bemüht sich Verf., den Aderlass, nach Hufeland «das grösste und gewaltsamste Mittel der ganzen Heilkunst», zu rehabilitieren, und zieht neben der klinischen Erfahrung die Resultate der experimentellen Forschung heran, um die ganze Aderlassfrage auf feste Grundlagen zu stellen. Bei Besprechung der Technik bemerkt Verf., dass dieselbe möglichst vereinfacht und von allen umständlichen Vorbereitungen befreit werden muss. Nur unter dieser Bedingung kann der Aderlass seine alte verdiente Popularität zurückerobern.

F. Holzinger.

Bücherbesprechungen.

Determann. Die Viscosität des menschlichen Blutes. Mit 9 Abbildungen im Text. Wiesbaden, 1910. Verlag von J. F. Bergmann.

Es ist natürlich noch eine Frage, ob die Bestimmung und die Kenntnis der Viscositätswerte des Blutes berufen sind, am Krankenbett eine Rolle zu spielen. Im Augenblick muss die Klinik aber noch damit rechnen, dass sie daraus vielleicht einen gewissen Einblick in das Getriebe der Blutströmung und des Stoffaustausches wird gewinnen können. Es sind erst die ersten tastenden Versuche, über die uns hier D. erfreulicher Weise in einer zusammenfassenden Uebersicht orientiert, hervorgegangen aus einem Bericht in der balneologischen Gesellschaft am 30. Januar dieses Jahres.

Für die Frage entscheidend ist natürlich die Schaffung einer Methode, die neben Einfachheit der Ausführung zu sichern, vergleichsfähigen Resultaten führt. Solche sind nun in letzter Zeit von verschiedenen Seiten in Vorschlag gebracht worden, die hier eine Beschreibung finden und einer kritischen Besprechung unterzogen werden.

Wenn man aber auch die Technik der Viscositätsmessung als einwandfrei annimmt, so ist als wichtiges Ergebnis der bisherigen Versuche der Umstand zu bezeichnen, dass der Viscositätsgrad, auf den sich das Blut einmal eingestellt hat, durch regulatorische Vorrichtungen im Organismus sich auf derselben Höhe erhält, auch wenn er durch äussere Einwirkungen Störungen erleidet. Leider ist die Möglichkeit ausgeschlossen, eine systematische Reihe von Versuchen an Mensch oder Tier auszuführen, um eine Normalcurve der Tagesschwankungen zu gewinnen, da durch die häufigen Blutentziehungen Verhältnisse geschaffen werden, die nicht mehr normal genannt werden können. Es wird nötig sein, auf Umwegen zu einer Norm zu kommen. Erst an der Hand einer derartigen Norm können wir Schwankungen, die ins pathologische fallen, richtig bewerten lernen.

Wenn wir hier auf diese Fragen eingegangen sind, so lag uns daran, zu zeigen, dass dieses Buch zu weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiet anregt, und die Lectüre desselben jedem Arzt empfohlen werden kann.

Ucke.

Cron. Zehn Beispiele aus dem Gebiete des Gefechtssanitätsdienstes, kritisch besprochen im Gelände. Wien 1908. Verlag von Josef Sáfár.

Verfasser behandelt in 5 Heften, deren jedes 2 Beispiele mit erklärenden Skizzen des Geländes, der Aufstellung von Truppen und von Sanitätsmaterial enthält, alle die sanitären Massnahmen, deren Erfordernis durch die militärische Aufgabe bedingt wird. Seine Erklärungen gibt er nach folgendem Schema.

Ueberall, wo es nötig oder auch nur erwünscht ist, gibt er zunächst einen summarischen Commentar des strategischen Rahmens der allgemeinen militärischen Situation. Dann folgt eine gedrängte Erörterung der tactischen Verhältnisse, soweit solche dem disponierenden Sanitätschef für seine Action erforderlich. — Auf diesen Prämissen werden dann die sanitären Erwägungen gegründet und danach in die nötigen Entschlüsse umgesetzt, welche als Befehle des localen Sanitätschefs an das ärztliche Personal weitergehen. Diese Befehle enthalten die Vorschriften für alle zu treffenden sanitären Massnahmen. Letztere müssen in engem Anschluss an die militärische Action getroffen werden und immer in Voraussicht dessen, was wahrscheinlich dieser oder jener Phase des Kampfes folgen wird.

Die Begründung und Erläuterung der ärztlichen Dispositionen gibt Verfasser in den zehn Beispielen. Es sind folgende: 1. Sanitäre Anordnungen beim Bezuge einer Nachhutsstellung. 2. Sanitätsdienst gelegentlich eines Infanterieangriffs. 3. Formeller Hilfsplatz (Verbandplatz), Etablierung. 4. Leitender Sanitätsdienst beim Angriffsgefecht eines Detachements. 5. Sanitätsdienst bei einem Streifcommando im Gebirge. 6. Anlage des Sanitätsdienstes gelegentlich einer grossen Atacke. 7. Anlage des Hilfsdienstes bei einer Artilleriemasse. 8. Sanitätsdienst anlässlich eines Gefechts bei Dunkelheit. 9. Sanitäre Einrichtung einer vorbereiteten Verteidigungsstellung. 10. Sanitäre Anordnungen anlässlich der nachtsüber währenden Unterbrechung eines Gefechts.

Die 10 Beispiele sind auf 5 Hefte, jedes 2 Beispiele enthaltend, verteilt und werden auf im Ganzen 328 Seiten abgehandelt.—Abgesehen von Evacuation und Etappenwesen, erschöpft Verfasser in seiner Abhandlung fast alles, was für den Gefechtssanitätsdienst in Betracht kommt.—Das Terrain, eventuelle Deckungen des Sanitätspersonals und Materials in demselben, die Wege und ihre Gangbarkeit, der Erdboden und seine Bedeckung, Wohnstätten, andere Gebäude, die Wasserversorgung, Uebersichtspunkte über das Gelände, Communicationen mit der Umgegend durch Eisenbahnen oder sonst practicabele Fahrwege, der Aufenthaltsort des jeweiligen militärischen Commandeurs, das Aufheben der Verwundeten und ihr Transport auf die Hilfsplätze (Verbandplätze), der Hilfsdienst durch ausser der Front befindliche Mannschaften, Abtransport Verwundeter von den ersten Hilfsstätten, Ueberlassung Schwerverwundeter nach Gewährung erster Hilfe an den Gegner, die Nähe der ersten Hilfsstätten an der Stellungsfront, die sanitäre Kraftverteilung, der Fassungsraum von Waggons und von Gebäuden für Verwundete, die Blessiertenträger und ihre Ausrüstungsobjecte, das Sanitätsmaterial überhaupt, Beschaffung von Strohschüttung für Lagerstätten, Beschaffung von Hilfsfuhrwerken, Form und Inhalt der mündlichen und schriftlichen Befehlserteilung des Chefarztes, Heranziehung von Musikmannschaften und Artilleristen zur Aushilfe, die Notwendigkeit der Anwesenheit des Chefarztes im Stabe des Militärcommandanten, Notwendigkeit der Beteiligung dieses Arztes an der Recognoscierung und der Dispositionsausgabe für Gefechte und Schlachten, Verlauf des Sanitätsdienstes nach gefallener Gefechtsentscheidung, annähernde Vorausbestimmung der Höhe des Gefechtsverlustes, das beschliessende Sammeln der noch ausständigen Verwundeten (Blessiertenträgertätigkeit), Gewährung erster fachtechnischer Hilfe, Durchführung des Verwundetentransports von den verschiedenen Hilfsstätten nach rückwärts, — alle diese Dinge werden vom Verfasser in gediegener und klarer Weise besprochen. Mit viel Umsicht zieht er alles in den Kreis seiner Betrachtungen, was irgend Bezug auf die in den oben genannten Beispielen gegebenen Aufgaben hat, wodurch die Arbeit überaus wertvoll für alle Militärärzte wird, die sich über den Gefechtssanitätsdienst unterrichten wollen. Besonders dürfte dies dort der Fall sein, wo die Ausbildung der Militärärzte in den speciellen Fachwissenschaften noch soweit zurücksteht wie bei uns. Weitaus nicht immer findet sich Gelegenheit, so gediegenes Wissen und reiche sachliche Erfahrung, wie sie die Arbeit Crons bietet, für die Belehrung weiterer Kreise zu verwerten. Das Buch reiht sich den besten Arbeiten an, welche bereits seit einer Reihe von Jahren in Oesterreich auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens erschienen sind. Auch der wohlbekannte Verlag hat es an bester Ausstattung bezüglich Druck, Papier und Skizzenmaterial nicht fehlen lassen, und somit kann diese Arbeit allen Militärärzten bestens empfohlen werden.

Bezüglich der Ausgabe ärztlicher Dispositionen für Gefechte und Schlachten möchte Referent noch hervorheben, dass er bereits im russisch-türkischen Kriege 1877—1878, in welchem er den Posten des Chefarztes der Plewna-Armee bekleidete, es ermöglichte, den militärischen Dispositionen auch ärztliche Dispositionen für die sanitäre Action beizufügen.— Diese wurden vom Chef des Stabes und dem disponierenden Chefarzt unterzeichnet. Der Wortlaut einer solchen sanitären Disposition ist im 2. Teile seiner Arbeit «Das Sanitätswesen bei Plewna» auf Seite 131—133 abgedruckt.

Köcher.

M. von Hoen, k. und k. Oberstleutnant des Generalstabes und Dr. M. Szarewski, Regiments- und Chefarzt des k. k. Landwehr Infanterie-Reg. Nr. 16. Behelf zur Lösung von Aufgaben aus dem tactischen und operativen Sanitätsdienste im Rahmen von Armee, Corps und Division. Mit 4 zweifarbigen Tafeln. Wien 1910. Verlag von Josef Sáfár.

Die Verfasser haben auf den 4 Tafeln folgendes dargestellt:

Tafel I. Schematische Darstellung der sanitären Situation einer Armee bei länger dauernder Cantonierung.

Tafel II. Schematische Darstellung der sanitären Situation dieser Armee im Vormarsche.

Tafel III. Schematische Darstellung der sanitären Situation einer Armee während des Kampfes.

Tafel IV. Schematische Darstellung der sanitären Situation einer Armee nach einer Schlacht.

Für Militärärzte die über eine genügende Vorbildung in den sanitätsmilitärischen Fächern verfügen, sind diese Tafeln ebenso anschaulich als verständlich. Ohne diese Voraussetzung werden sie aber kaum zu besserem Verständnis der Sache beitragen, zumal ihnen kein erläuternder Text beigefügt ist. — Für österreichische Verhältnisse haben die Tafeln ohne Zweifel Wert für die Lösung sanitätstactischer Aufgaben, während sie bei mangelnden Vorkenntnissen kaum das nötige Interesse erwecken und kaum das richtige Verständnis finden werden.

Köcher.

A. Wolff-Eisner: Klinische Immunitätslehre und Serodiagnostik. 186 Seiten. Jena, 1910. Verlag v. G. Fischer.

Das kleine Werk, welches entstanden ist aus Vorlesungen, die in Aerztecursen des Berliner Docentenvereins gehalten wurden, hat den Zweck, in der Praxis stehenden Aerzten das

Verständnis für die Immunitätslehre zu erleichtern. Verf. bedient sich einer leicht fasslichen Darstellung dieser schwierigen, interessanten Materie, und teilt den Stoff in zehn Vorlesungen ein. Die erste Vorlesung führt den Leser in die Lehre von der Infection und Virulenz ein. Das zweite Capitel handelt von den Schutzkräften des Körpers, welche durch Lyse (Bakteriolysine) die Vernichtung der Bakterien herbeiführen. Als zweiter Schutzstoff kommen die Antitoxine in Betracht, welche die von den Bakterien gebildeten Stoffe neutralisieren. Die Metschnikow sche Pagocytenlehre in ihren verschiedenen Fassungen und die humorale Theorie werden besprochen, worauf Verf. auf den jetzigen Stand der Pagocytenlehre zu sprechen kommt. Nach Einführung des Lesers in die Seitenkettentheorie Ehrlichs, geht Verf. über zu der Besprechung der Theorien und des Wesens der Ueberempfindlichkeit (Anaphylaxie) und auf die praktischen Ergebnisse dieser Lehre. Die Injection einer jeden körperfremden Eiweisssubstanz ruft Ueberempfindlichkeit hervor. Für letztere werden einige Beispiele aus der Klinik angeführt, wie die Urticaria infolge von Aufnahme körperfremder Eiweisssubstanz, die Eclampsie durch Resorption körperfremder Substanz (Syncytium); manche Erscheinungen beim Typhusrecidiv, der Syphilis und Tuberculose erinnern an die Theorien der Anaphylaxie. Der nächste Abschnitt handelt über Präcipitine und Agglutinine. Eine grosse Bedeutung kommt den ersteren bei der Verdauung, speciell im Säuglingsalter zu (Artverschiedenheit des Eiweisses der Kuh- und Muttermilch). Unter den Agglutinationsproben ist die von Widal am wichtigsten. Ein wichtiges Capitel ist das die Bakteriolysine, Opsonine und Hämolysine behandelnde. Es ist hier nicht der Ort, darauf näher einzugehen. Die Technik der Opsoninbestimmung ist genau angegeben. Der folgende Abschnitt handelt von der Wassermannschen Reaction und der derselben zu Grunde liegenden Idee, dass man im inficierten Organismus die Reactionsstoffe, welche sich infolge des Contactes mit den Infectionserregern gebildet haben, in vitro nachweisen könne. Die Technik der Reaction, sowie manche praktische Winke sind angegeben. Der specifische Stoff im Serum des Syphilitikers tritt mit dem Syphilisvirus zusammen in eine Reaction, bei der das Complement gebunden wird. Hierher gehört auch die Tuberculindiagnostik als serodiagnostische Methode. Sehr interessant ist der Abschnitt über die Vaccinotherapie. Dazu eignen sich acute Infectionen nur dann, wenn sie so localisiert sind, dass eine Ausheilung nicht erfolgt, weil die von dem localen Krankheitsherd in den Kreislauf gelangenden bakteriellen Stoffe nicht ausreichend sind, um die genügende Menge von Bakteriolysinen in den Kreislauf zu bringen, so bei einer Reihe dermatologischer Affectionen, wie Acne, Favus, dann bei der Gonorrhoe. Bei der Cholecystitis hat die Vaccinotherapie Erfolge gehabt. Günstiger sind die Erfolge bei chronischen Infectionskrankheiten, wie Lepra, Rotz, chronischer Sepsis. Zur Zeit kommen folgende Vaccinen hauptsächlich in Betracht: die Typhus-, Coli-, Staphylococcen-, Streptococcen-, Gonococcen- und Tuberculinvaccine. Die Anwendungsweise und Bezugsquelle sind kurz angegeben. Das letzte Capitel lautet: die active Immunisierung. Diese wird in praxi angewandt bei Pest, Typhus und Cholera. Dabei ist keine absolute Schutzkraft, wohl aber Abnahme der Erkrankungszahl beobachtet worden. Das Buch schliesst mit einem kurzen Ueberblick über die von Ehrlich eingeführte «Chemotherapie» (Atoxyl, Arsacetin).

Aus diesem kurzen Referat ist zu ersehen, dass dieses kurz gefasste Werk den Anfänger in die complicierten und doch so wichtigen Fragen der Immunitätslehre bestens einzuführen imstande ist.

Lingen.

Der fünfte internationale Congress für Geburtshilfe und Gynäkologie in St. Petersburg.

Als Nachtrag zu dem in der Nummer 38 dieser Wochenschrift erstatteten Bericht über den zweiten Congresstag wären noch die Vorträge von Opitz, Pankow, Sellheim, Cholmogorow, Cova, van de Velde, Frank und Morawski zu erwähnen. Alle Redner behandelten das Thema des Kaiserschnitts von verschiedenen Gesichtspunkten und gaben ihren persönlichen Standpunkt über diese Frage zum Ausdruck. Eine genaue Besprechung derselben gehört in ein Specialblatt.

Am dritten Congresstage standen vorwiegend Vorträge über die vaginale Operationsmethode in der Gynäkologie und Geburtshilfe auf dem Programm. Die Reihe der Reden wurde von A. Martin eingeleitet. Martin ist ein grosser Anhänger der vaginalen Methode, er operiert mit Vorliebe durch das vordere Scheidengewölbe, wenn nicht gerade der Tumor im Douglas liegt. Adnextumoren, Extrauterinschwangerschaft im frühen Stadium, Neubildungen, die leicht zugänglich sind, nimmt er per vaginam. Was oberhalb des Beckens liegt, maligne und tuberculöse Affectionen und Fälle mit unklarer Diagnose oder mit Verwachsungen operiert er per laparotomiam. Jung behandelte die vaginalen Methoden in der Geburtshilfe. Die Anwendung des Bossischen Dilatators will J. sehr einschränken, die Metreuryse vornehmen, «wenn man Zeit hat», dagegen empfiehlt er den Colpohysterotomieschnitt aufs wärmste zur schnellen Entbindung. Fraenkel sprach über abgesackte Eiterungen im Becken und demonstrierte ein Instrument, mit dem er das hintere Scheidengewölbe eröffnet. Dützmanns Thema lautete auch: vaginale Operationsmethoden. D. bevorzugt auch den vorderen Colpotomieschnitt, wobei er dann immer die Vesicofixation zum Schluss anschliesst. Auch Strassmann rühmt den Vorzug des vaginalen Operierens und beschreibt eine von ihm angegebene Modification, den «vorderen Lappenschnitt». Es folgte eine Reihe von Vorträgen aus der Klinik von Ott. Markowski berichtete über die Entfernung von Adnextumoren, und Sobolew der Appendix auf vaginalem Wege, Jakobsohn über die operative Behandlung der Extrauteringravidität per vaginam und Kiparski über die Entfernung der bösartigen Gebärmuttertumoren auf gleichem Wege.

Füth empfahl eine neue Operationsmethode: die «vaginale Corpusamputation» in Fällen von unstillbaren Uterusblutungen. Vortr. hat diese Operation bisher in fünf Fällen ausgeführt. W. Beckmann (Petersburg) sprach über die Metreuryse und den vaginalen Kaiserschnitt als Entbindungsmethode bei Eclampsie. Auf 211 Fälle von Eclampsie, bei denen die Entbindung durch Metreuryse angestrebt wurde, betrug die Mortalität 34 pCt. B. hat 8 vaginale Kaiserschnitte ausgeführt, mit dieser Methode kann auch bei unverkürzter Cervix schnell entbunden werden. Mortalität 12,4 pCt.

An der sich anschliessenden Discussion beteiligten sich Falgowski, Sellheim, Strassmann, van de Velde und Martin. Sellheim brach eine Lanze für den Pfannenstielschen Schnitt und für die Coeliotomia abdom. überhaupt. Alsdann teilte er einen Fall mit, in dem er bei einer Eclamptischen beide Brustdrüsen «subcutan» exstirpierte, fussend auf der Erkenntnis der Beziehungen zwischen Genitalorganen und Mamma. Strassmann polemisierte gegen den Bossischen Dilatator, der unberechenbare Zerreissungen der Weichteile verursacht. Er führte 5 Todesfälle an, wo auf dem Sectionstisch die Zerreissungen zu sehen waren. Wenn der Eclampsiefall nicht sehr schwer ist, sollte man nicht zu energisch vorgehen. A. Martin erbat sich das Wort zu einem kurzen Epilog. Er begrüsste mit Freude und Genugtuung, dass das vaginale Operieren wieder neue Anregung erfahren, resümierte aber seine Ansicht dahin, dass es noch zu früh sei, definitive Schlüsse aus dem vaginalen Operieren zu ziehen. Winter ging zu einem anderen Thema über: der Behandlung des septischen Aborts. W. hat vergleichsweise eine Reihe solcher activ, andere ohne Eingriff behandelt. Die bakteriologische Untersuchung soll dabei zu Rate gezogen werden. Seine bisherigen noch nicht abgeschlossenen Versuche haben ihn zu eingreifendem Handeln geführt, wenn sich keine hämolytische Streptococcen fanden, bei Anwesenheit dieser wartet er ab. Bei der Frage, ob ein event. zurückgebliebenes Placentarstück manuell entfernt werden muss, sollen in Zukunft die bakteriologischen Untersuchungen entscheiden. Le Filliatres Thema lautete: «Verwachsungen des Netzes und der Därme an die Bauchwand als Folgeerscheinung der Coeliotomie». Solche Verwachsungen können später das Bild der Appendicitis vortäuschen und verschiedenartige Störungen hervorrufen. Abadie sprach über den Vorzug einer Hemisectio uteri bei der Exstirpation per abdomen wegen doppelseitiger Adnexaffection (Operation von Faure). Zum Schluss ist der Vortrag von Credé-Hörder zu erwähnen über die histologischen Untersuchungen der Wirkung prophylactischer Mittel bei Blenorrhoe.

Am Vormittage des vierten Congresstages stand das Thema: operative Behandlung der Uterusdeviationen auf der Tagesordnung. Van de Velde, der auf seine ausführliche Arbeit im Congressbericht verwies, gab eine Uebersicht über die verschiedenen Methoden, und proponierte eine internationale Commission zur näheren Erforschung der Resultate der verschiedenen Methoden. Iljin betonte den Nutzen der prophylactischen Perineotomie, des Einschnittes in medianer Richtung beim Durchtreten des Kopfes während der Geburt. Eberlin erwies sich als ein begeisterter Anhänger der Alexander-Adamsschen Operation, die er in 130 Fällen ohne auch nur ein Recidiv angewandt hat. Schaabak sprach sich gegen alle fixierenden Operationsmethoden am Uterus aus, Jakobsohn über die Wiederherstellung des Beckenbodens als wichtigen Factor zur Behandlung des Vorfalls des Rectums. Die vier folgenden Redner Dützmann, Abadie, Alexandrow und Kakuschkin empfahlen verschiedene Operationsmethoden: die Vagino- und Vesicofixatio uteri und andere Verfahren, deren

Beschreibung zu weit führen würde. Am Nachmittag berichtete Jaworski über die syphilitische Erkrankung des Uterus. Der pathologisch-anatomische Process spielt sich in den Gefässwandungen ab und ist die Ursache protrahierter Blutungen. Radwanska sprach über die Therapie der Colpitis und Endometritis und Jayle über die Kraurosis, deren Ursache er in der Arteriosclerose und Secretionsstörung der Ovarien sieht. Ringleb demonstrierte eine neue technische Modification beim Cystoskop und zeigte einige Diapositive, welche sich durch grosse Schärfe auszeichneten. Le Filliatre empfahl seine Modification der Spinalanästhesie, Abadie behandelte dasselbe Thema. Aarons sprach über das Hypophysenextract in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis, Rivière über die Physiotherapie und Köhegyi über die Behandlung der Endometritis mit Electrolyse. Meyer, ein Assistent Wassermanns, hielt einen interessanten Vortrag über die diagnostischen, prognostischen und therapeutischen Beziehungen der Wassermannschen Reaction in der Gynäkologie, über die Diagnose und Behandlung der congenitalen Lues, die Ammenfrage etc. M-me Abadie schloss diesen Sitzungstag mit einem Vortrag über den Echinococcus, führte 5 eigene Fälle an und sprach von der Anwendung der serodiagnostischen Methode. Am letzten Congresstage wurden Vorträge aus den verschiedensten Gebieten gehalten, die ersten drei bezogen sich auf die Function des Ovariums, speciell des Corpus luteum. Okintschitz hält die Zellen des Cumulus oophorus für das eigentliche Drüsengewebe des Eierstocks wegen des epithelialen Ursprungs, des nutritiven Verhältnisses der Eizelle gegenüber und wegen der Anwesenheit derselben von der frühesten Lebensstufe bis zum Climacterium. Die secretorische Tätigkeit fällt in die Wachstumsperiode vor Auftreten der Menstruation und der Bildung des Corpus luteum. Below sieht in dem Corpus luteum eine zeitweilige Drüse, deren Secret den Blutdruck verringert, den Puls verlangsamt und als Antagonist der Nebenniere wirkt. Fraenkel berichtete über neue Experimente der Function des Corpus luteum. Dieses übt einen grossen Einfluss auf die Implantation der Eizelle in der ersten Periode aus. Die Zerstörung des Corp. luteum ruft Unterbrechung der Schwangerschaft hervor. Kakuschkins Thema lautete: «das Septum vaginale vom anatomischen und klinischen Standpunkt». Wegen des Gefässreichtums des Septums bei Graviden muss dieses entfernt werden. K. setzt voraus, dass dieses Septum eine hypertrophierte Raphe des Vaginoperinealraums und analog dem Septum des Scrotums ist.

Snegirew jn. behandelte an der Hand von Diagrammen das Thema über die pathologischen Veränderungen des Herzens bei Myomen. Er hat das Herz bei Myomkranken electrodiagraphisch untersucht. Die Electrodiagramme beim Myomherz geben nicht das Recht, von besonderen Veränderungen zu sprechen. Gauss berichtete über günstige Resultate der Röntgentherapie bei Myomen. 86 Fälle wurden auf diese Weise behandelt, in 64,7% trat Heilung mit Amenorrhoe und Schrumpfung der Geschwülste ein. Die Behandlung, die sich früher auf Monate erstreckte, ist jetzt abgekürzt, weil von der Bauchwand, Vagina und vom Rectum gleichzeitig vorgegangen wird. Kakuschkin hat experimentelle Versuche angestellt über die Perforabilität der Uteruswand. Leichenuteri wurden suspendiert, eine Sonde eingeführt, und diese verschieden belastet. Ein hübsches Operationsresultat teilte Abadie mit. Es handelte sich um eine Vaginoplastik bei fehlender Vagina mit Benutzung einer Dünndarmschlinge und Bildung einer Enteroanastomose.

Modlinski berichtete über die sacrale Operationsmethode in der Gynäkologie und Chirurgie. In erster Linie kommt das obere Rectumcarcinom in Frage. Einer Pat. hat M. das Rectum, die Gebärmutter und die Blase—alle Organe waren vom Carcinom ergriffen — exstirpiert auf sacralem Wege. Pat. lebte 3 Jahre mit einer Art Cloake. Es bleibt noch der Vollständigkeit halber übrig der Demonstrationen, deren Aufzählung zu weit führen würde, mit einem Wort zu erwähnen. Es wurden in den Morgenstunden vor den Verhandlungen täglich anatomische Präparate, Nebelbilder (mirkoskopische Bilder und solche aus dem Gebiet der Cystoskopie) etc. vorgeführt. Ott operierte und demonstrierte sein Instrumentarium zur Beleuchtung der Bauchhöhle nach dem hinteren Colpotomieschnitt. Von den hiesigen Collegen demonstrierte A. v. Schrenck sein mit gutem Erfolg angewandtes Pessarium. Die wissenschaftliche Sitzung schloss mit einer Rede von Fontoynont aus Madagaskar, der ein Streiflicht auf die dort herrschenden Anschauungen der Gynäkologie und das Leben der einheimischen Frau warf. Darauf schloss Ott officiell den Congress, teilte mit, dass ein internationales Comitee gewählt, und dass beschlossen worden sei, den nächsten internationalen Congress in Berlin nach zwei Jahren abzuhalten. Nachdem Sadowski einen kurzen Bericht abgestattet, sprach A. Martin im Namen der Gäste dem Organisationscomitee in beredten Worten seinen wärmsten Dank für die grosse Mühewaltung aus, und richtete diesen speciell an die Adresse Otts. Dieser bedankte sich bei den Präsidenten der Nationalcomitees und dem Generalsecretär Sadowski, der seine Aufgabe mit grossem Geschick ausgeführt hat. Das Organisationscomitee hatte für eine Reihe von Vergnügungen gesorgt: am ersten Abend fand eine gesellige Vereinigung im Europäischen Hotel mit musikalischen Genüssen, am zweiten Abend eine Vorstellung im Volkstheater, am dritten eine Galavorstellung im Marientheater und am vierten ein geistliches Concert statt. Sonntag wurde die Eremitage gezeigt und den Besuchern ein solennes Frühstück in den Sälen des Winterpalais offeriert, woran sich eine Ausfahrt nach Peterhof anschloss.

Die Organisation des Congresses war eine vorzügliche, in jeder Weise kam man Wünschen der Besucher des Congresses entgegen. In den Räumen des Instituts befand sich ein vorzügliches Buffet, daneben Post- und Telegraphenabteilung. In dem Bureau herrschte musterhafte Ordnung. Kein internationaler gynäkologischer Congress ist so stark frequentiert gewesen: 654 Mitglieder haben sich gemeldet, mit den Gästen betrug die Zahl 783. Ausländer waren ungefähr 120 vorhanden. Die meisten Vorträge wurden in deutscher Sprache gehalten, dann folgte die französische, vereinzelte in englischer und drei in russischer. Drei Vorträge wurden von Aerztinnen gehalten.

Lingen.

Auszüge aus den Protocollen der Dorpater Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung vom 26. März, 1910.

Präses: Meyer. Schriftführer: Riemschneider.

Dr. Kieseritzky hält einen Vortrag «über Pyocyanase».

Nachdem Vortr. über die chemischen und bakteriologischen Eigenschaften der Pyocyanase nach den Arbeiten von Emmerich und Baer, Saar, Weil berichtet und die baktericiden Eigenschaften derselben als nicht nur auf homologe Bakterien, sondern auch auf heterologe, wie Diphtherie-, Cholera-, Pestbacillen, Strepto- und Staphylococcen wirksam hervorgehoben hat, bespricht er in kurzen Zügen die Wirkung der Pyocyanase auf Diphtherie, Scharlachanginen, auf die verschiedenen Formen der gewöhnlichen Anginen, wie sie von verschiedenen Autoren (Emmerich und Baer, Saar, Weil, Trautmann, Grosz, Bau, R. Mühsam, Zucker, Escherich, Scharff-Colbe, Schlippe-Dresden) beschrieben worden.

Hierauf teilt er die von ihm behandelten Fälle mit, in denen er Pyocyanase angewandt hat.

1) 25 Fälle von Diphtherie, und zwar 19 Fälle von Rachen- und Nasendiphtherie und 6 Fälle von Croup. Alle diese Fälle wurden gleichzeitig mit Serum behandelt.

Von den 19 Diphtheriefällen waren 15 leichtere und vier schwerere. Bei den ersteren konnte nach Anwendung von Pyocyanase in 8 Fällen ein baldiger deutlicher Temperaturabfall und ein schnelles Schwinden der Beläge constatiert werden, in den übrigen 7 Fällen war der Temperaturabfall nicht so deutlich ausgesprochen, oder es trat ein typischer Abfall ein, doch hob sich die Temperatur wieder, dagegen schwanden auch in diesen Fällen die Beläge sehr schnell. Von den 4 schweren Fällen muss einer ausgeschlossen werden, da er, schwer septisch eingeliefert, nach 24 Stunden einging. Die übrigen 3 Fälle sind durch Pyocyanase nicht sichtlich beeinflusst worden; obgleich auch hier nach Anwendung des Mittels in 2 Fällen Temperaturabfall eintrat, so kam es dennoch zu Complicationen (Retrobulbärabscess) und in einem anderen Fall ohne nachweisbare Complication.

Jedenfalls konnte Vortr. nur die von den Autoren angeführten günstigen Einwirkungen der Pyocyanase bestätigen, als: das schnelle Schwinden der Beläge und des foetor ex ore, die schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, das Nachlassen der Spannung und der Schmerzen im Halse, endlich das relativ schnelle Verschwinden der Diphtheriebacillen im Rachen, meist mit dem Verschwinden der Beläge oder einige Tage später, gewöhnlich am 7—8 Tage (Scharff, Saar, «einige Tage») in vom Vortr. bakteriologisch constatierten Fällen.

Ueber die Wirkung bei Scarlatina-Necrose kann Vortr. nur über 3 Fälle berichten, in denen besonders typisch die schnelle Abnahme der Beläge und der subjectiven Beschwerden waren. Jedenfalls waren die Resultate derartig günstige, dass Vortr. die Pyocyanaseanwendung bei Scarlatina dringend empfiehlt.

Ferner berichtet Vortragender über die Erfahrungen, welche er bei Anwendung der Pyocyanase in verschiedenen Anginafällen gemacht hat, sowohl bei einfachen lacunären Anginen als auch bei solchen mit flächenhaften, durch Streptococcen bedingten Belägen, ferner bei Anginen, deren Beläge durch Staphylococcus aureus bedingt waren, und endlich bei einer

Plaut-Vincentischen Angina. Das Resultat war in allen Fällen ein tadelloses, die Beläge schwanden rapid, fast in 24 Stunden, und vor Allem hörten die subjectiven Beschwerden auf, und die Kranken rühmten besonders die äusserst erleichternde Wirkung nach Pyocyanaseanwendung.

Nur in einem durch Staphylococcus aureus bedingten Anginafalle hielten sich die Beläge 2×24 Stunden, aber auch hier trat ein Nachlass der subjectiven Beschwerden ein.

Von üblen Nebenwirkungen hat Vortr. nur in einem Falle nach der dritten Anwendung von Pyocyanase in Form eines Spray mit Pyocyanase eine 2 Stunden andauernde, ziemlich starke Salivation ohne jegliches Uebelkeitsgefühl beobachtet.

Auf Grund seiner günstigen Resultate fordert Vortragender die Collegen dringend auf, in entsprechenden Fällen die Pyocyanase anzuwenden, als ein gutwirkendes und zugleich vollständig unschädliches Mittel, selbst bei kleinen Kindern. — Literatur: 1) Emmerich und Baer. Zeitschr. f. Hyg. und Infect.-Krankh. Bd. 31 und 36. 2) Saar. Deutsch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 36. 3) Emmerich. Die Pyocyanase als Prophylacticum. Münch. med. W. 1907. Nr. 45, 46. 4) Weil. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 1908. Bd. 95. 5) G. Trantmann. Münch. med. W. 1909. Nr. 11. 6) Grosz und Bau. Münch. med. W. 1909. Nr. 4. 7) R. Mühsam. Deutsche med. W. 1908. Nr. 6. 8) Karl Zucker. Arch. f. Kinderhlkde. Bd. 44, p. 195 ff. 9) Escherich. Wiener klin. W. 1906. Nr. 25. 10) Schlippe. Deutsche med. W. 1908. Nr. 14.

(Autoreferat).

Discussion:

Lackschewitz erkundigt sich bei dem Vortragenden, ob die Pyocyanase in keinem Fall Reizwirkung auf die Schleimhaut ausübe.

Kieseritzky: nein, eine Reizwirkung kommt nie zur Beobachtung.

Hartge fragt, wie stark die Lösung sei, und wie lange eine einmal geöffnete Flasche sich halte?

Kieseritzky: bei der Herstellung wird das auf der Culturflüssigkeit sich bildende Bakterienhäutchen immer wieder verschüttelt, bis kein weiteres Wachstum mehr stattfindet, dann wird die Flüssigkeit auf $^1/_{10}$ eingeengt. Man verwendet diese Flüssigkeit rein, jedoch ist es angängig, sie um $^1/_3$ zu verdünnen. Das Präparat war schon anfänglich nicht ganz billig und ist in letzter Zeit, seit der Vertrieb in Russland Vertretung besitzt, noch etwas teurer geworden. — Eine geöffnete Flasche hält sich etwa 8 Tage.

Russow hat von einer Localbehandlung niemals wesentliche Erfolge gesehen, besonders augenfällig war das bei einer anginösen Hospitalepidemie im fernen Osten, wo die eine Hälfte der Erkrankten local behandelt wurde, die andere Hälfte nicht, der Verlauf war bei beiden Hälften der gleiche. Wenn nun Dr. Kieseritzky in Bezug auf die sonstige Localbehandlung den gleichen Standpunkt einnimmt, so wären seine Erfahrungen mit Pyocyanase bedeutungsvoll.

Kieseritzky lässt das Jod für eine Localbehandlung als wirksames Mittel gelten, sonstigen Präparaten spricht er eine Wirkung ebenfalls ab. Mit Pyocyanase aber sei der Erfolg allerdings ein sehr deutlicher, besonders was das subjective Befinden betrifft.

Hartge ist der Ansicht, dass man eine gewöhnliche Angina garnicht local behandeln solle, das wirke unter Umständen sogar schädlich

Russow: die Beläge bei einer folliculären Angina bestehen zum grössten Teil aus Pilzrasen, während sich bei der Diphtherie, wo der Process doch innerhalb der Schleimhaut spielt, mehr Leukocythen — also Eiter findet. Indessen ist es möglich, schon aus dem blossen Aussehen des Krankheitsherdes auf eine diphtheritische, resp. eine Mischinfection zu schliessen: er referiert über einen Fall aus der Praxis, in welchem erst am 3. Krankheitstage Diphtheriebacillen nachweisbar waren, der ihm aber von vorneherein verdächtig erschienen war.

Kieseritzky: Mischinfectionen sind nicht selten, eine Diagnose ist nur durch bakteriologische Untersuchungen möglich, wenn nötig, durch fortgesetzte. Eine Station, die unentgeltliche Untersuchungen ausführt, wäre hier am Ort ein dringendes Bedürfnis.

z. Z. Secretär: Riemschneider.

Sitzung vom 9. April 1910.

Präses: Meyer. Schriftführer: Riemschneider.

Dr. M. Bresowsky schliesst an die Demonstration eines Hirntumor-Präparats einen Vortrag an:

Bresowsky demonstriert dabei das Gehirn einer tumorkranken Patientin, die in vivo das Symptomenbild der Apraxie dargeboten hatte, und zwar das der ideo-kinetischen (im Sinne Liepmanns). Während rechtsseitig tactile Agnosie bestanden hatte, und nur sog. amorphe Bewegungen möglich gewesen waren, waren linksseitig neben Bewegungsunterlassungen und -verwechslungen dazwischen auch einfache Zweckbewegungen möglich (nur schneidende Bewegungen mit der Schere).

Es handelte sich um ein teleangiectatisches Sarcom von beträchtlicher (Faust-) Grösse, dessen Centrum im Mark des gyrus centralis posterior gelegen war. Bemerkenswert war das überaus schnelle Wachsen des Tumors, da vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Exitus kaum 3 Monate vergangen waren.

(Autoreferat).

Discussion:

Russow fragt, warum in dem betreffenden Fall nicht an eine Operation gedacht worden sei; erkundigt sich ausserdem, ob Hemianopsie vorhanden war?

Bresowsky: eine Operation war deshalb nicht möglich, weil der Tumor im tiefen Mark, im centrum semiovale sass — es waren keinerlei Anzeichen dafür vorhanden, dass die Rinde beteiligt wäre. Hemianopsie war nicht vorhanden.

Lackschewitz erkundigt sich nach der Ursache für die rechtsseitige Pupillenerweiterung und Ptosis.

Bresowsky: die Ptosis ist aus der Oculomotoriaslähmung zu erklären.

Rothberg fragt, wie man bei kleinen Kindern zur Diagnose eines derartigen Tumors käme?

Bresowsky: bei kleinen Kindern ist die Diagnose «Hirntumor» vielfach erschwert, und zwar nicht nur, weil gewisse Localsymptome nicht festzustellen sind, sondern auch wegen mangelnder Eindeutigkeit der sog. Allgemeinsymptome. Einige Specialfälle bieten allerdings sehr viel Charakteristisches, z. B. viele Fälle von Kleinhirntumoren. Wenn überhaupt deutliche Herdsymptome auftreten, so ist die Diagnose nicht schwieriger als beim Erwachsenen.

(Autoreferat).

Rothberg fragt ferner, inwieweit plötzlich auftretende Krämpfe mit Bewusstseinsstörung bei sonst anscheinend gesunden Brustkindern für die Diagnose tumor cerebri in Betracht kommen können? Die Erfahrungen der neueren Zeit beweisen jedenfalls, dass in solchen Fällen an irgend eine cerebrale Erkrankung gedacht werden muss, falls keine Anzeichen von Tetanie vorliegen.

(Autoreferat).

Bresowsky: allgemeine Krämpfe mit Bewusstseinsverlust sind schwer für die Diagnose Tumor zu verwerten, weil es kaum möglich ist, andere Ursachen, z. B. Epilepsie, mit Sicherheit auszuschliessen.

z. Z. Secretär: Riemschneider.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der Oberarzt der 2. Baltischen Flottenequipage Dr. med. Bogdanow-Beresowskij, Specialarzt für Ohren- und Halskrankheiten, ist zum Ehren-Leib-Otiater des Kaiserlichen Hofes ernannt.

— Der Chefarzt des Marinehospitals in Libau Dr. med. Rontschewskij ist zum Chefarzt des Marinehospitals in St. Petersburg ernannt.

— Der Unterarzt der Sibirischen Flottenequipage in Wladiwostok Dr. F. Dörbeck ist für Auszeichnung im Dienst und in Anerkennung seiner hydrographischen und zoologischen Forschungen zum Oberarzt befördert.

— Die Unterärzte der Kronstädter Halbequipage Dr. John und der 1. Baltischen Equipage Dr. Bologowskij sind zu Oberärzten befördert.

— Cholera. Deutsches Reich. Vom 19. bis zum 25. September erkrankten in Marienburg (Westpreussen) 5 Personen und starben 2, im Marienburger Kreise starb 1 Person an der Cholera. — Oesterreich-Ungarn. In Mohacs (Comitat Baranya) und Pressburg wurden 15 Erkrankungen festgestellt. — Italien. Vom 11. bis 17. Sept. fanden in Apulien 40 Erkrankungen und 22 Todesfälle statt, in Neapel — bis zum 28. Sept. — 15 Erkrankungen und 9 Todesfälle. — Dänemark. In Kopenhagen wurde 1 Choleraerkrankung festgestellt. — Rumänien. Am 12. Sept. wurde in Galaz ein Todesfall an Cholera constatiert und am 20. Sept. 1 Fall im Hafen von Braila. — Türkei. Im Bezirk Erserum sind im Ganzen 52 Personen erkrankt und 45 gestorben;

in Trapezunt erkrankten 6 Personen; in Samsun fand 1 Todesfall an Cholera statt, in Haskeny (bei Constantinopel) 1 Erkrankung. — Persien. In Ardebil und Sarab mit Umgegend nimmt die Cholera ab; in Astara starb eine aus Baku angekommene Frau; in Mesched wurden am 22. Sept. Choleraerkrankungen festgestellt. — Britisch-Indien. Vom 14. bis 20. Aug. starben in Kalkutta 12 Personen an der Cholera. — Straits Settlements. Vom 11. bis 24. Aug. fanden in Singapore 12 Erkrankungen mit tötlichem Verlauf statt. — Japan. In Kobe fanden 14 Choleraerkrankungen statt.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben				Beginn der Epidemie
	vom 12. bis zum 18. Sept.		vom Beginn der Epidemie		
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	167	(66)	4197	(1525)	7. Juni
» Kronstadt	6	(1)	238	(127)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	23	(19)	587	(302)	24. Juni
Stadt Archangelsk	—	(—)	2	(1)	10. »
Gouv. Olonez	—	(—)	15	(8)	7. Aug.
» Wologda	14	(7)	403	(218)	5. Juli
» Livland	3	(6)	53	(35)	14. »
» Kurland	2	(2)	15	(6)	25. Aug.
» Pskow	—	(—)	24	(8)	6. Juni
» Nowgorod	12	(5)	450	(237)	7. Juli
» Minsk	2	(—)	530	(168)	18. Mai
» Mogilew	9	(1)	658	(294)	14. »
» Kowno	—	(—)	1	(1)	8. Sept.
» Witebsk	25	(18)	266	(95)	21. April
» Smolensk	25	(11)	344	(184)	10. Juli
» Podolien	56	(29)	1096	(490)	7. »
» Wolynien	—	(—)	165	(96)	10. Juni
» Kiew	83	(42)	4408	(1684)	3. Mai
» Tschernigow	3	(2)	2240	(916)	13. »
» Poltawa	6	(1)	3147	(1392)	3. »
» Charkow	6	(—)	6799	(3491)	8. »
» Orel	11	(6)	840	(398)	1. Juli
» Kursk	28	(16)	4415	(1946)	28. Mai
» Woronesh	123	(40)	8796	(4166)	27. »
» Tambow	90	(61)	4990	(2332)	29. »
» Pensa	—	(—)	2021	(946)	27. Juni
» Kaluga	—	(—)	240	(119)	1. Juli
» Tula	—	(—)	324	(153)	11. Juni
» Rjasan	10	(6)	2152	(933)	19. »
» Wladimir	—	(—)	457	(244)	6. Juli
» Moskau	—	(—)	192	(84)	15. Juni
» Twer	1	(1)	39	(17)	6. Juli
» Jaroslaw	8	(5)	1255	(644)	27. Juni
» Kostroma	—	(—)	3621	(1764)	27. »
» Nishnij Nowgorod	4	(9)	2311	(1028)	24. »
» Kasan	29	(14)	3643	(1750)	19. »
» Ssimbirsk	64	(51)	3483	(1735)	10. »
» Ssamara	400	(185)	15035	(7020)	9. »
» Ssaratow	191	(77)	5926	(2443)	7. »
» Astrachan	1	(1)	1852	(825)	15. »
» Stawropol	—	(—)	9467	(4893)	3. »
» Perm	—	(—)	738	(274)	3. Juli
» Wjatka	6	(3)	422	(202)	26. Juni
» Ufa	—	(—)	2358	(1255)	29. »
» Orenburg	174	(104)	3032	(1452)	4. Juli
Turgai-Gebiet	10	(3)	176	(94)	13. »
Ural-Gebiet	27	(22)	309	(193)	30. »
Gouv. Jekaterinoslaw	37	(21)	18758	(8621)	10. Jan.
» Taurien	8	(5)	4739	(2387)	7. Mai
Stadt Ssewastopol	—	(—)	77	(45)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	—	(—)	606	(274)	14. Mai
Gebiet der Donkosaken	50	(14)	21519	(9900)	21. »
Stadt Rostow am Don	—	(—)	2917	(1010)	7. »
Gouv. Bessarabien	2	(1)	116	(59)	17. Juni
» Cherson	38	(36)	9942	(4405)	11. Mai
Stadt Odessa	7	(6)	593	(331)	27. »
» Nikolajew	7	3	507	(215)	4. Juni
Schwarzmeergouvernement	4	(—)	639	(223)	4. »
Kuban-Gebiet	38	(23)	23521	(12136)	26. Mai
Terek-Gebiet	8	(3)	4161	(1786)	28. »
Gouv. Baku	30	(20)	1455	(787)	19. April
Stadt Baku	9	(5)	1265	(531)	4. Juni
Gouv. Tiflis	12	(11)	1885	(716)	6. »
Dagestan-Gebiet	53	(27)	1501	(722)	29. »
Gouv. Kutais	3	(2)	433	(197)	25. »
» Jelisawetpol	16	(9)	136	(102)	4. Juli
» Erivan	27	(11)	1120	(644)	8. »
Kars-Gebiet	20	(10)	1338	(619)	22. »
Fergan-Gebiet	38	(26)	44	(28)	11. Sept.
Transkaspi-Gebiet	—	(—)	296	(168)	19. Juni
Batum-Gebiet	1	(1)	57	(26)	5. Aug.
Ssyr-Darja-Gebiet	22	(14)	134	(85)	13. Juli
Gouv. Tomsk	36	(10)	320	(126)	8. Juni
» Tobolsk	1	(—)	261	(102)	9. Juli
Transbaikal-Gebiet	2	(2)	22	(13)	23. Aug.
Amur-Gebiet	5	(4)	45	(25)	29. »
Akmolinsk-Gebiet	10	(9)	716	(290)	23. Juli
Semipalatinsk-Gebiet	1	(—)	35	(22)	6. Aug.
Finnland	—	(—)	4	(—)	22. Juli
Im Ganzen	2104	(1087)	203676	(95075)	

— Pest. Britisch-Indien. Vom 14. bis 20. August erkrankten in ganz Indien 1543 Personen und starben 1046. — Honkong. Vom 7. bis 13. Aug. fand eine tödlich verlaufene Pesterkrankung ausserhalb der Stadt Victoria statt. — China. Amtlich wird mitgeteilt, dass die Epidemie in Amoy erloschen ist. — Marokko. Im Feldlager Busneka sollen 2 Pestfälle vorgekommen sein. — Ecuador. Vom 15. Juli bis 1. Aug. wurden in Guayaquil 6 Erkrankungen und 1 Todesfall constatiert.

— Die Pest in Odessa. Am 18. Sept. keine Erkrankung, am 19. Sept. weder Erkrankung, noch Todesfall, am 20. Sept. 1 Erkrankung und 1 Todesfall, am 21. Sept. 1 Erkrankung, am 22. Sept. 1 Erkrankung; am 23. Sept. keine neue Erkrankung, von den früher Erkrankten starb 1.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Kiew am 10. September Dr. A. Pikowskij geb. 1867, approb. 1897. 1897. 2) Am 14. Sept. der Landschaftsarzt in Sysran Dr. P. Rastorguew, geb. 1856, approb. 1883. 3) Der Landschaftsarzt in Jalta Dr. W. Gussenko am Flecktyphus. 4) Am 22. Sept. in St. Petersburg Dr. Karl Bergmann, Ordinator am Nikolai-Militärhospital, geb. 1874, approb. 1899. 5) Am 24. Sept. in St. Petersburg Dr. F. X. Groër, geb. 1848, approb. 1873. 6) Der der Militär-Medicinischen Akademie in St. Petersburg zukommandierte Arzt der 12. Artilleriebrigade Dr. M. Ssolujanow, approb. 1909, machte seinem Leben durch Morphium ein Ende. 7) Am 1. Oct. (n. St.) in Wien Prof. Dr. R. Chrobak, früherer Director der II. Frauenklinik an der Wiener Universität, im Alter von 70 Jahren. 8) Am 28. Sept. in Paris. Prof. Raymond, der berühmte Nachfolger Charcots an der Salpetrière, Mitglied der Akademie der Medicin, im Alter von 66 Jahren. 9) Prof. Dr. E. von Leyden in Berlin im Alter von 78 Jahren. 10) Dr. M. A. Bombarda, Professor der Histologie in Lissabon. 11) Dr. A. Obrzut, Professor der pathologischen Anatomie in Lemberg. 12) Dr. R. Jamieson, Prof. der Materia medica an dem College of Medicine in Detroit.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 5. Oct. 1910.

Tagesordnung: Hesse: Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Typhus abdominalis und acuter Appendicitis.

Geschäftliche Sitzung: Wahl des Cassaführers.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 25. Oct. 1910.

Tagesordnung: Heyking: Das Trauma als ätiologisches Moment der Appendicitis.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 41 | St. Petersburg, den 9. (22.) October 1910. | XXXV. JAHRGANG.

Ueber Prof. Ehrlichs Arsenobenzol (Nr. 606) und einige Versuche mit demselben.

Von
Dr. Arthur Jordan.
Ordinator am Mjassnitzki-Hospital zu Moskau.

In der am 15. März 1910 erschienenen Nr. 11 der Münchener Medicinischen Wochenschrift berichtete Prof. Alt [1]) zum ersten Mal über das neueste Ehrlich-Hatapräparat, durch welches Alt und Schreiber in Magdeburg, bei einmaliger Injection von 0,3 g. verblüffende Behandlungserfolge bei Lues erzielt hatten. Einige Wochen darauf erschien in derselben Wochenschrift eine Arbeit von Iversen [2]), welcher auf Grund seiner glücklichen Versuche an Recurrenskranken demselben Mittel, oder wie es noch heisst, dem Arsenobenzol, oder Nr. 606 der Ehrlich-Bertheim-Hataschen Versuchsreihe, eine specifische parasiticide Wirkung auf die Recurrensspirillen zuschreibt, so dass nach diesen Untersuchungen bei beiden Krankheiten die von Ehrlich erstrebte Therapia sterilisans magna erreicht werde. Trotz dieser verheissungsvollen Empfehlungen wurden diese beiden Arbeiten anscheinend wenig beachtet, vielleicht weil wir Aerzte noch unter dem Eindruck des Atoxyls, des Arsacetins und des Arsenophenylglycins standen, welche die auf sie gesetzten Hoffnungen leider nicht oder nur zum Teil erfüllt hatten. Da hielt am 22. Juni 1910 Wechselmann [3]) in der Berliner Medic. Gesellschaft seinen Vortrag über die Behandlung der Syphilis mit Dioxy-diamido-arsenobenzol und demonstrierte eine Reihe von Kranken, die durch eine einmalige Injection dieses Mittels geheilt worden waren. Bei der sich an diesen Vortrag anschliessenden Discussion wurden die Erfolge Wechselmanns von Michaelis, Alt, Schreiber und Kromayer auf Grund ihrer Versuche vollauf bestätigt, so dass die Versammlung den anwesenden Prof. Paul Ehrlich mit grossem Beifall begrüsste. Nun wurde das Mittel mit einem Schlage populär, zumal sich jetzt die Tagespresse der Sache annahm, so dass wir Aerzte schon im vergangenen Sommer von den Kranken um Nr. 606 angegangen wurden, welches wir damals selbst weder kannten, geschweige denn besassen. Um mich mit demselben näher bekannt zu machen, wandte ich mich in einem officiellen Schreiben der Verwaltung des Mjassnitzki-Hospitals an Prof. Ehrlich mit der Bitte um gütige Zuweisung des Präparates. Die prompte und liebenswürdige Antwort lautete, dass er mir das Mittel zu überlassen bereit sei, falls ich mich mit der Technik der Einspritzungen in Deutschland bekannt machen wolle. Selbstverständlich ging ich mit Freuden auf diese Bedingung ein. Bevor ich aber meine Reise antreten konnte, liefen allmählich in der medicinischen Presse nähere Nachrichten über 606 ein. Wechselmanns [4]) erste Arbeit über das Diamido-arsenobenzol berichtete über 75 damit behandelte Kranke. Sein Urteil lautete, dass das neue Mittel in seiner Heilwirkung auf die Symptome der Syphilis den bisherigen weit überlegen ist. Sowohl bei Primäraffecten, wie bei den üblichen Manifestationen der secundären Syphilis: Roseola, Papeln, Plaques, Scleradenitis ist die Rapidität des Erfolges nach einer einzigen Injection klar erwiesen, besonders aber ist die Heilung der malignen, der tertiären, der visceralen Formen (Hodensyphilis, Kopfschmerzen und epileptiforme Zustände) constatiert; vor allem aber grenzt die Wirkung, wie Wechselmann weiter sagt, auf die durch die bisherige Behandlung unheilbaren Krankheitsformen

[1]) Alt. Das neueste Ehrlich-Hatapräparat gegen Syphilis. Münchener Medic. Wochenschr. 1910. S. 561.
[2]) Iversen. Ueber die Wirkung des neuen Arsenpräparates (606) Ehrlichs bei Recurrens. Münch. Med. Wochenschr. 1910. S. 777.
[3]) Ref. nach der Münch. Med. Wochenschr. 1910. S. 1419.
[4]) Wechselmann. Ueber die Behandlung der Syphilis mit Ehrlichs Diamidoarsenobenzol. Dermatol. Zeitschr. 1910. Bd. XVII. S. 463.

ans Wunderbare. Dabei sah Wechselmann ausser Temperatursteigerung und Schmerzen an der Injectionsstelle keine üblen Wirkungen auf den Magendarmcanal und auf das Herz. Eiweiss- oder Zuckerausscheidung wurden nicht beobachtet.

Die nächste Arbeit über dieselbe Frage stammt von Schreiber und Hoppe[5]), welche bereits über 150 auf diese Weise behandelte Fälle berichten konnten, sich gleichfalls ausserordentlich lobend aussprachen, aber doch schon erkannten, dass die von ihnen gewählte Dosis von 0,3—0,4 nicht immer gross genug sei. In 10 Fällen trat zunächst ein Rückgang der Erscheinungen ein, indes zeigten sich schon vor Ablauf von vier Wochen neue luetische Efflorescenzen. Sie injicierten daher schon 0,6 resp. 0,7, wobei sich auch in dieser Dosis das Mittel als absolut ungiftig erwies.

Bald darauf hat sich Neisser[6]) folgendermassen über das neue Mittel geäussert: es übt eine eminente, geradezu überraschende Einwirkung aus, sowohl auf die Spirochäten, wie auf die Syphilisproducte selbst. Aber, fügt Neisser hinzu, freilich alles, was wir wünschen, nämlich die wirkliche Austilgung der Syphilis, wird zur Zeit, wie es scheint, nur in wenigen Fällen erreicht. Nur in 10 % seiner Fälle gelang es Neisser, einen Umschlag der positiven Wassermannschen Reaction in die negative festzustellen.

Nun folgen die Arbeiten in schnellem Tempo eine auf die andere: Treupel[7]), Spatz[8]), Iversen[9]), Michaelis[10]), Glück[11]), Zeissl[12]), Wechselmann[13]) in einer neuen Arbeit, in welcher er schon über 503 Beobachtungen Aufschluss gibt, sind alle des Lobes voll über die neue Behandlung, und eine Reihe anderer Autoren haben in verschiedenen Gesellschaften mit 606 behandelte und schnell gebesserte Luetiker vorgestellt. Nur Bohac und Sobotka[14]) erregten die Aufmerksamkeit durch Meldung von schwerer Harnverhaltung nach den Einspritzungen, welche aber, wie Ehrlich feststellen konnte, nicht auf sein Präparat, sondern auf unreinen Methylalcohol zurückgeführt werden musste. Auch Hoffmann[15]) in Bonn berichtet über einen Misserfolg, indem sich im Anschluss an die Behandlung mit 606 in einem seiner Fälle eine embolische centrale Pneumonie mit consecutiver Pleuritis entwickelte.

So stand die Frage, als ich mich Anfang August voll Erwartung nach Berlin begeben konnte. Während meines 14-tägigen Aufenthaltes daselbst habe ich, dank der Liebenswürdigkeit der Herren Sanitätsrat Wechselmann, Prof. Michaelis und Privatdoc. Tomaschewsky, eine grosse Zahl von Luetikern persönlich sehen können, denen bereits 606 injiciert worden war oder unter meinen Augen eingespritzt wurde. In der Tat, ich konnte Fälle sehen, die einen überwältigenden Eindruck machten, wie z. B. eine Frau bei Wechselmann mit tiefgreifenden, jahrelang bestehenden gummösen Geschwüren, die sich unter einer Einspritzung von 606 vollständig gereinigt hatten und in der Vernarbung begriffen waren, oder wie z. B. ein neugeborenes Kind bei Michaelis, welches einen schweren Pemphigus syphiliticus hatte, der unter einer Injection 606 schon nach 3 Tagen kaum zu sehen war. Auf der anderen Seite sah ich aber doch auch eine ganze Reihe von Fällen der secundären Periode, wo eine Wirkung des Mittels zwar nicht zu leugnen war, die aber nicht so über Nacht eingetreten und nicht so eclatant war, als ich, auf Grund der Berichte, erwartet hatte. Hier war noch nach geraumer Zeit ein Rest einer Sclerose, dort noch Reste von Papeln zu erkennen, wenn auch freilich eine günstige Wirkung überall zu erkennen war. Von unangenehmen Zufällen nach den Injectionen sah ich bei Wechselmann drei Peroneuslähmungen und bei Lesser, in der Ambulanz, einen im April von Wechselmann gespritzten Mann mit einer Fistel an der Injectionsstelle. Wechselmann und Michaelis sprachen sich begeistert, Tomaschewsky, obgleich befriedigt, doch zurückhaltend über 606 aus.

In Berlin erhielt ich von Ehrlich die versprochenen Röhrchen zugeschickt und konnte somit, zurückgekehrt nach Moskau, mich sofort an Versuche mit demselben an den Kranken des Mjassnitzkihospitals machen. Schon vor mir hatten an demselben Krankenhaus die Collegen Holst und Tschlenow mit Einspritzungen von Arsenobenzol den Anfang gemacht, die mir bereitwilligst wertvolle Ratschläge für die schwierige Technik der Lösung des Präparates geben konnten, während ich durch liebenswürdige Ueberweisung von Kranken und durch freundliche Unterstützung bei der Untersuchung derselben den Collegen Rosenquist, Blagowolin, Malyschew, Swawitzky, S. Molodenkow, Pokrowski, Finkelstein, Naimann und den Ambulanzärzten des Alexejewschen Augenhospitals zu grossem Dank verpflichtet bin. Die Technik der Auflösung des hellgelben, schwefelähnlichen Pulvers ist fast bei allen Experimentatoren eine verschiedene, läuft aber genau genommen auf zwei Methoden hinaus, nämlich, ob man eine fast weinklare alkalische Lösung, oder ob man eine neutrale Emulsion injicieren will. Nach der ersteren Methode wird, wie z. B. Glück[16]) angibt, am Boden eines ziemlich breiten Glasgefässes das schwefelgelbe Pulver gleichmässig verteilt, 1—1½ ccm. Methylalcohol zugesetzt, worauf es sich zum grössten Teil löst, zum Teil in Form von harzartigen Klümpchen am Boden des Gefässes liegen bleibt. Dieselben werden mit einem Glasstäbchen nach Möglichkeit zerrieben und hierauf 10 ccm steriles, destilliertes Wasser zugesetzt. Der so entstandenen vollkommen klaren Lösung wird nunmehr Normalnatronlauge vorsichtig zugesetzt. Dabei bildet sich zunächst ein dicker, rahmartiger, weisslich-gelber Niederschlag, der sich nach weiterem Zusatz von Natronlauge in einen braungelben, mehr lockeren verwandelt. Nach vollkommenem Schwinden der weisslichen Farbe wird mit dem Zusatz von Natronlauge aufgehört und nun bis zur Marke 20 destilliertes Wasser zugesetzt. Injiciert wird zu je 10 ccm intramusculär in beide Glutäalgegenden. In den Fällen, wo ich nach dieser Methode injicierte, habe ich nur ½ — höchstens 1 ccm

5) Schreiber und Hoppe. Ueber die Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Arsenpräparat (Nr. 606) Münch. Med. Wochenschr. 1910. Nr. 27. S. 1430.

6) A. Neisser. Ueber das neue Ehrlichsche Mittel. Deutsche Med. Wochenschr. 1910. Nr. 26. S. 1212.

7) Treupel. Die Behandlung der Syphilis mit dem Hatapräparat. Münch. Med. Wochenschr. 1910. Nr. 26. S. 1422.
Derselbe. Erfahrungen und Erwägungen mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Mittel bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen. Deutsche Med. Wochenschr. 1910. Nr. 30.

8) Spatz. Vorläufige Mitteilungen über die mit der Therapia sterilisans magna (Ehrlich-Hatapräparat) behandelten syphylitischen Fälle. Wiener Med. Wochenschr. 1910. Nr. 27.

9) Iversen. Die Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlichschen Präparat 606. Russki Wratsch 1910. Nr. 29. S. 1005.

10) Michaelis. Ueber die Anwendung des Ehrlich-Hataschen Syphilismittels in neutraler Suspension. Berl. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 30.

11) Glück. Kurzer Bericht über 109 mit 606 behandelte Luesfälle. Münch. Med. Wochenschr. 1910. Nr. 31.

12) Zeissl. Meine bisherigen Erfahrungen mit Ehrlichs 606. Wiener Med. Wochenschr. 1910. Nr. 32. S. 1866.
Derselbe. Ueber weitere 21 mit Ehrlich 606 behandelte Syphiliskranke. Wiener Med. Wochenschr. 1910. Nr. 34. S. 1978.

13) Wechselmann. Beobachtungen an 503 mit Dioxydiamido-Arsenobenzol behandelten Krankheitsfällen. Deutsche Med. Wochenschr. 1910. Nr. 32.

14) Wiener klin. Wochenschr. 1910. Nr. 30.

15) Hoffmann. Die Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Arsenpräparat. Med. Klinik. 1910. Nr. 33. S. 1291.

16) l. c.

Methylalcohol verwandt und von der Normalnatronlauge meist für je 0,1 Nr. 606 ein Gramm benötigt, ohne aber jedes Mal eine ganz klare Lösung zu erzielen. Bei Anwendung einer möglichst neutralen Emulsion bin ich der hilfsbereiten Anleitung des Collegen Finkelstein gefolgt, welche auf Angaben von Prof. Neisser beruhen soll. Danach wird das ganze salzsaure Pulver 606 in einen Achatmörser geschüttet und in 15% Lösung von Aetznatron, welche allmählich zugetropft wird, und von der ich, je nach dem Tropfgläschen, zwischen 25 und 45 Tropfen zur Lösung benötige, aufgelöst. Nach Erhalten einer bräunlichen Lösung werden je nach der Menge des zugefügten Aetznatrons ca. 2—4 Tropfen Eisessig unter Verrühren hinzugefügt, wodurch ein anfangs citronengelber, zuletzt weisslichgelber Brei entsteht. Durch Zusatz von 6 ccm Aq. destill. sterilisata wird der Brei zu einer Emulsion verflüssigt, deren Reaction ich auf Lakmuspapier prüfe und zu der ich noch so viel normale Essigsäure durch allmähliches Hinzuträufeln hinzusetze, bis die Reaction ganz schwach alkalisch oder womöglich neutral geworden ist. Meist sind dazu 4—8 Tropfen nötig. Ist dieses erreicht, so injiciere ich die ganze Portion, ca. 8—10 ccm unterhalb des einen Schulterblattes unter die Haut.

Die Auflösung nach der ursprünglichen Methode, d. h. die Herstellung der alkalischen Lösung nach Glück, dauert fast eine Stunde; diejenige der neutralen Emulsion ca. 45 Minuten. Dieser grosse Zeitverlust hat natürlich Modificationen gezeitigt, welche das Verfahren abkürzen. Die beste scheint diejenige von Blaschko [17]) zu sein, welcher 606 in einem ganz bestimmten, genau berechneten und von ihm angegebenen Quantum 20% Natronlaugenlösung auflöst und später mit Essigsäure neutralisiert oder diejenige von Kromayer [18]), welcher eine Paraffinemulsion von saurer Reaction herstellt und injiciert. Letzteres dürfte doch vielleicht bedenklich sein, obgleich er selbst über schon 100 gute Injectionen berichtet.

Bisher habe ich, wie gesagt, nur nach den beiden erstgenannten Methoden aufgelöst und im Ganzen bis jetzt 29 Personen injiciert, davon waren 27 Männer und 2 Frauen. Es handelte sich

in 16 Fällen um Syphilis condylom. recens
„ 9 „ „ „ „ recidiva
„ 3 „ „ „ „ tertiaria und
„ einem Fall um Lues cerebri.

Als Dosis wandte ich in je 2 Fällen 0,3 resp. 0,35, in den übrigen 0,4 resp. 0,45, 0,5 und 0,6 von Nr. 606 an. Die Injection der Lösung ist sehr schmerzhaft, diejenige der Emulsion so gut wie schmerzlos, aber nach kurzer Zeit beginnen sich auch hierauf arge Schmerzen einzustellen, die ebenso wie nach der Lösung mehrere Stunden anhalten. Ein übrigens nervöser Patient klagte über starkes Herzklopfen. Die nach der morgens ausgeführten Injection folgende Nacht haben, mit wenigen Ausnahmen, die meisten Kranken gut schlafen können. Schon am ersten Tage beginnen sich abendliche Temperaturerhöhungen einzustellen, die meist am dritten Abend mit 38—38,5° ihren Höhepunkt erreichen, zuweilen aber auch unter 38° bleiben. Nur in einem Fall und zufällig gerade bei dem Patienten, der die kleinste Dosis, nur 0,3 eingespritzt erhalten hatte, stieg die Temperatur auf 39,0. Am 4. Tage beginnt die Temperatur, wieder allmählich abzufallen, um in ca. einer Woche die Norm zu erreichen, zuweilen aber beginnt am 5. oder auch erst am 8. Tage ein zweites Fieberstadium, wie es auch von Spiethoff [19]) erwähnt wird, welches von kurzer Dauer ist, einen oder einige wenige Tage andauert. In ca. 8—10 Tagen sind die Kranken, trotzdem das Infiltrat am Ort der Einspritzung nicht so schnell schwindet, in der Regel wohlauf und wie neugestärkt. Unangenehme Zufälle habe ich bisher, erfreulicherweise, nicht gesehen, denn die Störungen des Verdauungsapparates, bald in Gestalt von Durchfall, bald von Verstopfung, sind nicht der Rede wert und leicht zu bannen.

Was die Wirkung anbetrifft, so ist eine solche in allen meinen Fällen, bis auf natürlich die in den allerletzten Tagen erst gespritzten, je nachdem, ob die Lösung oder die Emulsion injiciert wurde, in bald schnellerer, bald langsamerer Weise eingetreten. Einige kurz angedeutete Beispiele mögen das illustrieren:

1) Patient S. erhielt wegen eines Ulcus induratum praeputii penis, Lymphadenitis und Roseola, am 30. Aug. 0,4 Nr. 606 eingespritzt. Nach 4 Tagen war die Roseola geschwunden, nach 13 Tagen hatte sich das Ulcus völlig vernarbt. Augenblicklich, nach drei Wochen besteht nur noch ein Rest der Sclerose und es existieren noch Drüsen, wenn sie auch entschieden kleiner geworden sind. Die Wassermannsche Reaction ist bisher positiv geblieben.

2) Patient P. leidet seit mehreren Jahren an Geschwüren. Er weiss nichts von Lues. Der harthörige, 35-jährige, ledige Schuster zeigte bei seiner Aufnahme in das Hospital hier und da auf dem Körper strahlenförmige Narben und ferner auf der rechten Brusthälfte teils über dem rechten Schlüsselbein, teils über den Rippen fünf teils oberflächliche, teils bis auf die Knochen reichende, viel Eiter absondernde gummöse Geschwüre. Wassermannsche Reaction positiv. Am 6. Sept. injicierte ich ihm 0,5 Nr. 606 als Emulsion. Bereits nach 4 Tagen war eine sichtbare Besserung eingetreten, nach 6 Tagen hatten sich drei Geschwüre überhäutet, 12 Tage nach der Einspritzung hatte sich das eine von den tiefgreifenden Geschwüren völlig mit Granulationen gefüllt, und heute nach 14 Tagen ist das schlimmste Geschwür zur Hälfte vernarbt, zur andern Hälfte beginnt es zu granulieren.

Dieses ist ein sehr sicheres, durch Hg und Jodkali nicht so schnell zu erreichendes Resultat.

3) Patient B. steht wegen Lues seit drei Jahren in fast ununterbrochener Behandlung. Auf seine dringende Bitte habe ich ihm am 11. Sept. 0,5 Nr. 606 eingespritzt. Es fanden sich damals bei ihm eine schwere papulöse Angina, ein stark ausgeprägtes, papulöses Exanthem des Gesichts- und der Naseneingänge, so dass die Atmung sehr behindert war. Wassermannsche Reaction stark positiv. Schon am Tage nach der Einspritzung begann eine allgemeine Besserung einzusetzen, und heute nach 10 Tagen ist das Gesicht so gut wie rein, nur noch etwas gerötet, die Atmung ist frei, und von der Angina besteht nur noch eine geringe Andeutung. Der Patient ist ausserordentlich zufrieden. In der Tat ist es ein schöner Erfolg in einem Fall, wo das Quecksilber ungenügend wirkte.

Diesen wirklich glücklichen Fällen stehen aber zwei andere, weniger gute gegenüber, so z. B.

4) Patient A. erhielt am 26. August wegen frischer Syphilis (Phimose und Sclerose des Penis, Exanthema maculo-papulopustulosum) 0,4 Nr. 606. Wohl schwand die Phimose bereits in 4 Tagen und das Ulcus induratum penis verheilte in 6 Tagen, auch die Pusteln auf dem Körper trockneten in nur fünf Tagen ab, jedoch das maculöse Exanthem besteht noch heute, nach fast vier Wochen. Die Sclerose dauert noch fort und die Wassermannsche Reaction ist positiv geblieben.

Die eingespritzte Dosis muss in diesem Fall zu klein gewesen sein, so dass nach einiger Zeit die Frage zu entscheiden sein wird, ob eine zweite Injection 606 vorgenommen werden soll, oder ob die weitere Behandlung mit Hg geschehen soll. Wenn wir also auch sehen, dass nicht alle Luesfälle gleich prompt auf das Arsenobenzol reagieren, ist dennoch die Tatsache unzweifelhaft, dass Nr. 606 in den meisten Fällen schneller und besser als das Quecksilber wirkt, ohne aber freilich einen völligen Schwund der Sclerose und der Drüsen, so viel ich bisher gesehen habe, herbeizuführen. Die Anzahl meiner Fälle ist jedoch zu klein, die Beobachtungszeit zu kurz, um mir hierüber ein abschliessendes Urteil erlauben zu

[17]) A. Blaschko. Kritische Bemerkungen zur Ehrlich-Hata-Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 35. S. 1611.

[18]) Kromayer. Eine bequeme, schmerzlose Methode der Ehrlich-Hata-Injection. Berl. kl. Wochenschr. 1910. Nr. 37. S. 1698.

[19]) Spiethoff. Arsenobenzol bei Syphilis. Münch. Med. Wochenschr. 1910. Nr. 25. S. 1822.

dürfen, so dass ich nochmals die Literatur heranziehen muss, die gerade im letzten Monat hinsichtlich dieser Frage in überreichem Masse erschienen ist. In Bezug auf die Wirkung sind wohl so gut wie alle der Herxheimerschen [20]) Ansicht, dass Ehrlichs Arsenobenzol als specifisches Heilmittel gegen die Syphilis anzusehen ist, weil es die Symptome überraschend schnell heilt und die Spirochäten immer zum Schwinden bringt, und dass es, wie Blaschko [21]) sagt, von grossartiger Wirkung auf die schweren und malignen Formen von Syphilis, bei denen das Quecksilber völlig versagt hat, ist. Auch darüber herrscht bei allen denen, welche viel gespritzt haben, eine Ansicht, dass es im Grossen und Ganzen unschädlich ist, ob aber so ungefährlich wie Michaelis [22]) meint, dass er keine stichhaltige Contraindication anzugeben wusste, ist doch vielleicht zu weit gegangen. Ausser den früher erwähnten, wenn auch seltenen und nicht mit Sicherheit auf 606 zu beziehenden, unangenehmen Zufällen, sind noch einige andere beschrieben worden, wie vorübergehende Harnverhaltung von Herxheimer, mehrstündiges Koma von Hauck, minutenlanger Verlust des Sehvermögens von Spiethoff, und ferner sind unter einigen, mit Bestimmtheit nicht auf 606 zurückzuführenden Todesfällen zwei vorgekommen, die doch wohl auf Conto der Injection zu setzen sind (Fall von Fraenkel und Grouven und Fall von Spiethoff). Wenn auch diese ungünstigen Erlebnisse nur einen sehr kleinen Bruchteil unter den jetzt nach Tausenden zählenden Einspritzungen ausmachen, dürfen wir sie nicht verschweigen und Buschkes [23]) Warnung vor Anwendung des Mittels bei schwerer Nervenlues, da es seiner Ansicht nach neurotroper Natur ist, lieber nicht unbeachtet lassen.

Ueber die Dosis hat man sich noch nicht geeinigt. Die meisten spritzen jetzt 0,5 ein, aber es ist auch schon viel mehr injiciert worden, die höchste Dosis, 1,2, wohl von Fraenkel und Grouven [24]). Von anderer Seite, wie z. B. von Isaac [25]), wird aber demgegenüber behauptet, dass 0,6 nicht besser wirke, als 0,3. Michaelis [26]) spritzt, was gewiss etwas für sich hat, 1 cgr pro Kilo ein. Recidive sind von verschiedenen Autoren gemeldet worden. Die Wassermannsche Reaction bleibt lange positiv und wird nach Neissers und Kuznitzkys [27]) neuester Arbeit nur in 44% negativ. Ob für die Dauer oder nur für eine gewisse Zeit, ist natürlich noch nicht zu entscheiden.

Diese beiden letztgenannten Umstände trüben den Blick in die Zukunft in Bezug auf die erhoffte Therapia sterilisans magna. Vielleicht und hoffentlich wird dieses noch durch weitere Verbesserungen des Präparats von Prof. Ehrlich erzielt. Sind also die Grenzen für 606 im Laufe des Sommers ein wenig eingeschränkt worden, so bleibt ihm doch noch ein weites Wirkungsfeld, ein wie grosses, wird die Zukunft lehren. Im Augenblick hat wohl Blaschko [28]) am präcisesten die Grenzen bestimmt, indem er als positive Indicationen für das Ehrlichsche Mittel folgende 5 aufzählt:

1) Fälle von schwerer Syphilis, besonders solche, in denen Hg versagt hat;

2) Fälle von Syphilis jeder Krankheitsperiode, in denen Hg nicht vertragen wird;

3) Fälle, in denen kurz nach Beendigung einer Hg-Cur ein Recidiv aufgetreten ist;

4) Fälle, in denen trotz wiederholter Hg-Curen immer von neuem Recidive auftreten;

5) Fälle von ganz frischer Syphilis bei noch bestehendem Primäraffect, vor Ausbruch des Exanthems.

Wenn ich auch auf Grund meiner bisherigen Versuche glaube, dass es wohl nur in seltenen Fällen gelingen wird, mit einer Einspritzung des Arsenobenzols die Lues ganz auszuheilen, so halte ich es dennoch für ein sehr wertvolles, dem Quecksilber überlegenes Mittel, für dessen Entdeckung wir Prof. Ehrlich ausserordentlich dankbar sein müssen.

[20]) Herxheimer. Arsenobenzol und Syphilis. Deutsche Med. Wochenschr. 1910. Nr. 33. S. 1517.

[21]) l. c.

[22]) Michaelis. 110 Fälle von Syphilis, behandelt nach Ehrlich-Hata. Berl. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 37. S. 1695.

[23]) Buschke. Umfrage über die Wirkung des Ehrlichschen Arsenobenzols bei Syphilis. Med. Klinik. 1910. Nr. 38.

[24]) Fraenkel und Grouven. Erfahrungen mit dem Ehrlichschen Mittel 606. Münch. Med. Wochenschr. 1910. Nr. 34. S. 1771.

[25]) Isaac. Ergebnisse mit dem Ehrlichschen Präp. 606. Berl. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 33.

[26]) l. c.

[27]) Neisser und Kuznitzky. Ueber die Bedeutung des Ehrlichschen Arsenobenzols für die Syphilisbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 32. S. 1485.

[28]) l. c.

Zur auscultatorischen Bestimmung des Blutdruckes und zur praktischen Bedeutung der diastolischen Blutdruckbestimmung.

Von

Dr. Harald Hoffmann, St. Petersburg.

Im Jahre 1905 berichtete Korotkow [1]) über eine neue Methode der Blutdruckbestimmung, die er als „auscultatorische" bezeichnete. Fast gleichzeitig mit ihm befasste sich Fellner [2]) mit der Bestimmung des Blutdruckes nach denselben Principien. Die Methode imponierte besonders wegen der einfachen Bestimmung des diastolischen Blutdruckes, indem sie, im Gegensatz zur oscillatorischen nach Recklinghausen und zur graphischen nach Jauway-Masing-Sahli keines speciellen Hilfsapparates bedarf und lediglich ein gewöhnliches Sphygmomanometer nach Riva-Rocci, Armbinde und Stethoskop voraussetzt.

Gegenüber der palpatorischen Methode nach Strassburger wurde kleinerer Spielraum für Subjectivität hervorgehoben, und endlich wurde die leichte Erlernbarkeit betont. So schien die neue Methode von vornherein für den praktischen Arzt besonders geeignet. „Und wird so mancher, der nicht hören will, noch fühlen müssen" — sagt Fellner (l. c.). In der Folge wurde die Methode mehrfach controlliert und mit der oscillatorischen, der graphischen und der palpatorischen verglichen (Staehelin [3]), Lang und Manswetowa [4]), Schrumpf und Zabel [5]), Bickel [6]), Ehret [7] u. [8]), Fischer*), Zabel [9]) u. a.). Mit wenigen Ausnahmen lauteten die Resultate sehr günstig, indem ziemlich genaue Uebereinstimmung mit den übrigen Methoden, speciell der genauesten, der oscillatorischen, constatiert wurde. Im wesentlichen handelt es sich um folgendes: am Oberarm wird gut schliessend eine breite Recklinghausensche Manschette angelegt und mit dem Gebläse des Sphygmomanometers verbunden. Nachdem man den Druck in der Manschette über den zu erwartenden, oder vorher palpatorisch festgestellten systolischen Blutdruck gesteigert hat, wird das Stethoskop in der Ellenbogenbeuge auf die Cubitalarterie schwach aufgesetzt und auscultiert. Als erstes wahrzunehmendes Phänomen treten blasende Geräusche auf, anfangs leise, später lautere. In diesem Moment hat der systolische

*) Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie, citiert nach einem Referat der Münch. Med. Wochenschr. Bd. XII. Heft 7.

Blutdruck den Manschettendruck überwunden; man liest den Stand der Quecksilbersäule am Sphygmomanometer ab und hat so den systolischen Blutdruck bestimmt. Nach den sausenden Geräuschen tritt eine ruhige Phase ein, oder aber es schliessen sich gleich präcise, oft klappende Töne an, die bis zu einem gewissen Maximum zunehmen und dann mehr oder weniger plötzlich in viel leisere Töne übergehen, zuweilen auch plötzlich aufhören. In diesem Moment zeigt die Quecksilbersäule den diastolischen Blutdruck an. Hin und wieder kommt es vor, dass an Stelle der ersten sausenden Geräusche gleich Töne auftreten, nach denen dann, ebenso wie nach den Geräuschen, eine Pause eintreten kann, sowie, dass die sogen. „Endtöne" überhaupt nicht ganz verschwinden. An der Quecksilbersäule abzulesen sind also der Moment, in welchem sausende Geräusche (resp. Töne) auftreten, und zweitens der Moment, in welchem die lauten Töne in die leisen übergehen, resp. in dem die Töne plötzlich verschwinden; der erste zeigt den systolischen, der zweite den diastolischen Blutdruck an. Es ist noch zu bemerken, dass sich die Anschauungen bezüglich des Momentes, welcher den diastolischen Blutdruck anzeigen soll, nicht decken. Während die einen das Leiserwerden der Töne als den betreffenden Moment betrachten, glauben ihn andere erst beim Verschwinden der Töne gekommen. Die Mehrzahl der Beobachter spricht sich jedoch für die erstgenannte Anschauung aus, da sie der Theorie gerechter zu werden scheint. (Die lautesten Töne treten, ebenso wie die grössten Oscillationen beim Verfahren nach Recklinghausen, höchst wahrscheinlich in dem Moment auf, wo diastolischer Arteriendruck und Manschettendruck gleich gross sind, wo das Gefäss zum letztenmal vollständig collabiert, seine Wandungen daher die ausgiebigsten Schwingungen ausführen). Praktisch ist es wichtig, zu wissen, dass die beiden Momente meist sehr nahe von einander liegen — die Differenz beträgt bis ca. 10 mm. Hg.

Angeregt durch die günstigen Urteile über die Methode und nicht zum mindesten durch den Umstand, dass diese, dank ihrer relativen Einfachkeit auch vom praktischen Arzte geübt werden kann, bemühte ich mich, mir die Methode anzueignen, wobei mir das reichhaltige Material an Herzkranken am hiesigen deutschen Alexanderhospital sehr zustatten kam. Die Methode ist gewiss leicht zu erlernen, und im Verein mit ihren anderen Vorzügen gestattet sie dem praktischen Arzte, sich auf bequeme Weise der Vorteile zu bedienen, die ihm aus dem Vermögen, den diastolischen Blutdruck zu bestimmen, erwachsen können.

Einstweilen allerdings scheinen die Grenzen, soweit ich die Literatur übersehe, für Schlussfolgerungen auf Grund diastolischer Blutdruckbestimmungen nicht allzuweit. Ausserhalb dieser Grenzen scheint die Theorie noch keine richtige Anwendung in der Praxis gefunden zu haben. Ein flüchtiger Blick in dieses „Ausserhalb" wird aber gestattet sein, denn er lässt ahnen, wozu wir vielleicht nächstens imstande sein werden, und muss so die Uebung der diastolischen Blutdruckbestimmung lohnender erscheinen lassen, als wenn gleich mit der Aufzählung der bisher praktisch erprobten Ergebnisse begonnen würde; ausserdem müssen auf diesem Wege die wichtigsten Punkte, ohne die ein Verständnis der praktisch verwertbaren Beobachtungsergebnisse nicht möglich ist, berührt werden. Es handelt sich da hauptsächlich um die Frage, wie das Herzschlagvolumen und das Mass der Herzarbeit in Zahlen ausgedrückt werden können. Die dahingehenden Arbeiten sind mit den Namen Sahli[10]), Strassburger[11]) Moritz[12]), Fürst und Soetbeer[13]) und and. verbunden. Nachdem Sahli (l. c.) darauf hingewiesen, dass es nicht richtig sei, den Pulsdruck (= Pulsamplitude = systolischer Blutdruck minus diastol. Blutdruck) als Mass des Herzschlagvolumens zu betrachten, wie es bis dahin vielfach geschehen war, wurden von verschiedenen Autoren experimentelle Untersuchungen angestellt, die die Beziehungen zwischen Pulsdruck und Schlagvolumen klären sollten. Nach Sahli (l. c.) dürfte eine Parallele zwischen Pulsdruck und Schlagvolumen aus folgenden elementaren Gesichtspunkten nicht gezogen werden: der Druckzuwachs innerhalb eines Gefässes vom minimalen oder diastolischen Blutdruck bis zum maximalen oder systolischen Blutdruck hängt ausser von der während der Systole in das Gefässsystem geworfenen Blutmenge noch von Weite, Elasticität, diastolischer Füllung und Aortentonus ab. Strassburger[14]) schliesst sich diesen Ausführungen an, mit Ausnahme des letzten Punktes, da seiner Meinung nach nur die Gefässe mit reichlicher Muskulatur einem wechselnden Tonus unterworfen seien, vorzugsweise also die peripheren Gefässe, während der Tonus der Aorta nur vom allgemeinen arteriellen Blutdruck abhängen könne. Fürst und Soetbeer (l. c.) führen auf Grund ihrer Untersuchungen etwa wie folgt aus: bei gleichem Schlagvolumen des Herzens muss der Pulsdruck um so kleiner ausfallen, je geräumiger das periphere Gefässsystem ist; die Schlagvolumina eines grossen und eines kleinen Menschen können daher bei gleichem Pulsdrucke nicht gleich sein. Je grösser die Dehnbarkeit der Gefässe, je geringer der Kraftaufwand, um einen gewissen Füllungszuwachs im Gefässsystem zu bewirken, um so geringer muss der Druckzuwachs d. h. der Pulsdruck ausfallen. Bei normalem Gefässsystem entspricht gleichem Füllungszuwachs ein geringerer Pulsdruckzuwachs als bei arteriosclerotischem Gefässsystem. Der Pulsdruckzuwachs ist verschieden, je nach dem Grade der diastolischen Dehnung des Gefässsystems, und zwar entspricht gleichem Füllungszuwachs nur dann gleicher Pulsdruckzuwachs, wenn der anfängliche diastolische Druck unter einem gewissen Maximum liegt (das Fürst und Soetbeer unter dem physiologischen diastolischen Blutdrucke fanden). Ist das Maximum überschritten, so steigt der Pulsdruck bei gleichem Füllungszuwachs progressiv an, d. h. „mit steigender Füllung nimmt die Dehnbarkeit ab und der Innendruck steigt bei gleichem Füllungszuwachs um stets grössere Druckzuwachswerte". Nach Klemperer[15]) ist die Amplitude abhängig 1. vom Gefässtonus, 2. von der Weite der Gefässe, 3. von der Elasticität der Gefässe und 4. vom diastolischen Blutdruck. Punkt 1 und 2 werden durch folgende Beispiele illustriert: eine gesunde Versuchsperson zeigt an beiden art. brachiales gleiche Pulsamplituden, nämlich 68; jetzt wird der rechte Arm in kaltes, der linke in heisses Wasser versenkt, worauf sich bei erneuter Messung rechts ein Pulsdruck von 80, links von 62 ergibt ad 1). Zwei Fälle von Aortenaneurysma mit rechts und links differierendem Pulse zeigen links Pulsamplituden von 46 resp. 48, rechts von 78 resp. 80; offenbar war der Zugang zu den linken Gefässen verengt und die Gefässe selbst daher wenig gefüllt ad 2). Zu Punkt 3 und 4 gehören die Fälle von rigiden sclerotischen Gefässen resp. die Fälle von chronischer interstitieller Nephritis; bei ersteren ist der hohe Pulsdruck durch die Rigidität der Gefässe, bei letzteren durch die Spannung oder den hohen diastolischen Blutdruck bedingt. Fellner[16]) und Hürthel (citiert bei Fellner) sprechen sich ähnlich aus.—Als Mass des Herzschlagvolumens finden Fürst und Soetbeer (l. c.) den Ausdruck $\frac{p}{d+\frac{p}{3}}$, wo p den Pulsdruck, d den diastolischen Blutdruck bezeichnet. Zu einem etwas anderen Ausdruck gelangt Strassburger (l. c.); er lautet $\frac{a}{s}$, wobei a den Pulsdruck, s den systolischen Blutdruck bezeichnet.—Hat man systolischen und

diastolischen Blutdruck, somit auch den Pulsdruck bestimmt, so wäre man auf Grund genannter Formeln imstande, das Herzschlagvolumen zahlenmässig auszudrücken. Als Mass der Herzarbeit in der Zeiteinheit gilt nun ferner das Product aus Herzschlagvolumen, mittlerem Blutdruck und Pulsfrequenz (die der ausgetriebenen Blutmenge erteilte lebendige Kraft vernachlässigen wir; der mittlere Blutdruck wird durch $d + \frac{p}{2}$ (d = diast. Blutdruck; p = Pulsdruck) ausgedrückt, so dass wir nach der Formel von Fürst und Soetbeer als Mass der Herzarbeit den Ausdruck $\frac{a}{d + \frac{p}{3}} . d + \frac{p}{2}$ erhalten. Aus praktischen Gründen schlägt Moritz (l. c.) vor, den einfachen Ausdruck p (= Pulsdruck) als Mass der Herzarbeit zu betrachten; man kommt zu diesem, wenn im Quotienten $\frac{p}{d + \frac{p}{3}}$ anstatt $\frac{p}{3}$ der sehr wenig abweichende Wert $\frac{p}{2}$ gesetzt wird, denn das Product aus $\frac{p}{d + \frac{p}{2}}$ und $d + \frac{p}{2}$ ergibt p. Inwieweit in praxi mit dem „Herzschlagvolumen" und dem „Mass der Herzarbeit" erfolgreich operiert werden kann, — darüber scheint noch nichts allgemeingültiges festzustehen. Nach Strassburger (l. c. 11) muss, wenn sich das Schlagvolumen ändert, festgestellt werden, wodurch diese Veränderung zustande kam, welche Componente im Spiel war — veränderte Herzarbeit oder veränderter Gefässtonus. Zu diesem Zweck vergleicht Strassburger (l. c.) den Quotienten $\frac{a}{s}$ mit der Grösse s (= systol. Blutdruck) und kommt zu folgendem Schlusse:

a) wenn systolischer Blutdruck und Quotient sich in gleicher oder in umgekehrter Richtung ungleich stark bewegen, so handelt es sich um Aenderung von Gefässtonus und Herzarbeit;

b) wenn systolischer Blutdruck und Quotient sich etwa gleich stark in umgekehrter Richtung bewegen, so handelt es sich im wesentlichen um eine Veränderung des Gefässtonus; dabei bedeutet Steigen des systolischen Druckes und Fallen des Quotienten erhöhten Gefässtonus, das umgekehrte — herabgesetzten Gefässtonus;

c) wenn der systolische Druck sich ändert, der Quotient gleich bleibt, so ist die Ursache im wesentlichen eine Veränderung der Herzarbeit, und zwar Steigen gleich vermehrter, Sinken gleich verminderter Herzarbeit.

Wenn wir uns von diesen, einiges Licht in die Zukunft werfenden, aber schwierigen Capiteln abwenden und zur Gegenwart zurückkehren, so ist folgendes über die Bedeutung der diastolischen Blutdruckbestimmung zu sagen: in erster Linie äussert sie sich bei der Beurteilung der Pulsbeschaffenheit. Fellner[17]) und Klemperer (l. c.) weisen einstimmig darauf hin, dass unser Tastgefühl viel zu wenig verlässlich ist, und dass man sehr oft zu ganz falschen Vorstellungen von der Beschaffenheit des Pulses gelangt, wenn die Blutdruckbestimmung nicht vorgenommen wurde. Besonders bezieht sich das auf die Qualitäten „Grösse" und „Spannung" des Pulses, welche nur nach systolischer und namentlich diastolischer Blutdruckbestimmung richtig erkannt werden können. Es kann ein hoher Blutdruck mit „kleinem Pulse", ebenso wie ein niedriger Blutdruck mit „grossem Pulse" einhergehen. Im ersten Falle ist der diastolische Blutdruck hoch, im letzteren niedrig, dort ist der Puls gespannt, hier ist er es nicht. Erst durch die Bestimmung des diastolischen Blutdruckes können feine Unterschiede zu Tage treten. — In zweiter Linie ist die Bestimmung des diastolischen Blutdruckes von grossem Werte bei der Prognosenstellung decompensierter Herzerkrankungen. Nachdem Sahli[18]) 1901 auf die sogenannte „Hochdruckstauung" bei decompensierten Herzkranken aufmerksam gemacht, beobachteten in der Folge auch viele andere Autoren dieses Verhalten (Geisböck[19]), Fellner[17]), Fränkel und Schwarz*), Klemperer[15]) Lang und Manwetowa[20]) u. a.). Es handelt sich in diesen Fällen um die eigentümliche Erscheinung des Sinkens des vorher hohen systolischen Blutdruckes im Stadium der Besserung, d. h. mit Eintritt der Compensation. Von Sahli wird dieses Phänomen durch Kohlensäureüberladung des Organismus mit consecutiver Contraction der Gefässmuskulatur erklärt. Es leuchtet auf Grund dieser Beobachtungen ein, dass vielfach gefehlt werden muss, sobald ein Ansteigen des systolischen Blutdruckes mit Freuden und als Zeichen der Besserung begrüsst wird, ganz besonders, seitdem die Fälle sogenannter Hochdruckstauung als sehr häufiges Vorkommnis erkannt werden. Einige Autoren halten sie — wenigstens für gewisse Herzerkrankungen — für die Norm, so z. B. Lang und Manswetowa[20]) welche sie bei decompensierten Mitralisfehlern constant beobachten konnten. Zur Klärung der Sachlage wird nun der Pulsdruck herangezogen, welcher in sehr vielen Fällen mit Eintritt der Compensation ansteigt. Klemperer (l. c.) beobachtete dieses Verhalten so häufig, dass er den Schluss ziehen zu dürfen glaubt, das Kleinerwerden des Pulsdruckes sei als ein prognostisch schlechtes, das Grösserwerden als ein prognostisch günstiges Zeichen zu betrachten. Zu beachten ist also, dass sich systolischer Blutdruck und Pulsdruck in umgekehrter Richtung bewegen können, wobei es als günstig anzusehen ist, wenn sich die beiden Grössen einander nähern. Nicht weniger nachdrücklich betonen Fränkel und Schwarz**) (l. c.) die prognostische Bedeutung des Pulsdruckes, reservierter verhalten sich Lang und Manswetowa (l. c.). In einigen Fällen konnte ich mich selbst vom Ansteigen des Pulsdruckes im Besserungsstadium überzeugen; als Beispiel führe ich folgenden an: ein 35-jähriger Mann mit combiniertem vitium cordis, starken Oedemen, Dyspnoe und sonstigen Anzeichen von Decompensation wurde längere Zeit erfolglos mit Digitalis, Diuretin, Theocin etc. behandelt. Der an der Brachialis gemessene systolische Blutdruck betrug 135, der diastolische 90, der Pulsdruck also 45. Nach weiteren vergeblichen Versuchen wurde endlich die Punction der Unterschenkel vorgenommen; die medicamentöse Behandlung wurde fortgesetzt und schlug jetzt weit besser an — die Diurese stieg stark an, das Körpergewicht sank von Tag zu Tag, die Dyspnoe liess nach. Die neue Blutdruckmessung ergab nun einen systolischen Blutdruck von 150, einen diastolischen von 80; somit war der Pulsdruck um 25 gestiegen. — Endlich der Pulsdruck bei Aorteninsufficienz — er ist hier sehr hoch. Strassburger (l. c.) und Fellner (l. c.) betrachten den hohen Pulsdruck als für Aorteninsufficienz charakteristisch und setzen ihn der Celerität des Pulses als vollwertiges diagnostisches Kennzeichen zur Seite. In einem Falle mit ausgesprochenem Capillarpulse, pulsus celer, diastolischem Aortengeräusch und Hypertrophie des linken Ventrikels konnte ich einen Pulsdruck von 155 beobachten (normal etwa 60), der systolische Blutdruck betrug 220, der diastolische 65. Bei Gelegenheit einer orthodiagraphischen Aufnahme zeigte sich interessanterweise ein grosses, stark pulsie-

*) citiert bei Lang und Manswetowa[20]).
**) cf. auch Lust[21]) und Hoepfner[21]).

rendes sackförmiges Aorten-Aneurysma links vom Sternum, das dem klinischen Nachweise vollständig entging. In diagnostisch schwierigen Fällen wird man somit durch die Bestimmung des Pulsdruckes oft wertvolle Hinweise erhalten. Ist der Pulsdruck klein, so spricht ein Moment mehr gegen die Diagnose Aorteninsufficienz, umgekehrt wird dieselbe wahrscheinlicher, wenn hoher Pulsdruck besteht. Einen in diesem Sinne interessanten Fall hatte ich Gelegenheit zu beobachten; es handelte sich um einen Patienten, bei dem die Diagnose auf chronische hämorrhagische Nephritis und Endocarditis valv. mitralis gestellt worden war. Zufällig erfuhr ich, dass bei diesem Patienten der bis dahin sehr gut zu palpieren gewesene linke Radialpuls plötzlich verschwunden sei. Bei der Untersuchung des Patienten glaubte ich eine Endocarditis valv. aortae und speciell eine Aorteninsufficienz nicht ausschliessen zu dürfen, da der Puls leicht celer erschien und schwacher Capillarpuls beobachtet werden konnte. Es waren diese Erscheinungen jedoch nicht ausgesprochen genug, um den Fall nicht strittig erscheinen zu lassen. Die specielle Untersuchung ergab nun einen Pulsdruck von 125 bei einem diastolischen Blutdruck von 60. Die Richtigkeit der Annahme einer Aorteninsufficienz schien durch diesen Befund wesentlich gestützt. Wenige Tage später waren die klinischen Symptome der Aorteninsufficienz evident.

In jüngerer Zeit wird die auscultatorische Methode der Blutdruckbestimmung, wie aus der Fachliteratur zu ersehen ist, immer mehr und mehr angewandt. Offenbar schätzt man sie als eine präcise und einfache Methode. Einer besseren Empfehlung bedarf sie nicht.

Literatur.

1) Korotkow. Wratschebnaja Gaseta. 1906. Nr. 5 u. 6. 2) Fellner. Neuerung zur Messung des systolischen und diastolischen Blutdruckes. Verhandl. d. XXIV. Congr. für innere Medic. Wiesbaden. 1907. S. 404. 3) Staehelin. Zur Korotkowschen Methode der Blutdruckmessung. Verhandl. d. XXVI Congr. f. innere Medic. Wiesbaden 1909. S. 429. 4) Lang u. Manswetowa. Zur Methodik der Blutdruckmessung nach v. Recklinghausen u. Korotkow. Deutsch. Arch. f. kl. Medic. Bd. 94. H. 5. S. 441. 5) Schrumpf und Zabel. Ueber die auscultatorische Blutdruckmessung. Münch. Med. Wochenschr. 1909. Nr. 14. S. 704. 6) Bickel. Ueber die auscultatorische Methode der Blutdruckmessung mit besonderer Berücksichtigung des diastolischen Blutdruckes. Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therapie. Bd. 5. H. 3. 7) Ehret. Ueber eine einfache Bestimmungsmethode des diastolischen Blutdruckes. Münch. Med. Wochenschr. 1909. Nr. 12. S. 606. 8) Derselbe. Ueber Blutdruck und dessen auscultatorische Bestimmungsmethode. Münch. Med. Wochenschr. 1909. Nr. 19. S. 959. 9) Zabel. Ueber Blutdruck und dessen auscultatorische Bestimmungsmethode. Münch. Medic. Wochenschr. 1909. Nr. 19. S. 959. 10) Sahli. Ueber das absolute Sphygmogramm und seine klinische Bedeutung nebst kritischen Bemerkungen über einige neuere sphygmomanometrische Arbeiten. Deutsch. Arch. f. kl. Medic. Bd. 81. H. 5 u. 6. S. 493. 11) Strassburger. Ueber Blutdruck, Gefässtonus u. Herzarbeit bei Wasserbädern bei verschiedener Temperatur und bei kohlensäurehaltigen Soolbädern. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 82. H. 5 u. 6. S. 45). 12) Moritz. Was erfahren wir durch unsere klinischen Blutdruckmessungen beim Menschen. Münch. Med. Wochenschr. 1909. Nr. 7. S. 321. 13) Fürst und Soetbeer. Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Füllung und Druck in der Aorta. Deutsch. Arch. f. kl. Medic. H. 1 u. 2. S. 190. 14) Strassburger. Ueber den Einfluss der Aortenelasticität auf das Verhältnis zwischen Pulsdruck und Schlagvolumen des Herzens. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 91. H. 3 u. 4. S. 378. 15) Klemperer. Zur Methodik und Bedeutung der Blutdruckmessung. Deutsch. Med. Wochenschr. 1907. Nr. 23. S. 919. 16) Fellner. Klinische Beobachtungen über Blutdruck, pulsatorische Druckzunahme (Pulsdruck), sowie ihre Beziehungen zur Pulscurve. Deutsch. Arch. f. kl. Medic. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 407. 17. Derselbe. Klinische Beobachtungen über den Wert der Bestimmung der wahren Pulsgrösse bei Herz- und Nierenkranken. Deutsch. Arch. f. kl. Medic. Bd. 88. H. 3 u. 4. S. 363. 18) Sahli. Verhandl. d. XVIII Congr. f. innere Med. Wiesbaden. 1901. 19) Geisboeck. Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Praxis. Deutsch. Arch. f. kl. Medic. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 363. 20) Lang und Manswetowa. Zur Frage der Aenderung des arteriellen Blutdruckes bei Herzkranken während der Compensationsstörung. Deutsch. Arch. f. kl. Medic. Bd. 94. H. 5 u. 6. S. 455. 21) Lust. Klinische Erfahrungen mit der intravenösen Strophantintherapie. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 92. H. 3. u. 4. S. 282. 22) Hoepfner. Beiträge zur intravenösen Strophantintherapie. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 92. H. 5 u. 6. S. 485.

Referate.

Haim-Budweis. Ueber eine gutartige typische Stenose an der Flexura lienalis coli. Prager Medicinische Wochenschrift. 1910. Nr. 38.

Payr hat 1905 ein schon früher bekanntes Krankheitsbild unter diesem Titel beschrieben. Es handelt sich um eine Stenose des Dickdarmes, welche durch eine Knickung im Bereiche der Flexura lienalis hervorgerufen ist. In der Aetiologie dieser Veränderungen spielen eine wichtige Rolle verschiedene Entzündungen, Hernien aller Art, Verwachsungen, Appendicitis etc. Payr hat über 25 Fälle beobachtet, sonst sind jedoch nur wenige Fälle mitgeteilt worden. Der Verf. verfügt über einen einschlägigen Fall, in welchem es sich um eine stabil gewordene Verengerung des Darmrohres handelte, wie man sie als Endproduct von Entzündungen am Darm kennt. Der betreffende Fall konnte durch eine zwischen Coecum und Flexur angelegte Anastomose von allen Beschwerden befreit werden.

Hesse.

Karl Schick. Atropincur bei Ulcus ventriculi und die Indicationen des Atropins in der internen Medicin. Wiener. Klinische Wochenschrift 1910, Nr. 34.

Neben der in erster Linie bei Ulcus ventriculi in Betracht kommenden diätetischen Ruhecur, welche eine Vermeidung mechanischer und chemischer Reize und Ruhigstellung des kranken Organes bedingt, sind auch medicamentöse Heilmittel versucht worden, die darauf hinausgehen, die bereits ausgeschiedene Salzsäure chemisch zu binden. Doch kann die Säure wiederum schädlich auf den Heilungsprocess der Geschwüre einwirken, wenn die Alkalien erst nach Auftreten von Zeichen der Hyperacidität gegeben werden. Durch Atropin kann man aber die Salzsäuresecretion bei entsprechender Anwendungsweise dauernd herabsetzen, und darin liegt der grosse Vorteil von allen antiaciden Mitteln. Als erster führte eine consequente Atropincur bei Ulcus ventriculi v. Tabara durch. Zweimal täglich, morgens und abends wurde 0,001—0,0015 Atropin sulf. durch 4 bis 10 Wochen subcutan appliciert bei gleichzeitiger Durchführung einer Milch-Rahmdiät. Diese Therapie wurde durchgeführt bei Kranken, bei denen alle sonst üblichen Mittel und Curen versagten und die Operation hätte vorgenommen werden müssen. In allen Fällen war das Ulcus compliciert durch motorische Insufficienz zweiten Grades und gleichzeitige Hypersecretion. Die Erklärung ist in der lähmenden Wirkung des Atropins auf den als hypertonisch anzusehenden Vagus zu suchen, der Secretions- und Motilitätsnerv des Pylorus ist. Bei uncompliciertem Ulcus kommt man gewöhnlich auch durch die anderen gebräuchlichen Mittel und Massnahmen zum Ziel.

Die Erfolge, welche die Atropininjectionen bei Ulcus ventriculi mit Pylorusspasmus und Hypersecretion ergaben, sind so günstige, dass man selbst auf die Gastroenterostomie verzichten kann. Gewöhnlich wird eine bedeutende Besserung oder sogar vollständige Heilung erzielt. Die Schmerzen schwinden bald, auch die Hyperacidität und Hypersecretion, wie auch die Insufficienz des Magens gelingt es durch die Cur zu beseitigen. Bei narbigen Pylorusstenosen kann man auch hier eine Besserung erreichen.

Aus den angeführten Krankengeschichten ergibt sich, dass das Atropin auch günstig wirkt auf die bei Ulcus ventriculi gleichzeitig bestehende hochgradige spastische Obstipation. Schon nach einigen Injectionen schwindet sie vollständig, und der Stuhlgang erfolgt normal 1—2 mal am Tage auch nach beendigter Cur.

Von anderen Indicationen bei internen Erkrankungen ist zu erwähnen, dass das Atropin bei Herzkrankheiten gebraucht wird (Combination von Digitalis mit Atropin, regulierender Einfluss bei Extrasystolie). Bei Asthma bronchiale gibt es gute Resultate in protrahierter Anwendung, ebenso ist seine antihidrotische Wirkung bekannt. Bei nervöser Hypersecretion des Magens und Pylorusspasmus wirkt es subcutan bei hartnäckigen Fällen besser als innerlich. Hypertonische Zu-

stände des Magens, Anämie des Darmes, Enteritis membranacea, Ileus spasticus, Invagination, Achsendrehung, Verschlingung und Abknickung des Darmes wurde durch das Atropin günstig beeinflusst. Auch bei Cholelithiasis sind die Erfolge gute, ebenso auch bei Angina pectoris vasomotoria. Bei dysmenorrhoischen Zuständen mit Krämpfen im Unterleib bewirkt es in grösseren Dosen Stillstand der krampfartigen Contraction, in kleinen wirkt es erregend.

Von diagnostischer Bedeutung kann das Atropin beim spastischen Sanduhrmagen sein, da derselbe dadurch zum Verschwinden gebracht werden kann, während die organischen Einziehungen der Magenwand bestehen bleiben.

Vor der Anwendung von Atropin subcutan muss das autonome Nervensystem genau untersucht werden. Bei ausgesprochenen Reizerscheinungen desselben kann man ohne Gefahr von $^1/_2$ und $^3/_4$ mg. auf 1—2 mg. pro die übergehen. Liegen solche Symptome nicht vor, so ist grösste Vorsicht geboten. Doch sind bei genauer Indicationsstellung unangenehme Zufälle durchaus zu vermeiden.

F. Mühlen.

Bücherbesprechungen.

Dr. Carl Zarniko. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik. Dritte, neu bearbeitete Auflage. Mit 166 Abbildungen und 5 Tafeln. Berlin 1910. Verlag von S. Karger. XIV + 744 S. Preis M. 18.

Die neue Auflage des bewährten Zarnikoschen Buches hat im Vergleich zu den früheren Auflagen eine bedeutende Umarbeitung erfahren, wobei die wesentlichsten Errungenschaften der letzten Jahre auf dem Gebiete der Rhinologie nach Gebühr berücksichtigt worden sind. Der Stoff wird in 2 Teilen behandelt, von denen der erste die rhinologische Propädeutik enthält, der zweite — die specielle Pathologie und Therapie. Die 5 Abschnitte des propädeutischen Teiles behandeln die Anatomie der Nasenräume, die Physiologie derselben, die allgemeine Pathologie und Symptomatologie, die Diagnostik (Untersuchungsmethoden) und die allgemeine Therapie. Der zweite Teil umfasst in 2 Abschnitten die Schilderung der Erkrankungen der einzelnen Teile der Nase und des Nasenrachens, sowie der Nebenhöhlen und ihre Behandlung.

Das Werk bekundet eine ausgezeichnete Gabe des Verfassers, den reichhaltigsten Stoff in gefälliger, fasslicher, klarer Form dem Leser vorzuführen, ohne ihn im geringsten zu ermüden, so dass das umfangreiche Buch sich mit Leichtigkeit lesen lässt. Ganz besonders vorzüglich ist der propädeutische Teil, dessen Studium Jedem, der sich mit der Rhinologie vertraut machen will, nicht genug empfohlen werden kann. Es sind z. B. die anatomischen Verhältnisse der Nase und ihrer Nebenhöhlen, die dem Anfänger gewöhnlich viel Schwierigkeiten bereiten, mit einer Klarheit sonder gleichen geschildert, unterstützt durch vortreffliche, zum Teil schematische Abbildungen. Der histologische Teil führt, ohne sehr detailliert zu sein, alle mikroskopischen Eigentümlichkeiten der einzelnen Regionen, soweit sie für das Verständnis der pathologischen Erscheinungen notwendig sind, dem Leser vor Augen. In dem in der vorliegenden Auflage neu hinzugekommenen Capitel über die Bedeutung der Rachenmandel finden wir die verschiedenen den Gegenstand betreffenden Theorien referiert; doch tritt hier leider die eigene Stellungnahme des Verfassers zu dieser vielumstrittenen Frage nicht deutlich zu Tage. Erschöpfend, möchten wir sagen, sind die Untersuchungsmethoden und die allgemeine Therapie dargelegt. Verfasser unterlässt es nirgends, auf die geringsten Details, z. B. der Körperhaltung des Untersuchers wie des zu Untersuchenden, der Handhabung des Instrumentes und dergl. einzugehen, und gibt eine Menge praktischer Winke, deren Befolgung auf den ersten Blick von geringer Bedeutung scheinen mag, in der Tat jedoch oft von grösster Wichtigkeit ist.

Im speciellen Teil gibt Verf. neben einem klaren Bilde der einzelnen Erkrankungsformen und deren Genese immer auch die Richtschnur zur Therapie derselben, und zwar lässt er nach gebührender Wertschätzung und kritischer Beleuchtung der im betreffenden Falle üblichen oder vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen immer diejenige Behandlungsweise in den Vordergrund treten, die er selbst für die zweckmässigste anerkennt. Bei der Besprechung der operativen Behandlung der adenoiden Wucherungen des Nasenrachens jedoch finden wir nur die Beschreibung der Rachenmandeloperation mittelst des Beckmannschen Ringmessers. Angesichts der Tatsache, dass auch heutzutage noch manche hervorragende Rhinologen das Operieren mit anderen Instrumenten (Gottsteinsches Messer, besonders in der Modification nach Delstanche, auch die Zangen nach Jurasz, Heryng u. A.) vorziehen, möchten wir doch meinen, dass das Verfahren der anderen Autoren auch hier hätte Berücksichtigung finden sollen, sei es auch nur hinsichtlich der Mängel im Vergleich zum Operieren mit dem Beckmannschen Instrument.

Das Buch enthält am Ende ein detailliert zusammengestelltes Register. Die Orientierung im Buche ist ausserdem durch fortlaufende Zahlen, die den Inhalt in Paragraphen einteilen, und durch kurze Angabe des Inhalts am Rande mit Hilfe des betreffenden Schlagwortes äusserst erleichtert. Die Literaturangaben und Hinweise sind mit der peinlichsten Sorgfalt gemacht.

Die äussere Ausstattung des Buches ist elegant, die Abbildungen, wie gesagt, vortrefflich, zum Teil (Tafeln) künstlerisch ausgeführt. Nur frappiert die sonst in deutschen Ausgaben nicht vorkommende beträchtliche Anzahl von Druckfehlern.

Alles in Allem sind die unbestreitbaren Vorzüge des vortrefflichen Buches eine Gewährleistung dafür, dass die im Vorwort zur neuen Auflage vom Verfasser ausgesprochene Hoffnung, «dass es sich zu den alten Gönnern neue erwerben werde», in Erfüllung gehen wird.

W. Dörbeck.

XVI. Congrès International de Médecine. Les Facultés de Médecine des Universités Royales Hongroises de Budapest et de Kolozsvar. Ouvrage offert à Mm. les Membres du Congrès par le Ministère Royal Hongrois des Cultes et de l'instruction publique. Budapest 1909. 396 Seiten.

Das vorliegende Buch ist eine Festgabe des Ungarischen Ministeriums der Volksaufklärung für die Mitglieder des 16. Internationalen Medicinischen Congresses in Budapest, und bringt in tadelloser Ausführung die Geschichte der einzelnen medicinischen Institute und Kliniken der beiden ungarischen Universitäten. Dem übersichtlich geordneten Text sind ausführliche Pläne der einzelnen Bauten und vorzüglich gelungene Abbildungen in grosser Zahl beigegeben. Es muss lobend hervorgehoben werden, dass den Beschreibungen der einzelnen Institute und Kliniken ein verhältnismässig gleicher Raum zuerteilt worden ist, — ein Umstand, welchen wir im Prachtwerk eines jüngst stattgehabten einheimischen Internationalen Congresses leider vermisst haben.

Hesse.

Dr. Albert Peters: Die Erkrankungen des Auges im Kindesalter. Bonn. 1910. Verlag von Friedrich Cohen. 273 Seiten. Preis 6 Mk.

Seinem Buche über «Die angeborenen Fehler und Erkrankungen des Auges» lässt Peters als Ergänzung das vorliegende Werk folgen. Indem er sich in ihm hauptsächlich an die Nichtspecialisten wendet, verzichtet er auf allen Literaturballast und wählt die Darstellungsform der klinischen Vorlesungen. Nach Ansicht des Referenten, hat der Autor das sich gesteckte Ziel vollkommen erreicht. In fliessender, unterhaltender Sprache wird der Leser nicht allein mit den bei Kindern vorkommenden Augenkrankheiten, sondern auch bis zu einem gewissen Grade mit den Untersuchungsmethoden bekannt gemacht. Eine erschöpfende, mehr in die Tiefe dringende Darstellung ist nicht beabsichtigt und findet sich auch nicht, so dass der literaturkundige Specialarzt kaum etwas Neues finden dürfte. Der Referent möchte als besonders lesenswert einige Abschnitte hervorheben. Das Capitel über die «Erkrankungen der Bindehaut» trägt durchaus den modernen Errungenschaften der Bakteriologie Rechnung und enthält eine zusammenfassende Schilderung der Schulepidemien. Capitel VI handelt über die Tuberculose des kindlichen Auges, Capitel VII über die hereditäre Lues. In Capitel XII gibt Peters eine Uebersicht über die Erkrankungen der Orbita; in Capitel XIX über die Refractionsanomalien, in XX. über die «asthenopischen Beschwerden, Kopfschmerzen und andere «nervösen» Symptome bei Schulkindern». Hinsichtlich der Myopie ist Peters der Ansicht, dass die Vererbung der Anlage das wichtigste Moment bei der Entstehung der Kurzsichtigkeit sei. Aus diesem Grunde scheint er sich auch allen hygienischen Bestrebungen gegenüber ziemlich skeptisch zu verhalten, solange sie nicht zugleich zu einer Rassenverbesserung führen. Dem Referenten scheint der Autor, hierin zu weit zu gehen (es sei hier z. B. auf die Statistiken Widmarks verwiesen, die den günstigen Einfluss des Sports erweisen, ref. St. Pet. med. Woch. 1909. S. 543).

Auch möchte der Referent der Aeusserung widersprechen, dass eine Eindämmung der Naharbeit nur auf Kosten des heutigen Kulturzustandes zu erreichen sei.

Das Peterssche Werk kann Schul- und Kinderärzten durchaus empfohlen werden.

Ischreyt.

Dr. Ludwig Hirsch. Die Berufskrankheiten des Auges. Ihre Entstehung, Behandlung und Verhütung. 146 Seiten mit 20 Abbildungen im Text. Wiesbaden 1910. Verlag von J. F. Bergmann. Preis Mk. 4.60.

Das vorliegende Buch bietet eine gründliche Zusammenstellung der bisherigen Kenntnisse von den Berufskrankheiten des Auges, vervollständigt durch eigene Erfahrungen und Untersuchungen des Autors. Der Stoff wird in 12 Capitel eingeteilt, und zwar nach den einzelnen Berufsarten. Wenn auch hierdurch Wiederholungen nicht ganz zu vermeiden sind, bietet diese Einteilung andererseits den grossen Vorteil, sich dem praktischen Leben unterzuordnen und abgerundete Schilderungen für jede einzelne Berufsart geben zu können. Das Buch ist vielleicht grade deswegen so unterhaltend. Sehr instructiv sind die Abbildungen, wobei der Referent hauptsächlich die Darstellungen der in Arbeit befindlichen Arbeiter im Sinne hat. Für unsere heimatlichen Verhältnisse hat das 2. Capitel, über die beruflichen Augenverletzungen in oberirdischen Werken, besondere Bedeutung. Aus einer Tabelle sehen wir, dass in Deutschland die meisten Augenverletzungen in Steinbrüchen mit 10,83 pCt. erfolgen, während z. B. die Metallindustrie nur 9,11 pCt. liefert. Zur Einschränkung der Verletzungen empfiehlt Hirsch mit Recht die obligatorische Einführung der Schutzbrille, die Behandlung der Tränensackerkrankungen (Exstirpation des Tränensackes) vor der Aufnahme neuer Arbeiter; die Verordnung, dass sich die Arbeiter auch bei leichten Verletzungen sofort an den Arzt zu wenden haben und eine «erste Hilfe» durch Mitarbeiter nur bei Kalkverletzungen der Maurer zu erlauben sei. Ferner verdient die Behandlung in der Klinik eine grössere Bevorzugung. Indessen sei die Prophylaxe die Hauptsache: «Ein Gramm Prophylaxe ist mehr wert als ein Kilogramm Therapie». Dieser Grundanschauung des Verfassers ist es vielleicht zuzuschreiben, dass die Abschnitte über Therapie den schwächsten Teil des Buches bilden. Sie sind viel zu wenig eingehend, um den Leser zu selbständigem Handeln zu befähigen, und wie es dem Referenten scheint, manchmal etwas conventionell. Sie stehen mehr der Vollständigkeit zu Liebe da, als einem inneren Bedürfnisse, beeinträchtigen aber keineswegs den sonstigen Wert des Buches. Die Abschnitte über die Entstehung und die Verhütung der verschiedenen Berufskrankheiten bilden den Schwerpunkt des Buches und enthalten alles Wissenswerte. Der Referent darf den Wunsch aussprechen, dass es eine grössere Verbreitung unter allen Collegen, die sich mit Fabrikspraxis zu befassen haben, finden möchte.

Ischreyt.

Dr. Franz Eschle. Ernährung und Pflege des Kindes mit besonderer Berücksichtigung des ersten Lebensjahres. Fünfte vollst. umgearb. und verm. Auflage. Leipzig. 1909. Benno Konegen. Preis geheftet Mk. 2.50.

Vorliegendes Büchlein kann mit ruhigem Gewissen jungen Müttern in die Hand gegeben werden, und dieselben werden so manchen guten Rat, den ihnen ein alter erfahrener Praktiker hier gibt, darin finden können. Und, wenn sie aus dem Büchlein sich über Pflege und Ernährung, sowie über die erste Erziehung des Kindes haben belehren lassen, wird der Arzt, dem doch die Leitung der ganzen Ernährung stets überlassen sein soll, mit seinen Ratschlägen bei den bisweilen recht unerfahrenen Müttern mehr Verständnis finden können.

Hecker.

Dr. Josef K. Friedjung. Die sexuelle Aufklärung der Kinder. Wien und Leipzig. Verlag von Josef Safár. Preis 50 Pf.

In einem Vortrage in der Oesterreichischen Gesellschaft für Kinderforschung versucht es Verf. klar darzulegen, dass jeder, dem an dem Wohle seiner Kinder, seines Volkes gelegen ist, wer den Erzieherberuf ernst nimmt, heutzutage darüber nicht im Zweifel sein kann, dass man heranreifende Kinder in das Wesen des sexuellen Lebens einzuweihen habe. Man solle es nicht vergessen, dass die ganze Völker und Generationen verseuchenden Geschlechtskrankheiten mit all ihren verheerenden Folgen fast nur daher derartige Verbreitung erleiden, weil der heranwachsende Jüngling, mit seinem sexuellen Triebe dem Zufalle preisgegeben, der Infection meist erliegt, ehe er noch von ihrer Möglichkeit oder Bedeutung recht wusste.

Und wenn darüber, ob solches zu geschehen habe, eine Einigung leicht erzielt werden könnte, so ist schon die Frage, wie solches zu geschehen habe, schwieriger zu lösen. Und da sind nun die Ausführungen des Verf., welche er auf Grund jahrelanger praktischer Tätigkeit als Erzieher und Kinderarzt in seinem Vortrage entwickelt, höchst beherzigenswert. Nicht an ein bestimmtes Alter gebunden, ganz von der individuellen Entwicklung des einzelnen Kindes abhängig soll dem Letzteren die sexuelle Aufklärung gegeben werden. Bei jedem normalen Kinde stellt sich früher oder später die Frage nach dem Werden des Menschen ein, und dann ist es die Pflicht des Erziehers, dem kindlichen Forschungstriebe Rede zu stehen. Und ob solches in der Schule oder im Hause zu geschehen habe, ist ohne weiteres zu Gunsten des Hauses zu entscheiden. Die Form nun, wie solches gemacht werden müsse, hängt wohl vom Tactgefühl jedes einzelnen Erziehers ab; Vorbedingung dafür ist, dass das volle Vertrauen des Kindes dem Erzieher gegenüber vorhanden sei. Verf. möchte darin der naturwissenschaftlichen Methode das Wort reden. Mit der Belehrung über die Fortpflanzung im Pflanzenreich beginnend, muss zartfühlend ein Uebergang gefunden werden zum Tierreich und zu den Menschen. So wird das Natürliche im Leben den heranwachsenden Kindern als etwas Grosses und Heiliges vorkommen, und nicht der Schaden in der Jugendseele durch phantastische Gedanken über aufgeschnappte Worte entstehen können.

Hecker.

Dr. Georg Müller. Die Orthopädie des praktischen Arztes. Mit 151 Textabbildungen. XV + 258 S. Berlin und Wien. 1910. Urban und Schwarzenberg. Preis Mk. 8.—.

Das Buch ist in der Tat speciell für den Praktiker geschrieben. Daher sind die anatomischen, physiologischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse nur so weit erläutert, als sie zum Verständnis unbedingt nötig sind; Theorien, besonders noch nicht allgemein anerkannte, zum Teil nur angedeutet. Dagegen ist die Therapie, soweit sie namentlich für den praktischen Arzt in Frage kommt, möglichst erschöpfend behandelt und derselben ein breiter Spielraum gewährt. Sowie Calot gelegentlich den Wunsch äussert, dass jeder praktische Arzt die Einrenkung der congenitalen Hüftgelenkluxation ausführen möge, so wünscht auch Georg Müller, dass der praktische Arzt, soweit die ihm zu Gebote stehenden Mittel es gestatten, mit den Behandlungsmethoden der Orthopädie vertraut sein möge. Der Gedanke ist gewiss gut, wenigstens wird das Buch mit seiner knappen, dabei klaren Darstellung der Orthopädie viele Freunde unter den praktischen Aerzten schaffen und zum besseren Verständnis der orthopädischen Methoden beitragen. Durch eine grosse Zahl guter photographischer Aufnahmen sind die Krankheitsbilder veranschaulicht. Die Darstellung gliedert sich in zwei Teile, einen allgemeinen mit einem kurzen historischen Ueberblick und einen speciellen. Im allgemeinen Teil (S. 1—57) sind die orthopädischen Verbände, Prothesen, die Massage und Gymnastik abgehandelt, auch ein vom Verfasser erdachter Autogymnast zur Selbstbehandlung der Scoliose mit Widerstandsbewegungen beschrieben. Ferner werden im allgemeinen Teil die Hautpflege, Diät, die Biersche Hyperämie und die Serotherapie tuberculöser Knochen und Gelenke nach Marmorek besprochen, über deren Erfolge der Autor sich zufrieden äussert. Der specielle Teil (S. 57—257) behandelt die einzelnen Deformitäten, unter denen der Scoliose und Spondylitis naturgemäss ein grosser Raum angewiesen ist. Das Werk ist von der bewährten Verlagsfirma Urban und Schwarzenberg, was Papier, Druck und Illustrationen anbetrifft, in gewohnter Weise trefflich ausgestattet worden.

Brennsohn-Riga.

Prof. B. Stiller-Budapest. Kritische Glossen eines Klinikers zur Radiologie des Magens. Berlin. 1910. S. Karger. 28 Seiten.

In der vorliegenden Arbeit kritisiert der Verf. in geistreichster Weise die bisher anerkannten Lehren von der Form des Magens. Hauptsächlich wendet er sich gegen den von Holzknecht vertretenen Standpunkt von der normalen Form des Magens. Interessenten seien auf die lesenswerte Studie aufmerksam gemacht.

Hesse.

Protocolle des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg 1909/10.

IV. Sitzung vom 11. December 1909.

Vorsitzender: Netschajew. Schriftführer: Kosakow, Hesse.

1. Privatdocent A. Sokolow demonstriert ein Präparat einer linksseitigen abgekapselten Peritonitis, auf der Basis einer Pankreas-

ruptur. Bei der Section fand Vortragender eine während der Operation schon entleerte Höhle, die in directer Verbindung mit der Pankreasrupturstelle stand. Diese Höhle war vom allgemeinen Peritoneum durch Verwachsungen mit den Nachbarorganen abgekapselt und hatte keine präformierte Wandung.

Discussion:

W. Kernig: das soeben demonstrierte Präparat entstammt einer Patientin, die vor zwei Monaten mit der Diagnose Cirrhosis hepatis, Milzvergrösserung, starke Vorwölbung der linken Leberhälfte — ins Hospital aufgenommen wurde. Als bei ihr choleraverdächtige Symptome auftraten, wurde sie ins Botkin Baracken-Hospital gebracht. Beim abermaligen Eintritt ins Hospital constatierte man bei der Patientin eine cystenartige Geschwulst in der linken Hälfte des Abdomens und eine linksseitige exsudative Pleuritis. Die Punction der Pleura ergab ein hämorrhagisches Exsudat mit Eiterbeimischung. Bei der Operation erwies es sich, dass wir nicht die Pleura punctiert hatten, sondern eine Cyste, welche das Diaphragma hoch hinauf geschoben hatte.

J. Grekow: die Geschwulst dieser Patientin, die sich bis zum Os ilei erstreckte, erinnerte sehr an einen Echinococcus der Milz oder der linken Leberhälfte. Während der Operation wurden sofort nach Eröffnung des Peritoneums mehrere Liter hämorrhagischer Flüssigkeit mit Eiterbeimischung entleert. Als wir danach den Cystensack mit der Hand untersuchten, fanden wir gleich unter dem Diaphragma ein parenchymatöses Organ — entweder die Milz oder den linken Leberlappen — und dachten an eine Ruptur dieser Organe, nicht aber an eine Pankreasruptur, da ja die Pankreascysten gewöhnlich in der Bursa omentalis und nicht vor dem Omentum liegen. Es ist augenscheinlich, dass die Flüssigkeit nach Durchbruch der Bursa omentalis sich hauptsächlich vor dem Omentum unter dem Diaphragma angesammelt hatte und sich mit dem Omentum und parietalen Peritoneum als Grenzen abgekapselt hatte. Sofort nach der Operation, die unter Localanästhesie gemacht wurde, trat eine bedeutende Besserung ein, worauf aber ein Hinsiechen — ohne Temperaturerhöhung bei weichem, nicht beschleunigtem Pulse folgte. Drei Wochen nach der Operation, die in einer Rippenresection mit Contreapertur durch das Diaphragma in die Bauchhöhle bestand, wobei das Pankreas nicht gefunden wurde, weil die adhärente Milz daran hinderte, starb die Kranke. Einmal enthielt der Urin der Patientin Zucker; in der Cystenflüssigkeit konnte Trypsin constatiert werden. Bald nach der Operation wurden in der Wunde Erscheinungen einer Fettnecrose wahrgenommen. In der Anamnese gab es ein Trauma abdominis 2 Monate vor der Operation, ohne dass die Patientin darauf besonderes Gewicht gelegt hätte.

A. Netschajew weist auf die Seltenheit der subdiaphragmalen Flüssigkeitsansammlungen pankreatischen Ursprunges hin, wobei sie linkerseits meist vom Magen oder der Milz herstammen.

2. Priv.-Doc. A. Sokolow demonstriert ein Präparat — Thrombose der Art. mesenterica superior et inferior.

Discussion:

Kriewer: das soeben demonstrierte Präparat stammt von einer Patientin, die mit einer Bicuspidalstenose ins Hospital aufgenommen wurde. Puls arhythmisch, 68—70 in der Minute, linkerseits gut gefüllt, rechts fehlte er ganz. Plötzlich trat eine Verschlimmerung ein, Patientin bekam Schmerzen im Bauch, Blässe und Atemnot gesellten sich dazu. Es traten Blähungen des Bauches ein, und es gab 4 mal einen flüssigen, teerartig blutigen Stuhlgang. Peritonitiserscheinungen nicht vorhanden. In den folgenden drei Tagen: Darmperistaltik, peritoneale Reizerscheinungen und ein geringes Exsudat linkerseits. Es wurde eine Probelaparotomie gemacht und eine ausgedehnte Darmgangrän gefunden.

Grekow: an der Diagnose zweifelten wir nicht, doch hofften wir, den erkrankten Teil des Darmes resecieren zu können. Leider erwies sich bei der Eröffnung der Bauchhöhle eine Necrose aller Dünn- und Dickdarmschlingen.

Sokolow demonstriert im Anschluss hieran noch ein Präparat von Ruptur des Arcus aortae ascendens.

3. Dr. W. Lange: Ein Fremdkörper im Oesophagus und im rechten Bronchus.

Fall 1. Ein erwachsener Mann hat eine Fischgräte verschluckt, wird 4 Tage danach ins Hospital aufgenommen. Grosse Schmerzen, sogar Flüssigkeit passiert schwer, beim tiefen Atmen fühlt Patient einen heftigen Schmerz in der Brust gegenüber dem unteren Ende des Sternum. T. 38,6, Puls beschleunigt. Olive mittlerer Grösse trifft bei 36—37 ctm. einen geringen Widerstand, gelang jedoch bei Schluckbewegungen in den Magen. Beim Zurückziehen wieder geringer Widerstand an derselben Stelle, wobei Patient einen heftigen Schmerz empfindet. Die entfernte Olive hat einen ätzenden fötiden Geruch. Oesophagoskopie nach Hacke mit Bougieeinführung. Anästhesierung mit 10 pCt. Cocainlösung. In der Tiefe von 36—37 ctm. nach Entfernung des Speichels und fötiden Eiters mittelst Saugpumpe, kam ein in Frontallage sich befindender Fremdkörper zur Sicht. Die Gräte sass sehr fest, und die Zange rutschte mehrmals ab. Während der Extraction fühlte man, wie die Gräte an der Wand des Oesophagus anhakte. Die T. fiel alsdann allmählich bis zur Norm, am 10. Tage konnte der Patient frei schlucken. Nach 2 Monaten war das Schlucken noch freier.

Fall 2. Ein Knochen im rechten Bronchus. Ein erwachsener Mann ass Suppe, und verschluckte sich. Es erfolgte ein starker Hustenanfall, der sich bald legte, doch blieben Schmerzen beim Schlucken von Flüssigkeiten nach, feste Speisen vermied der Patient. Seine Arbeit setzte er fort, nur stellten sich Hustenparoxysmen beim schnellen Gehen ein. Am nächsten Morgen waren die Schluckbeschwerden geringer, ein dumpfer Schmerz in der Brust blieb nach, und die Hustenanfälle veranlassten ihn, das Hospital aufzusuchen. Eine grosse Olive passiert frei, beim Zurückziehen derselben gibt es einen dumpfen Schmerz hinter dem Sternum. Die rechte Seite des Thorax bleibt beim Atmen zurück. Fremitus pectoralis ist nicht abgeschwächt. Bei tiefem Atmen tritt sofort Husten ein, der Larynx normal. Cocainisation mit 10 pCt. Lösung.

Die obere Bronchoskopie nach Brünings in sitzender Stellung. Nach Entfernung des Speichels mit der Saugpumpe, gelingt es, einen Fremdkörper im rechten Bronchus in der Tiefe von 27 ctm. zu constatieren, der fest von der entzündeten Schleimhaut umfasst ist. Der Knochen ist so gross, dass er nicht in das Tubenlumen hineinpasst und das erste Mal der Zange entgleitet. Beim zweiten Versuch gelingt es, den Knochen zu entfernen. Der Knochen hatte eine dreikantige, pyramidenartige Form, er lag im Bronchus mit seinem spitzen Ende nach unten. Am nächsten Tage nach der Extraction verliess Patient das Hospital, es trat volle Genesung ein.

(Autoreferat).

4. Hesse: Ueber den chirurgischen Wert der Antifermentbehandlung acuter eitriger Processe (Erschienen in Langenbecks Archiv für Klinische Chirurgie. Bd. 92. Heft I).

Discussion:

Prof. H. Zeidler: ich bin mit den vorsichtigen Schlüssen des Vortragenden vollständig einverstanden. Obwohl man beim Einführen dieses Verfahrens glaubte, das Antiferment bei eitrigen Processen mit Erfolg anwenden zu können, ist es dem Vortragenden durch seine Versuche zu beweisen gelungen, dass das Verfahren nach Müller in einigen Fällen gute Resultate geben kann, jedoch manchmal nicht ungefährlich ist.

Grekow: nach den Arbeiten von Peiser, hatten auch wir die Absicht, persönliche Erfahrungen zu sammeln, doch hielt uns hauptsächlich folgender Umstand davon ab. Da das Leukofermantin damals noch nicht in der Praxis angewandt wurde, hätten wir unsere Versuche mit Ascitesflüssigkeit machen müssen. Die Gefahr der Infection mit Tuberculose oder Lues lag daher nah; auch sprachen die Resultate anderer Autoren nicht sehr für diese Methode. Ferner sind die Indicationen zur Anwendung des Antiferments recht eng, da sie nur bei abgegrenzten Eiterherden anwendbar sind. Wir haben dagegen bei kalten Abscessen Versuche mit Trypsin angestellt, und müssen seine starke Reaction, die manchmal gefährlich werden kann, unterstreichen. So notierten wir nicht selten starke Temperatursteigerungen wie bei Tuberculininjectionen [1]). In dieser Methode kann man eher ein theoretisches Interesse als einen praktischen Wert sehen. Wünschenswert wäre es, sie bei eitriger Pleuritis und Peritonitis zu erproben, da wir es hier mit mehr oder weniger abgegrenzten Eiterherden zu tun haben.

Netschajew weist auf den biologischen Wert dieser Methode in der Medicin hin, die noch weiterer Studien bedarf.

Nr. 5. Boljarsky: Ueber die traumatischen Leberverletzungen und den Wert der isolierten Netzplastik zur Blutstillung. (Erschienen in Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 94).

Discussion.

Prof. Zeidler stimmt mit den Leitsätzen des Vortragenden überein. Früher stillte man die Blutung durch Naht,

[1]) Ueber die Resultate der Trypsinbehandlung in der chirurgischen Abteilung des Obuchowkrankenhauses für Männer ist zum 82. Congress der Deutschen Naturforscher und Aerzte in Königsberg in der Discussion von Dr. W. Schaack berichtet worden. Der Ref.

durch Verschorfung und durch Tamponade. Fünf Fälle des Vortragenden und seine experimentellen Versuche begründen den Wert des Netzes als lebenden Tampons, das schnell die Blutung stillt.

6. Zeidler: Ueber die Behandlung der acuten Appendicitis. (Erschienen im Russkij Wratsch. 1900. Nr. 1).

Discussion.

Grekow stimmt im allgemeinen mit den Schlüssen des Vortragenden überein, da die frühe Operation alle Complicationen beseitigt. Er hält die Operation für eine Frühoperation in den ersten 48 Stunden vom Beginn der Atacke, wie auch die meisten Autoren. Seit 1905 hat er in 55 Fällen früh operiert mit 5 Todesfällen. Mortalität = 9%. Von diesen waren 22 ohne diffuse Peritonitis, alle genasen; mit Peritonitis gab es 33 Fälle, wovon 8 mit tödlichem Ausgang, drei von den genesenen waren schwangere Patientinnen. Um die Operation im Früh- und Spätstadium zu vergleichen, führt er folgende Zahlen an:

In beiden Stadien gab es 149 eitrige Fälle, davon starben 34. Mortalitätsprocent = 22,3%.

A froid gab es 87 Fälle, davon starb 1 Patientin an eitriger Peritonitis. Mortalitätsprocent = 1,15%.

Von den 20 späteren Peritonitiden starben 17. Mortalitätsprocent = 85%.

Mit abgegrenzten Eiterherden gab es 75 Fälle; es starben davon 12 Kranke. Mortalitätsprocent = 16%.

Er fügt noch 8 Fälle aus seiner Privatpraxis hinzu, 4 mit eitriger, 4 mit seröser Peritonitis, von denen alle genasen. Alle diese Zahlen sprechen für die Frühoperation, die zugleich radical ist. Er operiert nur dann nicht, wenn normale Temperatur, guter Puls, feuchte Zunge, Fehlen von Bauchdeckenspannung vorhanden ist. Wenn das Befinden schlechter wird, so operiert er auch diese Patienten, falls 48 Stunden noch nicht vergangen sind. Er erinnert an gewisse Schwierigkeiten der Diagnose bei Frauen am ersten Tage, ferner gelangen Patienten mit leichten Erkrankungen selten am ersten Tage ins Hospital. Auch laut unserer Statistik geben die Frühoperationen ohne Peritonitis ein besseres Resultat als die Operationen à froid, die doch 1—2% Mortalität geben. Die Sterblichkeit bei den Operationen mit früher Peritonitis ist geringer als die Sterblichkeit bei Operationen mit abgegrenzten Eiterherden (13,8% gegen 16%), nicht zu sprechen von den späteren Peritonitisfällen, wo sie bis 85% steigt.

Zeidler: Sonnenburg steht mit seiner Ansicht allein da. Die anatomische Diagnose der Appendicitis ist nicht möglich; bei leichtem klinischen Bilde kann es schon eine Perforation geben. Das spricht wieder für die Frühoperation. Die Zeitdauer bis 60 Stunden ist zu lang für die Frühoperation, das ist schon eher eine Operation im Intermediärstadium, denn der Unterschied der Peritonitiden in den ersten 24—48 Stunden oder 60 Stunden ist ein gewaltiger. Er operiert nur bis 24 Stunden bei einer Sterblichkeit = 1%.

Grekow: der schwere Allgemeinzustand, trockene Zunge, beschleunigter Puls, hohes Fieber, défense musculaire, alles dies spricht für die Möglichkeit einer destructiven Form und nötigt, die Operation in den ersten 48 Stunden zu machen; das Resultat ist ein gutes, wie man aus unserer Statistik sieht.

Was das Abwarten bis 60 Stunden anbetrifft, so gibt es Fälle, wo die Operation doch noch möglich ist und als Frühoperation betrachtet werden kann, da der Zustand des Peritoneums ganz dem Bilde einer frühen Appendicitis entspricht. Das Resultat der Operation nach 60 Stunden kann auch ein gutes sein, obgleich es besser ist abzuwarten, um entweder einen begrenzten Abscess, oder à froid zu operieren. Im allgemeinen ist die Hauptsache nicht die Infection selbst, sondern die Schwere derselben.

Wir haben zwei Fälle beobachtet, wo vom ersten Unwohlsein schon sieben Tage vergangen waren, aber vom Moment der intensiven Verschlimmerung 1—2 Tage, und bei der Operation fanden wir Erscheinungen der frühen Appendicitis.

Kernig: stets übereinstimmend mit den vernünftigen Ansichten der Chirurgen, spricht er das Wort für die allgemein angenommene therapeutische Behandlung der Appendicitis — Ruhe, Eis, mässige Opiumdosen. Auf Grund seiner vierzigjährigen Praxis dringt er darauf, sich der Laxantia zu enthalten und keine Clysmata zu machen. Der verstorbene Dr. Hermann war gleicher Ansicht.

A. Sjusew richtet die Aufmerksamkeit darauf hin, dass die Natur selbst bei diesen Erkrankungen zu Obstipationen geneigt ist, und darum hält er Clysmen und Laxantien für contraindiciert.

Netschajew ist ganz der Meinung von Prof. Zeidler inbetreff der Frühoperation; man soll die Operationen im Intervall vermeiden. Die Frage, ob operiert werden soll, ist im Frühstadium nicht so schwer zu entscheiden, schon bedeutend schwerer im Intermediärstadium, da wir nicht wissen, wie solch ein Fall verlaufen wird. Alles hängt vom Gelingen oder der persönlichen Erfahrung ab. Er negiert das Verfahren nach Sonnenburg, desgleichen die Laxantienverordnungen, doch gestattet er in manchen Fällen ein Clysma. Bei Darmatonie, bei Meteorismus am fünften—sechsten Tage der Krankheit tut ein kleines warmes Clysma grosse Dienste und die grausige Operationsfrage wird auf eine geeignetere Zeit verschoben.

Referent: L. Oeser.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Zum Ehrenpräsidenten der z. Z. in Brüssel tagenden Internationalen Conferenz zur Bekämpfung der Tuberculose wurde der Geheimrat Dr. L. Berthenson erwählt.

— Der 32. Balneologencongress wird Anfang März 1911 unter dem Vorsitz von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Brieger in Berlin tagen. Anmeldungen von Vorträgen und Anträgen sind zu richten an den Generalsecretär der Balneologischen Gesellschaft, Geh. San.-Rat Dr. Brock, Berlin, Thomasiusstrasse 24.

— Am 28. Sept. (10. Oct.) beging die Berliner Universität die Feier ihres 100-jährigen Bestehens. — Die Deutsche Medicinische Wochenschrift brachte aus dieser Veranlassung in der Nr. 40 mehrere Aufsätze historisch-medicinischen Inhalts von den Professoren J. Pagel, W. Waldeyer, J. Schwalbe und W. Freund, sowie eine Kunstbeilage mit den Bildnissen der bedeutendsten Vertreter der Medicinischen Facultät während des verflossenen Jahrhunderts.

— Hochschulnachrichten.

In Odessa ist eine Medicinische Hochschule für Frauen eröffnet.

Jena. Der Professor der Ophthalmologie Dr. A. Wagenmann folgte einem Rufe an die Universität Heidelberg als Nachfolger von Prof. Leber.

Lausanne Der a. o. Professor Dr. S. Eperon wurde zum ordentlichen Professor und Director der Augenklinik ernannt.

— Cholera. Deutsches Reich. Vom 26. September bis zum 2. October erkrankten in Marienburg (Westpreussen) 2 Personen, starb 1. — Oesterreich-Ungarn. Vom 23. Aug. bis zum 17. September erkrankten in Wien 7 Personen und starben 2. Ferner fanden auf 2 Schiffen auf der Donau 2 Choleraerkrankungen statt. — In Ungarn fanden bis zum 1. October (n. St.) 68 neue Erkrankungen und 32 Todesfälle statt. In Kroatien und Slavonien fand je 1 Erkrankung statt. Die Gesamtzahl der Erkrankungen in den Ländern der ungarischen Krone beträgt 150. — Italien. Vom 18. bis zum 24. September wurden 57 Erkrankungen und 24 Todesfälle gemeldet. Vom 25. September bis zum 1. October fanden in Apulien 14 Erkrankungen und 10 Todesfälle statt. In Campanien breitet sich die Krankheit weiter aus. In der Stadt Neapel wurden von 26. bis zum 29. September 39 Erkrankungen und 13 Todesfälle constatiert, in der Provinz Neapel 9 Erkrankungen und 4 Todesfälle. — Türkei. In Constantinopel wurden bis zum 27. September 25 Cholerafälle, davon 10 mit tödlichem Ausgang festgestellt. — Sultanat Oman. Bis zum 21. September wurden in Maskat 12 Erkrankungen und 10 Todesfälle constatiert. — Niederländisch-Indien. In Batavia erkrankten vom 11. Juli bis zum 7. August 219 Personen. — Britisch-Indien. Vom 21. bis zum 27. August starben in Kalkutta 9 Personen an der Cholera.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben				Beginn der Epidemie
	vom 19. bis zum 25. Sept.		vom Beginn der Epidemie		
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	118	(31)	4315	(1556)	7. Juni
» Kronstadt	6	(3)	242	(132)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	17	(11)	604	(312)	24. Juni
Stadt Archangelsk	—	(—)	2	(1)	10. »
Gouv. Olonez	2	(—)	17	(8)	7. Aug.
» Wologda	2	(4)	405	(221)	5. Juli
» Livland	1	(—)	54	(36)	14. »
» Kurland	3	(—)	21	(6)	25. Aug.
» Pskow	—	(—)	24	(8)	6. Juni
» Nowgorod	—	(—)	456	(242)	7. Juli
» Minsk	—	(—)	1317	(460)	18. Mai
» Kowno	—	(—)	1	(1)	8. Sept.
» Mogilew	12	(8)	677	(314)	14. Mai
» Witebsk	33	(13)	309	(111)	21. April
» Smolensk	5	(2)	349	(186)	10. Juli

	Erkrankt und gestorben vom 19. bis zum 25. Sept.		Erkrankt und gestorben von Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Gouv. Podolien	52	(24)	1148	(514)	7. Juli
» Wolynien	—	(—)	165	(96)	10. Juni
» Kiew	246	(97)	3842	(1468)	3. Mai
» Tschernigow	5	(3)	2245	(919)	13. »
» Poltawa	2	(—)	3149	(1392)	3. »
» Charkow	17	(5)	6816	(3496)	8. »
» Orel	3	(—)	870	(410)	1. Juli
» Kursk	35	(11)	4450	(1957)	28. Mai
» Woronesh	7	(6)	8803	(4172)	27. »
» Tambow	50	(36)	5052	(2377)	29. »
» Pensa	—	(—)	2123	(1019)	27. Juni
» Kaluga	—	(—)	242	(120)	1. Juli
» Tula	—	(—)	330	(156)	11. Juni
» Rjasan	8	(5)	2185	(959)	19. »
» Wladimir	—	(—)	470	(247)	6. Juli
» Moskau	1	(2)	196	(88)	15. Juni
» Twer	13	(5)	51	(20)	6. Juli
» Jaroslaw	4	(—)	1258	(644)	27. Juni
» Kostroma	2	(—)	3623	(1764)	27. »
» Nishnij Nowgorod	4	(8)	2316	(1037)	24. »
» Kasan	33	(15)	3820	(1849)	19. »
» Ssimbirsk	80	(73)	3572	(1827)	10. »
» Ssamara	302	(152)	15950	(7405)	9. »
» Ssaratow	108	(63)	6083	(2544)	7. »
» Astrachan	1	(1)	1853	(826)	15. »
» Stawropol	1	(1)	9492	(5008)	3. »
» Perm	—	(—)	742	(274)	3. »
» Wjatka	2	(2)	424	(203)	26. »
» Ufa	—	(—)	2522	(1337)	29. »
» Orenburg	132	(92)	3168	(1547)	4. Juli
Turgai-Gebiet	11	(6)	202	(109)	13. »
Ural-Gebiet	—	(—)	309	(193)	30. »
Gouv. Jekaterinoslaw	38	(22)	18796	(8643)	10. Jan.
» Taurien	6	(1)	4760	(2398)	7. Mai
Stadt Ssewastopol	3	(3)	80	(48)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	—	(—)	606	(274)	14. Mai
Gebiet der Donkosaken	46	(18)	21565	(9918)	21. »
Stadt Rostow am Don	—	(—)	2917	(1010)	7. »
Gouv. Bessarabien	—	(1)	118	(62)	17. Juni
Stadt Odessa	3	(3)	556	(334)	27. Mai
» Nikolajew	—	(—)	507	(215)	4. Juni
Gouv. Cherson	29	(14)	9979	(4418)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	3	(1)	642	(224)	4. Juni
Kuban-Gebiet	1	(—)	23543	(12151)	26. Mai
Terek-Gebiet	15	(10)	4176	(1796)	28. »
Stadt Baku	8	(1)	1273	(532)	4. Juni
Gouv. Baku	—	(—)	1499	(822)	19. April
Gouv. Tiflis	8	(1)	1898	(721)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	39	(18)	1540	(740)	29. »
Gouv. Kutais	—	(—)	433	(197)	25. »
» Jelisawetpol	15	(8)	154	(115)	4. Juli
» Erivan	17	(14)	1180	(681)	8. »
Kars-Gebiet	8	(2)	1402	(640)	22. Juni
Fergan-Gebiet	17	(13)	71	(36)	7. Sept.
Transkaspi-Gebiet	—	(—)	301	(174)	19. Juni
Batum-Gebiet	—	(—)	59	(29)	5. Aug.
Ssyr-Darja-Gebiet	16	(8)	172	(107)	13. Juli
Gouv. Tobolsk	15	(5)	310	(135)	9. »
» Tomsk	35	(17)	379	(150)	8. Juni
Transbaikal-Gebiet	—	(—)	23	(13)	23. Aug.
Amur-Gebiet	23	(13)	48	(38)	29. »
Akmolinsk-Gebiet	14	(6)	730	(296)	23. Juli
Semipalatinsk-Gebiet	—	(—)	39	(25)	6. Aug.
Finnland	—	(—)	4	(—)	22. Juli
Im Ganzen	1677	(858)	206024	(96513)	

— Pest. Britisch-Indien. Vom 21. bis 27. August erkrankten 2001, starben 1325 Personen. — Aegypten. Vom 10. bis 23. September erkrankten 16, starben 5 Personen.

— Die Pest in Odessa. Am 25. Sept. fand 1 Erkrankung und 1 Todesfall statt, am 30. Sept. 1 Erkrankung.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 5. bis zum 11. September 1910 639 Personen. Darunter an Typh. abdom. 30, Typh. exanth. 2, Febris recurrens 2, Pocken 16, Windpocken 11, Masern 26, Scharlach 84, Diphtherie 64, Cholera 199, acut. Magen-Darmkatarrh 137, an anderen Infectionskrankheiten 68.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 691 + 53 Totgeborene + 35 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 7, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 1, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 15, Diphtherie 9, Keuchhusten 5, crupöse Pneumonie 11, katarrhalische Pneumonie 57, Erysipelas 4, Influenza 5, Hydrophobia 1, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 23, Dysenterie 4, Gastro-ent. epidem. 0, Cholera 82, Magen-Darmkatarrh 40, andere Magen- und Darmerkrankungen 34, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 39, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 227.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 11. September 12366. Darunter Typhus abdominalis 254, Typhus exanth. 3, Febris recurrens 16, Scharlach 218, Masern 25, Diphtherie 214, Pocken 59, Windpocken 5, Cholera 486, acut. Magen-Darmkatarrh 97, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 72, Tuberculose 572, Influenza 154, Erysipel 136, Keuchhusten 7, Dysenterie 1, Hautkrankheiten 57, Lepra 0, Syphilis 497, venerische Krankheiten 436, acute Erkrankungen 1895, chronische Krankheiten 1768, chirurgische Krankheiten 1606, Geisteskrankheiten 3406, gynäkologische Krankheiten 245, Krankheiten des Wochenbetts 89, verschiedene andere Krankheiten 48.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 12. bis zum 18. Sept. 1910 543 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 38, Typh. exanth. 0, Febris recurrens 2, Pocken 21, Windpocken 9, Masern 27, Scharlach 94, Diphtherie 90, Cholera 113, acut. Magen-Darmkatarrh 87, an anderen Infectionskrankheiten 62.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 698 + 70 Totgeborene + 50 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 6, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 3, Masern 11, Scharlach 12, Diphtherie 17, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 23, katarrhalische Pneumonie 49, Erysipelas 4, Influenza 6, Postula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 19, Dysenterie 3, Gastroent. epidem. 0, Cholera 62, Magen-Darmkatarrh 29, andere Magen- und Darmerkrankungen 35, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 53, Marasmus senilis 17, andere Todesursachen 238.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 18. Sept. 1910 12368. Darunter Typhus abdominalis 239, Typhus exanth. 3, Febris recurrens 11, Scharlach 258, Masern 34, Diphtherie 242, Pocken 64, Windpocken 6, Cholera 343, acut. Magen-Darmkatarrh 75, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 76, Tuberculose 557, Influenza 156, Erysipel 139, Keuchhusten 7, Dysenterie 0, Hautkrankheiten 59, Lepra 0, Syphilis 520, venerische Krankheiten 383, acute Erkrankungen 2048, chronische Krankheiten 1790, chirurgische Krankheiten 1575, Geisteskrankheiten 3413, gynäkologische Krankheiten 252, Krankheiten des Wochenbetts 72, verschiedene andere Krankheiten 56.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 21. Sept. in St. Petersburg Dr. J. Makarow. 2) Am 25. Sept. in Riga Dr. R. Wolferz im 71. Lebensjahre. 3) In Proschowizy (Gouv. Kielce) Dr. L. Goldstein, geb. 1847, approb. 1874. 4) Am 1. October in Moskau Dr. E. Hoffmann, geb. 1865, approb. in Dorpat 1891. 5) In München der ausserordentliche Professor der gerichtlichen Medicin Dr. M. Hofmann.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Oct. 1910.

Tagesordnung: Fuhrmann: Zur Casuistik der Hydronephrose im Säuglingsalter (Demonstration des Präparats).

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 25. Oct. 1910.

Tagesordnung: Heyking: Das Trauma als ätiologisches Moment der Appendicitis.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 42 St. Petersburg, den 16. (29.) October 1910. XXXV. JAHRGANG.

Untersuchung über die Autointoxicationserscheinungen bei Geisteskranken und bei Tieren mit gestörter Function der Schilddrüse.

Von

Dr. A. Juschtschenko.

Vortrag, gehalten auf dem 3. Congress der Russischen Psychiater.

Ein Blick auf das Programm des 3. Congresses russischer Psychiater zeigt uns, welche Fragen am meisten sie gegenwärtig interessieren. Es sind vorzugsweise Fragen administrativer Art, Rechts- und Standesfragen. In dieser Beziehung unterscheiden wir uns sowohl von den Aerzten anlerer Specialitäten als auch von unseren ausländischen Collegen. Ich will durchaus nicht die Wichtigkeit und Dringlichkeit der aufgestellten Programmfragen herabsetzen, ich constatiere nur das Factum an und für sich.

Mein Bericht behandelt eine bisher fast nur theoretische Frage — das Wesen der Geisteskrankheiten. Unsere Kenntnisse sind auf diesem Gebiete sehr beschränkt, und die Methoden des directen Heileingriffs inbezug auf Seelenstörungen noch mehr. Die grossen Forschungen des vergangenen Jahrhunderts haben unser Specialgebiet am wenigsten berührt. Es ist viel Mühe auf die Debatten verwendet worden hinsichtlich der Richtigkeit dieser oder jener Classification der Geisteskrankheiten, wobei meistenteils die Grundlage derselben die äusseren Krankheitserscheinungen bilden. Die Vertreter der alten Schulen sind geneigt, auch die Versuche der neuen Schule, an deren Spitze man mit Recht Kraepelin stellen muss, vom Standpunkt der Symptomatologie zu betrachten. Man hört oft den Ausspruch: wozu diese neue, noch nicht feststehende Classification, wozu noch neue Benennungen? Wenn es sich nur darum handelte, so wäre es allerdings unnütz, darüber zu streiten. Aber die neue Classification beruht auf einem anderen Princip, nämlich auf dem Bestreben, die Krankheit von ihrem Anfang bis zu ihrem Ende zu erfassen und Krankheiten, die verschiedene Symptome aufweisen, ihrem Wesen nach aber gleichartig sind, in eine nosologische Krankheitsgruppe zu vereinigen. Als ein Beispiel einer solchen nosologischen Einheit kann die progressive Paralyse gelten, in welcher Seelenstörungen unter einem Namen zusammengefasst sind, die nach ihren Symptomen einander vollkommen entgegengesetzt sind.

Zum Teil unter dem Einfluss dieser neuen klinischen Strömungen tritt gegenwärtig das Studium der Autointoxication in den Vordergrund, das Bestreben, der factischen Lösung der Frage hinsichtlich des Wesens der den Geistesstörungen und der Entartung zu Grunde liegenden Vorgänge näherzukommen, und man muss sagen, dass im Laufe der letzten 10 Jahre in dieser Hinsicht schon recht viel getan ist. Es gibt schon recht viele Untersuchungen besonders in der ausländischen Literatur, welche uns der Lösung dieser Frage etwas näher bringen.

Der Zweck meines Vortrages ist, einige allgemeine Angaben über die Autointoxication zu bringen und in Kürze meine eigenen Versuche in dieser Richtung, die ich im Laufe der letzten 6 Jahre gemacht und auch jetzt noch fortsetze, zu schildern. Ich habe meine Untersuchungen zum Teil an Geisteskranken in der Heil- und Pflegeanstalt Kaiser Alexanders III, hauptsächlich aber im chemischen Laboratorium des Instituts für experimentelle Medicin, das unter der Leitung der Frau Sieber-Schumowa steht, angestellt, der ich für die Unterstützung bei der Arbeit und die Bereicherung meiner chemischen Kenntnisse sehr zu Dank verpflichtet bin.

Die Frage hinsichtlich des Wesens der Autointoxication, besonders derjenigen, die den Geistesstörungen zu Grunde liegt, hat eine grosse Bedeutung in biologischer, psychiatrischer und sogar socialer Beziehung. Das Heer der hoffnungslosen chronisch Kranken fällt der Gesellschaft zur Last und überfüllt die Krankenhäuser. Sind denn wirklich alle diese unruhigen und tobsüchtigen chronisch Kranken ganz unheilbar trotz aller Fort-

schritte unseres Wissens? Die Beobachtungen und die tägliche Erfahrung zwingen uns, diese Frage negativ zu beantworten. Der Eintritt langdauernder vollkommen lichter Intervalle bei schweren periodischen Psychosen, jahrelang dauernde Besserung bei progressiver Paralyse, unerwartete Genesungen bei Krankheiten mit chronischem Verlaufe, Besserungen und sogar Heilungen nach dem Ueberstehen von zufälligen Infectionskrankheiten sind allgemein bekannte Tatsachen. Welche Ursachen den Eintritt solcher lichter Intervalle und Heilungen hervorrufen, welche dieses verhindern, können wir nicht sagen, solange das Wesen der den Geistesstörungen zu Grunde liegenden Vorgänge unaufgeklärt ist. Ich will nur 2 von meinen zahlreichen persönlichen Beobachtungen hier anführen, um später noch auf sie zurückzukommen.

1. In der Kreisheilanstalt in Winiza befand sich ungefähr vor 10 Jahren ein schwerer Epileptiker Ch. mit häufigen Krampf- und langdauernden Tobsuchtsanfällen. Eines Tages bildete sich bei ihm am After ein Geschwür, mit ödematöser Schwellung, darauf entstand eine Fistel, die schliesslich unter Chloroform operiert werden musste. Während dieser ganzen Zeit hatte der Kranke weder einen Krampfanfall noch Anfälle von psychischer Erregung, und sogar der schwere epileptische Charakter besserte sich. Leider kehrte alles wieder, sobald die Wunde verheilt war.

2. In der Irrenanstalt Alexanders III befindet sich schon lange die an chronischer hallucinatorischen Paranoia leidende Kranke B. Sie leidet an vielfachen Sinnestäuschungen, Verfolgungs- und Vergiftungsdelirien, starken Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen, ist oft aufgeregt, verweigert die Nahrungsaufnahme, ist zuweilen unreinlich, schwitzt stark. Infolge von Verschluss des Gallenganges entwickelte sich bei ihr einst Icterus. Je mehr der Icterus sich ausdehnte, desto mehr besserte sich der psychische Zustand der Kranken; die Sinnestäuschungen und Wahnideen schwanden, die Kranke wurde sehr reinlich, sauber, gesellig und freundlich mit der Umgebung und ihr Intellect erwies sich als noch hinreichend erhalten. Als nach einiger Zeit der Icterus schwand, stellte sich der frühere schwere Zustand wieder ein.

Es ist klar, dass im Organismus dieser beiden Kranken etwas vor sich ging, was ihren Zustand deutlich besserte. Was war das nun? welche Principien dürften Krankheiten zu Grunde liegen, die sich unter dem Einflusse des Eintritts von pyogenen Toxinen und gallensauren Salzen besserten?

Es ist bekannt, dass die Vergiftung des Organismus durch von aussen zugeführte Gifte Geistesstörungen und schwere nervöse und psychische Erkrankungen hervorrufen kann. Die Wirkung von Alcohol, Aether, Haschisch, Morphium, Opium, Cocain, Belladonna u. s. w. ist Allen bekannt. Die bei den acuten Infectionskrankheiten auftretenden psychischen Störungen müssen gleichfalls zur Kategorie der Vergiftungen des Nervensystems durch Gifte infectiöser Art gezählt werden. Noch mehr Interesse bieten die Geisteskranken, die im Gefolge von Syphilis, Lepra, Tuberculose u. s. w. auftreten. Ferner ist ein wichtiger Factor bei der Vergiftung des Organismus der Darm. Klinische Beobachtungen haben zur Genüge die Bedeutung des Darmes im Allgemeinen und besonders seine Bedeutung bei der Autointoxication durch Darmgifte für die Aetiologie der Nerven- und Geisteskrankheiten bewiesen. Ueber diese Frage gibt es schon eine grosse Literatur. Hinsichtlich der klinisch-chemischen Untersuchungen will ich hier erwähnen, dass im Harne Geisteskranker eine erhöhte Ausscheidung von Aetherschwefelsäuren, Aceton, Oxybuttersäure, Indoxyl u. s. w. festgestellt ist (Wagner [1]), Selder [2]) Hoppe [3]), Leige [4]), Coriat, Townsend, Pardo [5]) und viele andere). Der Zusammenhang der Nerven- und Geisteskrankheiten mit der Autointoxication durch den Darm unterliegt keinem Zweifel, es müssen aber diesen Krankheiten tiefer greifende Störungen der Schutzkräfte des Organismus zu Grunde liegen, weshalb die Gifte nach der Resorption aus dem Darm von den Geweben nicht zerstört werden, sondern dieselben vergiften, indem sie die Tätigkeit aller Organe, darunter auch die der Drüsen mit innerer Secretion — der wichtigsten Schutzorgane — beeinträchtigen.

Sowohl die makroskopische wie die mikroskopische Untersuchung aller Organe Geisteskranker weist darauf hin, dass die pathologisch-anatomischen Veränderungen in ihnen toxischen Ursprungs sind (Benigni und Zilocchi [6]). Die mikroskopischen Untersuchungen des Nervensystems bei der in dieser Beziehung am meisten erforschten Krankheit — der progressiven Paralyse — haben schon längst die Forscher zu der Ueberzeugung geführt, dass derselben eine Autointoxication zu Grunde liegt (Binswanger [7]), Alzheimer [8]), Nissl [9]), Wyrubow [10]), Tolotschinow [11]) u. a.). Dasselbe erweist sich auch schon bei der Dementia praecox und anderen Geisteskrankheiten. Die klinischen Untersuchungen befinden sich in vollkommener Uebereinstimmung mit den pathologisch-anatomischen Daten: die Untersuchung der Zunge, des Pulses, der Secrete und Excrete u. s. w. deuten oft und sicher auf eine Autointoxication hin. Behandlung des Darmes, subcutane Kochsalzinfusionen und Hydrotherapie sind gerade in den Fällen von Autointoxication von Nutzen. Beiläufig sei bemerkt, dass die für die Kranken oft unangenehmen subcutanen Infusionen in der Heilanstalt Alexanders III in der letzten Zeit mit Erfolg durch Kochsalzklysmen ersetzt werden. Den Nutzen dieser letzteren habe ich selbst an Tieren mit experimentell erzeugter Autointoxication beobachtet.

Indessen constatieren die pathologisch-anatomischen Forschungen nur die Tatsache, dass viele Geistes- und Nervenkrankheiten durch Autointoxication zustande kommen, sie erklären aber nicht das Wesen dieser Vorgänge. Deswegen muss man direct chemische Versuche zu Hilfe nehmen.

Die Lehre von der Autointoxication hat viel Gautier zu verdanken, der die Theorie der Autointoxication durch Leukomaine, die sich im Organismus bei ungenügender Oxydation bilden, schuf. Gegenwärtig hat diese Lehre schon nicht mehr die Bedeutung wie früher, sie bedeutete aber seinerzeit einen grossen Schritt vorwärts, unter anderem auch in der Entwickelung der Lehre von der Entstehung der Geisteskrankheiten durch Autointoxication. Es sind viele Versuche angestellt worden, um die im Organismus sich bildenden toxischen Stoffe zu isolieren, und in der Tat gelang es, einige aus Organen und Secreten, namentlich aus dem Harn rein darzustellen. Es wurden sowohl giftige wie ungiftige abnorme Bestandteile im Harn Geisteskranker gefunden. Die meisten von ihnen gehörten zu der Gruppe des Cholins und der Harnsäure. Die Darstellung und Erforschung der giftigeren Stoffe — der Leukomaine und Toxine — erwies sich als sehr schwierig. Darauf fing man an, die allgemeine Toxicität des Harns zu bestimmen, indem man ihn Tieren subcutan oder in die Körperhöhlen oder direct ins Blut injicierte.

Es ist das Verdienst von Bouchard [12]) und anderen französischen Forschern (Bernard [13]), Claude und Baltazard [14]) u. a), die Methode der Erforschung der Toxicität des Harns ausgearbeitet zu haben. Sie führten die Injection in die Ohrvene ein; sie stellten die Toxicitätseinheiten (T) fest. $T = \frac{N \text{ (Harnmenge) } 1000}{P \text{ (Gewicht)}}$

Urotoxie Tu ist die Zahl der Toxien in der täglichen Harnmenge und urotoxischer Coefficient (Kt)—die Menge der aus einem Kilogramm lebenden Gewebes ausgeschiedenen Toxien. Ferner wurde erwiesen, dass die Toxicität des Urins aus zwei Componenten besteht: erstens aus den im Urin enthaltenen giftigen Stoffen und zweitens aus der Differenz des osmotischen Druckes des Harns und der flüssigen Bestandteile des Organismus. Die eigentliche

Toxicität wird berechnet durch Subtraction der osmotischen Toxicität von der experimentellen: T = U — J (+ K (△ — 0,56) U[2]). Die osmotische Toxicität einer jeden Lösung, darunter auch Serum und Urin kann berechnet werden, wenn man den Gefrierpunkt der Lösung kennt. Untersuchungen, die mit allen diesen Correcturen ausgeführt wurden, haben gezeigt, dass der Harn Geisteskranker nicht selten erhöhte Toxicität besitzt. Auch ich habe mich mit dieser Frage beschäftigt [15]). Nach meinen Untersuchungen ist der urotoxische Coefficient (Kt) gesunder Menschen = 0,101, bei einer mittleren allgemeinen Toxicität pro Tag (Tu) = 6,9 Toxien (Schwankungen von 5—9,39). Von den von mir untersuchten Geisteskranken will ich hier nur die Angaben von vier Kranken anführen, bei denen die Toxicität sowohl im schweren wie im lichten Stadium der Krankheit bestimmt wurde.

1. Patientin K. Circuläres Irresein. Im melancholischen Stadium Tu = 12,6 Toxien, Kt = 0,22. Bei Besserung der Krankheit Tu = 3,28 — 3,65 und Kt = 0,063 — 0,07, d. h. die Toxicität war beinahe um das vierfache gesunken.

2. Patient K. Katatonie. Im schweren Stadium Tu = 8,8 — 8,9, Kt = 0,2. Bei Besserung Tu = 2,3 — 1,8, Kt = 0,07 — 0,055.

Diese beiden Beispiele scheinen darauf hinzuweisen, dass im schweren Zustand im Organismus von Geisteskranken im Ueberschuss toxische Stoffe circulieren, die durch den Harn ausgeschieden werden; im lichten Intervall fehlen sie im Blut und deshalb auch im Urin. Indessen liegt die Sache so einfach nicht. Das ist aus den 2 folgenden Fällen zu ersehen.

3. Patient G. Progressive Paralyse. Im schweren melancholischen Stadium Tu = 3,12 — 3,25 Toxien, Kt = 0,05, d. h. die Toxicität des Urins herabgesetzt. Bei Besserung Tu = 16,8 — 18, Kt = 0,26 — 0,27, d. h. Toxicität des Urins fast um das fünffache erhöht.

4. Ein zweiter ähnlicher Fall. Patient B. Im Stadium schwerer Depression Tu = 13,5 — 16,9 Kt = 0,16 — 0,2, d. h. Toxicität zweimal höher als die Norm. Im lichten Intervall stieg die Toxicität noch mehr, und es war Tu = 25 — 33, Kt = 0,39 — 0,44.

Aber auch die Untersuchungen des Harns Geisteskranker weisen nur auf eine unzweifelhafte Stoffwechselstörung hin, sie erklären aber nicht das Wesen der Vorgänge, die diesen Krankheiten zugrunde liegen. Es gibt noch viele klinisch-chemische Untersuchungen, die diese Erscheinung bestätigen. Hierher gehören die zahlreichen Bluntuntersuchungen mit Bestimmung der Formelemente des Blutes, des Hämoglobingehaltes, der Alkalescenz, der Isotonie, der Gerinnbarkeit, der Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen gegenüber Giften u. s. w. Zum Teil müssen hierher gerechnet werden auch die Untersuchungen der Störungen des Gasstoffwechsels bei Geisteskranken, Untersuchungen des Phosphor- und Stickstoffwechsels u. drgl. Einige von diesen Untersuchungen bestätigen nicht nur das Vorhandensein einer Autointoxication, sondern sie lassen sogar bis zu einem gewissen Grade das Wesen der den Geisteskrankheiten zu Grunde liegenden Vorgänge in einem helleren Lichte erscheinen. Zu solchen Untersuchungen zähle ich unter anderem die von mir noch im Jahre 1903 vorgenommenen Untersuchungen des Gasstoffwechsels und der Oxydationsvorgänge bei Geisteskranken, die ich nach der alten Methode von Nencki und Sieber angestellt habe.

Mit Hilfe dieser an 4 Gesunden und 17 Kranken angewandten Methode konnte ich bei den einen eine Erhöhung der Oxydationsvorgänge feststellen, bei den anderen eine Herabsetzung. Besonders lehrreich in dieser Beziehung sind die Fälle, wo bei Besserung des Zustandes die Oxydation des Benzols sich änderte. Früher war die Methode von Nencki und Sieber die einzige in ihrer Art, jetzt können wir die Energie der Oxydation viel genauer beurteilen, indem wir direct die Enzymwirkung des Blutes und der anderen Gewebe prüfen.

Solche Untersuchungen habe ich [16]) bisher nur an Tieren angestellt, bei denen eine künstliche Autointoxication hervorgerufen worden war; gegenwärtig stelle ich Untersuchungen an über die Enzymvorgänge im Blute Geisteskranker an. Ueber die Fermente und die Bedeutung des Experimentes in der Psychiatrie werde ich später reden. Hier muss noch eine Untersuchungsmethode besonders hervorgehoben werden, die eine grosse Bedeutung hat. Das hier zu Grunde liegende Princip führt gleichzeitig mit der Untersuchung der Enzymvorgänge direct zur Klärung derjenigen Vorgänge, die das Wesen der Psychopathie ausmachen. Ich meine die Untersuchungen inbetreff der Complementablenkung nach Wassermann. Es würde mich zu weit führen, wollte ich hier das Wesen dieser Reaction erklären. Es gibt schon eine sehr grosse Literatur über die Complementablenkung bei zahlreichen Erkrankungen [17]). Eine grosse Anzahl von Beobachtungen bezieht sich auch auf Nerven- und Geisteskrankheiten. In russischer Sprache ist vor kurzem eine umständliche Untersuchung von Dr. L. Omorokow [18]) veröffentlicht worden, in welcher auch die einschlägige Literatur zu finden ist. Die Einführung der Wassermannschen Reaction in die Untersuchung Geisteskranker hat eine grosse principielle Bedeutung. Sie bringt die Autointoxicationsvorgänge im Organismus der Geisteskranken den Vorgängen, die sich bei acuten und chronischen Infectionskrankheiten abspielen, näher. Interessant ist in dieser Beziehung die Ansicht Weils und Brauns [19]) über das Wesen der späten syphilitischen Erkrankungen, mithin auch der progressiven Paralyse und anderer Erkrankungen mit derselben Aetiologie. Nach der Meinung dieser Autoren werden die Antikörper bei der Wassermannschen Reaction von den Zellen ausgeschieden unter dem Einfluss eines Reizes des Syphilisvirus, welches die Function einiger Organe derartig stört, dass sogar nach dem Schwinden des Syphiliserregers die Veränderungen in diesen Organen bestehen bleiben. Unter dem Einfluss ganz anderer, sogar ganz unbedeutender Ursachen fangen diese Organe an, Antikörper zu producieren, deren Ansammlung im Organismus wiederum giftig wirkt.

Wenn man bedenkt, dass die Antikörper nach Wassermann bei scheinbar gesunden von syphilitischen Eltern erzeugten Kindern gefunden worden sind, und umgekehrt bei scheinbar gesunden Müttern, die syphilitische Kinder geboren hatten, so gewinnen diese Untersuchungen noch mehr an Interesse, da sie einen ganz neuen Gesichtskreis eröffnen für die Erforschung des Wesens der sogen. parasyphilitischen Erscheinungen, der syphilitischen Entartung, so dass man sogar hoffen kann, rationelle Behandlungsmethoden derselben zu finden.

Dieselben Untersuchungen und die darauf gegründeten Hypothesen führen uns dazu, die Enzymvorgänge bei Kranken überhaupt und speciell bei Geisteskranken zu studieren. Solche Studien sind schon in Angriff genommen worden. Es gibt Untersuchungen über die Peroxydase im Blute von Kranken (Kastle und Harald [20]), der Katalase bei Geisteskranken (Ewald [21]) u. a.).

Die Bedeutung der Fermente in der Natur und speciell in den pflanzlichen und tierischen Organismen ist sehr gross. Sie beherbergen in sich das Geheimnis des Lebens, sagte Claude Bernard. Die Fermente entfalten ihre Tätigkeit gleich beim Eintritt der Speise in den Mund; unter ihrer Mitwirkung wird die Nahrung im Magendarmcanal hauptsächlich verdaut und zum Eintritt ins Blut und in die Gewebe vorbereitet. Aber der wichtigste und complicierteste enzymatische Vorgang findet in den Geweben statt, wo die Synthese und der Zerfall bei Körpertemperatur so complicierter Verbindungen stattfindet wie die Eiweissstoffe, Fette und Kohlehydrate. Das Alles geschieht dank der Tätigkeit

der Enzyme. Von den am meisten erforschten Enzymen, die in den Geweben wirken, nenne ich die proteolytischen — trypsinähnlichen, amylolytischen, lipolytischen und oxydativen. Zu den Letzteren gehören die Katalase, verschiedene Oxydasen (Aldehydase, Salicylase, Phenolase, Tyrosinase), Peroxydasen, die Nuclease, Purinoxydasen u. a.

Um diese complicierten Vorgänge bei Geisteskranken zu studieren, schien es mir richtiger, Autointoxicationsvorgänge bei Tieren hervorzurufen, an ihnen die Störungen der Enzymwirkungen zu erforschen, die Anwendbarkeit dieser oder jener Untersuchungsmethoden kennen zu lernen und dann erst nach Lösung der Grundfragen zur Untersuchung der Enzymvorgänge bei Geisteskranken überzugehen.

Bei dem Studium der Autointoxicationsvorgänge bei Tieren, denen die Schilddrüse entfernt war, gelang es mir, bei 2 Hunden Symptome zu erzielen, die an die Symptome bei Dementia praecox erinnerten, und unter anderem auch kataleptoide Erscheinungen. Ich war sehr vorsichtig, Analogieschlüsse zu ziehen; jetzt kann ich aber mit Genugtuung erklären, dass meine Beobachtungen nicht die einzigen sind. Ebensolche Beobachtungen beschreiben Blum[22]), Parrhon und Brachia[23]).

Man muss durchaus einen allgemeinen Gesichtspunkt hinsichtlich der Bedeutung des Experimentes bei Geisteskrankheiten feststellen. Selbstverständlich wird Niemand danach streben, bei einem Hunde Grübelsucht oder Querulantenwahn zu erzielen, oder mit Hilfe des Tierexperimentes die verschiedenen Formen des Grössenwahns zu studieren. Es sei hier daran erinnert, dass bei wilden, von der Cultur noch nicht berührten Völkern weder Paranoia noch progressive Paralyse vorkommt, während die Dementia praecox mehr als die Hälfte aller Geisteskrankheiten (auf der Insel Java 77%) ausmacht[22]). Für das psychiatrische Experiment an Tieren können als Leitfaden die experimentellen Untersuchungen der Bakteriologen dienen, die sich damit begnügen, das allgemeine Krankheitsbild festzustellen ohne Rücksicht auf die einzelnen äusseren Symptome. Einstweilen genügt es, bei Tieren eine Autointoxication hervorzurufen, deren Wesen einer Geisteskrankheit nicht nach den klinischen Symptomen sondern nach den chemischen pathologisch-anatomischen und ätiologischen Erscheinungen ähnlich sei. Ist, wenn auch teilweise, das Gemeinsame dieser Erscheinungen einmal festgestellt, so können wir am Tier eine gründliche experimentelle Analyse vornehmen, die bei Geisteskranken nur sehr begrenzt ist. Werden bei den Tieren irgendwelche klinische Symptome erzielt, die solchen bei Geisteskranken ähnlich sind, so ist das um so interessanter. Das ist aber nicht das Wesentliche bei der Sache.

Bei der Wahl der Methode, um eine Autointoxication bei Tieren zu erzeugen, liess ich mich von den Beobachtungen der psychiatrischen Klinik leiten, die in den letzten Jahren immer mehr den Zusammenhang zwischen einigen Nerven- und Geisteskrankheiten einerseits und Störungen der Function der sogen. Schutzdrüsen mit innerer Secretion — Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Hypophysis, Nebennieren u. a. beweisen. Ich wählte die Schilddrüse, weil dieses Organ für die Operation am zugänglichsten ist und ohne Zweifel mit den Functionen des Centralnervensystems in engem Zusammenhange steht, ebenso wie mit den Geisteskrankheiten. Der Zusammenhang des Cretinismus und der Psychosen bei der Basedowschen Krankheit mit Störungen der Function der Schilddrüse unterliegt keinem Zweifel. Mit jedem Tage nimmt die Zahl der Beobachtungen zu, die die Beziehungen der Schilddrüse auch zu anderen Geisteskrankheiten beweisen. Davon erwähnen schon die neusten Lehrbücher (Kraepelin, Binswanger und Siemerling).

Schon bei oberflächlicher Untersuchung fällt oft die Veränderung des Umfanges der Schilddrüse, hauptsächlich bei der Dementia praecox und verwandten Zuständen auf. Die täglich anwachsende klinische und pathologisch-anatomische Literatur bringt Fälle von Eklampsie, Epilepsie, einige migräneartige und neurasthenische Leiden und die Erscheinungen des Infantilismus mit Functionsstörungen der Schilddrüse in Zusammenhang (Wassale[24]), Laignel-Lavastein[25]), Claude und Schmiergeld[26]), Levy und Rotschild[27]), Muratow[28]) und viele andere). Hertog[29]) bringt mit der Schilddrüse solche Störungen in Zusammenhang, wie die Enuresis nocturna, einige Formen von Strabismus, Ohrensausen, Kopfschmerzen, einige Abnormitäten in der Sexualsphäre, gedehnte Rede, Schläfrigkeit, Trägheit u. a. Es gibt schon interessante Hypothesen (Lundborg[30]), Parhon[31]) u. a.), die die Entartung als eine Folge von Secretionsstörungen der Drüsen mit innerer Secretion betrachten. Diese Frage verdient die grösste Beachtung von Seiten der Psychiater. Es wird gesagt, man könne nicht diese oder jene Nerven- oder Geistesstörung mit einer Störung der Schilddrüsenfunction in Verbindung bringen, weil die Behandlung dieser Erkrankungen mit Präparaten der Schilddrüse keinen Erfolg habe. Dieser Einwand ist unbegründet und unwissenschaftlich. Die Function der Schilddrüse ist eine sehr vielseitige und complicierte, die Störungen derselben sind noch complicierter, und alle diese Störungen bei Kranken durch grobe Fütterung mit Schilddrüsenpräparaten beseitigen zu wollen, ist eine vergebliche Hoffnung. Es wäre dasselbe, wenn Jemand den Zusammenhang der Geistes- und Nervenkrankheiten mit Störungen der Gehirntätigkeit nur deswegen leugnen wollte, weil die Fütterung mit Gehirn diese Krankheiten nicht heilt. Sogar bei offenkundigem Zusammenhang einer Geisteskrankheit mit der Schilddrüse, muss man mit der inneren Verordnung von Thyreoidin sehr vorsichtig sein, denn die wirksamen Bestandteile desselben — das Thyreoglobulin, Jodothyrin und Thyreoantitoxin — sind giftige Stoffe.

Ich habe an Kaninchen und Hunden durch teilweise oder vollständige Abtragung der Schilddrüse mehr oder weniger schwere Erscheinungen von Autointoxication hervorgerufen, die bekanntlich bei beiden Tiergattungen verschieden verlaufen. Bei Hunden ist der Verlauf meist ein stürmischer und äussert sich in Krampfanfällen, zuweilen Rigidität der Muskeln u. s. w., bis sehr rasch der Tod eintritt. Bei zwei von den von mir unter besonderen Bedingungen operierten Hunden äusserten sich die thyreopriven Erscheinungen, wie schon oben erwähnt, in Symptomen, welche an Dementia praecox mit kataleptoiden Zuständen erinnerten. Ich habe darüber ausführlich an einer anderen Stelle berichtet[32]); hier will ich nur erwähnen, dass man bei solchen Hunden Rigidität der Muskeln, Zittern, rhythmische Contraction der Kaumuskeln, einfache und complicierte einförmige Bewegungen, Salivation, Abfall der Körpertemperatur, Apathie, passives Verhalten gegenüber der Umgebung und andere Erscheinungen des Darniederliegens der psychischen Functionen beobachten konnte. Es ist interessant, dass selbst eine unbedeutende Eiterung bei einigen der der Schilddrüse beraubten Tiere nicht nur das Krankheitsbild sondern auch die chemischen Störungen günstig beeinflusste.

Es gibt schon Beobachtungen darüber, dass das Serum schilddrüsenloser Tiere giftiger ist als das Serum normaler Tiere. Ich fand es doppelt so giftig. Die Oxydation des Benzols im Organismus solcher Tiere fand ich herabgesetzt und bei Fütterung mit Schilddrüse (Hyperthyreoidismus) anfangs erhöht, später aber, bei stärkerer Vergiftung, herabgesetzt. Aehnliche Erscheinungen wurden beobachtet bei der Untersuchung des Gasaustausches im modificierten Apparat des verstorbenen V. Paschutin: Vergiftung mit Thyreoidin rief anfangs eine Er-

höhung des Gasaustausches hervor, und bei stärkerer Vergiftung erfolgte ein Sinken desselben; Entfernung der Schilddrüse hatte Sinken des Gasaustausches zur Folge. Die Giftigkeit des Harns wies ebenfalls interessante Schwankungen auf: bei leichteren Zuständen von Hyperthyreoidismus stieg die Giftigkeit des Urins bis zu einem gewissen Grade, bei stärkerer Vergiftung fiel sie aber. Vergleichen wir diese Ergebnisse mit ähnlichen Erscheinungen bei Geisteskranken, so sehn wir viel Gemeinsames. Bei unvollständiger Entfernung der Schilddrüse blieb die Giftigkeit des Urins während der ganzen Zeit erhöht. In Fällen von schwerer Autointoxication sank sie oft nach vollständiger Entfernung der Schilddrüse Juschtschenko[33]).

Ich studierte an Tieren mit gestörter Schilddrüsenfunction auch folgende Enzymvorgänge: die der Lipolyse, Peroxydase und Katalase. Die erzielten Ergebnisse sind von mir an einer anderen Stelle [16]) genauer mitgeteilt, dort ist auch die einschlägige Literatur angeführt; hier will ich nur erwähnen, dass im allgemeinen die erwähnten Enzymvorgänge bei schilddrüsenlosen Tieren herabgesetzt waren, während Hyperthyreoidismus sie scheinbar, wenigstens im Anfang, erhöhte.

Ich will noch ein Beispiel anführen, um die Bedeutung, die ich dem Tierexperiment für die Erforschung der Autointoxicationsvorgänge beimesse, klarzulegen.

In der klinischen Literatur gibt es viele Hinweise auf den Zusammenhang einiger Nerven und Geisteskrankheiten mit dem Arthritismus. Bei solchen Kranken fand man Veränderungen in der Ausscheidung der Harnsäure. Hierher gehören auch die Untersuchungen über die Purinstoffe im Harn Geisteskranker. Durch die Chemie ist die Herkunft der Harnsäure aus den Purinbasen genügend festgestellt, ebenso wie die Herkunft der Letzteren aus den complicierten phosphorhaltigen Verbindungen der Nucleine, die eine so wichtige Rolle in der Biologie der Zelle spielen. Ich hatte auch schon angefangen, bei Geisteskranken das Verhalten der Purinbasen und der Harnsäure zu studieren, gab es aber bald auf, weil ich ausser einer Erhöhung und Herabsetzung der Quantität dieser Stoffe hierbei nichts feststellen konnte. Darauf nahm ich meine Zuflucht zum Experiment. Ich untersuchte nach der Methode von Schmidt und Krüger die Menge der Harnsäure und der Purine im Harn zweier schilddrüsenloser Hunde und zweier Hunde, die die Erscheinungen von Hyperthyreoidismus boten. Die folgende Tabelle zeigt die Veränderungen in der Ausscheidung der genannten Stoffe bei den Tieren mit Thyreoautointoxication.

Diese Tabelle zeigt, dass sowohl die Abtragung der Schilddrüse als auch die Fütterung mit Schilddrüsenpräparaten eine Veränderung in der im Harn ausgeschiedenen Menge der Purinstoffe und Harnsäure bewirkt. Ich beschränke mich einstweilen auf diese vorläufige Mitteilung, denn ich setze die Versuche noch fort, aber unter anderen, mehr gleichartigen Bedingungen.

Somit kann man bei Tieren Stoffwechselstörungen hervorrufen, die von einer Aenderung der Ausscheidung der Harnsäure und der Purinstoffe gefolgt sind, d. h. Erscheinungen, wie sie bei Geisteskranken beobachtet werden. Nachdem dies festgestellt ist, können wir mit Hilfe weiterer Tierexperimente genauer das Wesen der beobachteten Erscheinungen erforschen. Wir können im Einzelnen die Vorgänge der Umwandlung der Nucleine, aus deren Zerfall sich die Purine bilden und aus diesen die Harnsäure, studieren, d. h. wir können die Bedingungen, unter welchen die Tätigkeit der entsprechenden Fermente — der Nuclease und Purinoxydase — sich abspielt, erforschen. Wir können feststellen, welche Organe und Gewebe sich hieran am meisten beteiligen, in welchem Stadium der Thyreoidautointoxication die Störungen der genannten Fermentvorgänge beginnen, in wel-

Kurze Angaben inbetreff der Tiere.	Gesamtstickstoff	Harnsäure		Purine	
		N	%	N	%
Gesunder Hund № 3 *) 2./III. In 48 Stunden. . . .	27,74	0,0226	0,081	0,0262	0,094
Am 4. Tage nach der Thyreoidektomie. Schwellung am Halse. Milchdiät. In 48 Stunden	28,24	0,0735	0,257	0,0125	0,044
Am 7. Tage. Dasselbe. In 72 Stunden	30,94	0,01	0,033	0,0133	0,043
Am 17. Tage. Bekommt auch Fleischsuppe. Wunde verheilt. In 24 Stunden	13,05	0,025	0,183	0,0072	0,053
Am 19. Tage. Dasselbe.	12,94	0,023	0,184	0,006%	0,048
Kräftiger Hund № 5. 17./III. In 20 Stunden	10,71	0,0055	0,05	0,0036	0,033
18./III. Dasselbe	15,3	0,0091	0,059	0,0073	0,047
5 Tage nach der Thyreoidektomie. Nach epileptiformen Anfällen. In 24 Stunden.	10,84	0,0042	0,039	0,013	0,12
Gesunde Hündin № 9. 4./V. In 72 Stunden	39,57	0,028	0,07	0,014	0,035
8./V. Nach Eingabe kleiner Dosen von Thyreoidin im Laufe von 4 Tagen. In 48 Stunden	20,0	0,016	0,08	0,021	0,1
12./V. Stärkere Vergiftung. In 24 Stunden	5,2	0,0087	0,17	0,031	0,59
16./V. Noch stärkere Vergiftung. In 24 Stunden . .	3,28	0,0074	0,2	0,0077	0,23
Gesunde Hündin № 10. 11./V. In 48 Stunden. . . .	21,15	0,0066	0,031	0,0091	0,045
19./V. Am 5. Tage des Thyreoidismus. In 24 Stunden	10,44	0,0062	0,059	0,0114	0,11

*) In allen Fällen, wo die Ernährungsweise nicht angegeben ist, erhielten die Hunde Hafersuppe mit Pferdefleisch und Weissbrot.

cher Richtung sie verlaufen. Und nur wenn wir an Tieren alle Einzelheiten dieser Vorgänge erforscht haben, können wir an die Untersuchung derselben bei Geisteskranken gehn.

Hiermit beschliesse ich meinen Bericht. Ich halte mich nicht für berechtigt, einstweilen irgend welche verallgemeinernde Schlüsse zu ziehn hinsichtlich des Zusammenhangs der Seelenstörungen und der Entartung mit Functionsstörungen der Drüsen mit innerer Secretion und hinsichtlich des Verhaltens derselben zu den Enzymvorgängen im Organismus, aber es unterliegt keinem Zweifel, dass die Erforschung der Frage über die Tätigkeit der Enzyme bei Gesunden und Geisteskranken nicht nur theoretisches sondern auch praktisches Interesse besitzt. Gegenwärtig gewinnt in der Wissenschaft die Ansicht, dass die Enzyme und die Toxine mit den Antitoxinen Körper sind, die einander nahe stehn, immer mehr Boden. Buchner identificiert direct die Enzyme mit den Antitoxinen. Aber selbst wenn man nicht so weit geht, so muss man doch anerkennen, dass sie viele gemeinsame Eigenschaften besitzen; diese, wie jene, können Veränderungen in Stoffen hervorrufen, die das Vielfache ihres Gewichts betragen, können bei der Einführung in den Organismus die Bildung von Antikörpern anregen; die Wirksamkeit Beider wird durch hohe Temperaturen vernichtet u. s. w. Gedenken wir auch der Bedeutung, die bei der Wirksamkeit der Antitoxine und Enzyme solchen Stoffen zukommt, wie die Lipoide, einige Salze, unter anderen die Salze der Gallensäuren, die, wie durch chemische Untersuchungen festgestellt ist, eine hervorragende Rolle bei der Bindung der Toxine und Antitoxine spielen.

Auf Grund der geschilderten Versuchsergebnisse wird es auch leichter, an die Klarlegung der bei den anfangs erwähnten Kranken Ch. und B. beobachteten Vorgänge heranzutreten; auch die Lösung der Frage wird leichter, weshalb Infectionskrankheiten bei einigen Geisteskranken einen günstigen Einfluss zeigen, während sie bei anderen besonders schwer verlaufen. Eine ausführlichere Erörterung aller dieser Fragen würde uns zu weit führen. Das Studium der Enzymvorgänge bei Geisteskranken kann auch zu einer rationellen Therapie führen. Der Chemie sind schon viele Eigenschaften der Enzyme und Antitoxine bekannt; es werden jetzt Methoden ausgearbeitet, um die Bildung von Antienzymen anzuregen und umgekehrt, die Bindung der letzteren im Organismus hervorzurufen. Schon werden die Bedingungen der Activierung und Abschwächung der Enzymwirkung aufgeklärt. In dieser Beziehung offenbart sich die besondere Rolle, die hierbei einige anorganische und organische Salze, colloidale Lösungen u. s. w. spielen. Claude Bernard hatte gesagt, dass das XX. Jahrhundert das Jahrhundert der Fermente sein werde. Es muss für die Psychiatrie dasselbe sein, was für die Morphologie und die darauf gegründeten Erfolge der praktischen Medicin das XIX. Jahrhundert war.

Literatur.

1) v. Wagner. Jahrbuch für Psychiatrie. XXII, 177. 2) Sölder. Ebenda, XVII, 147. 3) Hoppe. Archiv f. Psychiatrie, XXXIX, 1174. 4) Seige. Stoffwechseluntersuchungen bei Melancholie und circulären Psychosen. Centralblatt f. Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1909. 5) Pardo. Ricerche sull indossiluria nei malati di mente. Rivista sperim. di Freniatrio, 1907. 6) Benigini e Zilocchi. Observazioni anatomiche e cliniche intorno a due casi classificab. fra le demenze... Ebenda, 1908, 1—11. 7) Binswanger. Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden.-Erkrankung bei d. allgem. progress. Paralysis, Jena. 1893. 8) Alzheimer. Ueber die anatom. Ausbreitung d. paral. Degenerationsproc. Cit. nach Tolotschinow. 9) Nissl. Mitteilung. z pathol. Anat. der Dement. paral. Archiv f. Psychiatrie, XXXVIII, Heft 3. 10) N. A. Wyrubow. О перерожденіяхъ нервныхъ клѣтокъ и волоконъ въ спинномъ мозгу при наростающемъ паралячномъ слабоумін. Inaug.Dissert. 1899 г. 11) N. F. Tolotschinow. О патологоанатомическихъ измѣненіяхъ ядеръ черепныхъ нервовъ. Inaug.-Dissert. 1900 г. 12) Bouchard. Sur les autointoxications. Paris 1887. 13) Bernard. Etude critique des méthodes de terminat. de la toxicité du ser. sang. et de l'urine. Revue de médecine, 1900. 14) Claud et Baltazard. Toxicité nrinaire dans les rapports avec l'isotonie. Jonrnal de physiologie et de pathologie générale, 1900. 15) A. Juschtschenko. Объ окислительныхъ процессахъ въ организмѣ душевнобольныхъ и ядовитости мочи у нихъ. Обозрѣніе Психіатріи, 1907. Derselbe. Ueber die Oxydationsprocesse im Organismus der Geisteskranken... Archiv f. Psychiatrie, 1908, 45, 1. 16) Derselbe. Къ физіологіи щитовидной железы. О жировомъ и окислительныхъ ферментахъ щитовидной железы и вліяніи послѣдней на липолитическіе и окислительные процессы. Archiv biolog. nauk., 1909. 17) L. I. Finkelstein. Серодіагностика сифилиса по Wassermann'y. Nowoje w medicine, 1909. Nr. 3. 18) L. I. Omorokow. Реакція отклоненія комплемента. Obosrenije psychiatrii, 1909. 19) Weil u. Braun. Ueber das Wesen der luetischen Erkrankung auf Grund d. neueren Forschung. Wiener klin. Wochenschrift, 1909. 1. 20) Kastle u. Harold Amoss. Chemisch. Centralblatt, 1907. 21) W. Ewald. Die Physiologie der oxydativen Blutfermente. Archiv f. die gesamte Physiologie, 1907, 116. 22) Cit. nach Kraepelin. Psychiatrie. 8. Aufl. 1909. 23) Parrhon et Brachia. Revue de neurologie, 1908, 16. 24) Vassale. Le traitement de l'éclampsie gravidique par la parathyroidine... Archives italiens de Biologie, 1905. 25) Laignell-Lavastein. Des troubles psychiques par perturbation des glandes à secret. interne. Le Progrès médical, 1908. Derselbe. Les troubles des glandes à secr. interne chez les mèlanchol. Revue de Psychiatrie, 1908. 26) Claude et Schmiergeld. Les glandes à secretion interne chez les epilept. L'Encephale, 1909, 1. 27) Levy et Rotschild. Etude sur la physiopathologie du corps thyroide et de l'hypophyse. Paris, 1908. 28) W. A. Muratow. Щитовидная железа при кататоническомъ слабоуміи. Medicinskoje Obosrenije, 1903, 3. 29) Hertoge. De l'hypothyreoidie bénigne chron. ou myxoedeme fruste. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière, 1899, 4. 30) Lundborg. Essai d'explications de la nature intime de la dégénérescence. L'encephale, 1908. 2. 31) Parrhon. Revue neurolog., 1908, 6. 32) A. Juschtschenko. Кататоническоподобные симптомы у собакъ, лишенныхъ щитовидной железы. Къ физіологіи щитовидной железы. Obosrenije psychiatrii, 1909. 33) Derselbe. Вліяніе тиреоидина.., а также удаленія щитовидной железы и яичекъ на окислительные процессы, ядовитость мочи и дыхательный газообмѣнъ у животныхъ. Russkij Wratsch, 1908. Derselbe. Der Einfluss des Thyreoidins, ... sowie der Entfernung der Schilddrüse u. der Testikeln auf die Oxydationsprocesse... Biochem Zeitschrift, 1909.

Die Therapie der chronischen Appendicitis.

Vortrag, gehalten auf dem II. kurl. Aerztetage in Libau 1910.

Von

Dr. Friedrich Michelsson.

M. H.! Es ist mir die ehrenvolle Aufgabe zugefallen, im Anschluss an das Referat von Dr. Brehm das Bild der chronischen Appendicitis zu skizzieren, unter besonderer Berücksichtigung der Therapie dieser Krankheit, deren Bedeutung noch häufig viel zu niedrig eingeschätzt wird.

In letzter Zeit wird in den Monographien über Appendicitis die chronische Appendicitis allerdings nicht mehr völlig übergangen, doch da die meisten Autoren sich dabei auf eine mehr oder weniger summarische Erwähnung dieser Krankheitsform beschränken, so ist die Ausbeute, die das Studium dieser Arbeiten bietet, namentlich in therapeutischer Hinsicht nur eine geringe, umsomehr als hier, ebenso wie in der speciellen Literatur, recht weitgehende Differenzen in der Abgrenzung der chronischen gegenüber der acuten Form zu Tage treten, so dass nicht selten unter derselben Bezeichnung von den einzelnen Autoren ganz verschiedene Krankheitsformen verstanden werden.

Es erscheint daher notwendig, ehe wir an die Behandlung unseres eigentlichen Themas gehen, dass wir

uns zunächst über die Nomenclatur der chronischen Appendicitis auseinandersetzen, um uns darüber zu einigen, was wir unter chronischer Appendicitis verstehen wollen.

Da die chronische Appendicitis keinen feststehenden anatomischen Begriff darstellt, so ist dem subjectiven Ermessen, wo die Grenze zwischen der acuten und chronischen Form gezogen werden soll, ein recht weiter Spielraum gelassen. Da diese Einteilung aber in erster Linie praktische Ziele im Auge hat, so erscheint es zweckmässiger die Grenzen nicht zu weit zu ziehen und vor allem bei der Einteilung auf feinere Unterscheidungen zu verzichten, da dadurch das Bild nur compliciert und verschwommen wird. Um diesen Gefahren aus dem Wege zu gehen, ist es notwendig, zum Einteilungsprincip ein möglichst feststehendes wohlcharakterisiertes Merkmal zu nehmen. Als solches erscheint nun der appendicitische Anfall, den wir daher unserer Einteilung zu Grunde legen wollen. Wir werden somit unter einer chronischen Appendicitis nur eine solche Blinddarmentzündung verstehen, die längere Zeit hindurch mehr oder weniger ausgesprochene Beschwerden macht, ohne dass es im Verlauf der Erkrankung dabei zu einem acuten Anfall gekommen wäre.

Wir werden uns dabei natürlich nicht verhehlen können, dass auch diese Einteilung keinen Anspruch auf absolute Präcision erheben kann, da garnicht so selten Fälle vorkommen, die zunächst Jahre lang chronisch verlaufen, bis es dann doch zu einem typischen Anfall kommt. Dieser Umstand kann uns aber doch nicht daran hindern, an dieser Einteilung festzuhalten, da zu ihren Gunsten auch noch der Umstand spricht, dass die chronische, anfallsfreie Appendicitis auch diagnostisch und therapeutisch eine Gruppe für sich bildet, während sowohl alle Fälle, in deren Verlauf ein typischer Anfall zu verzeichnen ist, als auch die sogenannte chronische intermittierende und remittierende Form in dieser Beziehung besser im Zusammenhang mit der acuten Appendicitis betrachtet werden.

Die hier gegebene Einteilung ist bedeutend enger gegenüber der gewöhnlichen in der deutschen und englischen Literatur und entspricht im allgemeinen der französischen und dem von Ewald aufgestellten Begriff der Appendicitis larvata, der von Klemm durch die zutreffendere Bezeichnung chronische anfallsfreie Appendicitis ersetzt worden ist.

Die durch zufällige Operations- und Sectionsbefunde einwandfrei festgestellte latente Appendicitis werden wir in unseren Betrachtungskreis nicht mit hineinbeziehen, da eine Blinddarmentzündung, die niemals irgendwelche Symptome gemacht hat, nicht Gegenstand einer ärztlichen Behandlung werden kann, und daher des praktischen Interesses entbehrt.

Wenn wir uns jetzt der Symptomatologie der chronischen Appendicitis zuwenden, so sehen wir, dass trotz der von uns vorgenommenen engeren Absteckung der Grenzen die Beschwerden der chronischen Appendicitis, deren Abhilfe die Patienten vom Arzt erwarten, ausserordentlich verschieden sein können.

Der Grund der die meisten Patienten den Arzt aufsuchen lässt, sind mehr oder weniger stark ausgesprochene Schmerzen, die den Pat. entweder ständig quälen oder nur durch gewisse begünstigende Momente hervorgerufen werden, die die Pat. meist selbst angeben können. Diese Schmerzen sind in der Regel nicht sehr hochgradig, sondern beunruhigen die Kranken mehr durch ihre Hartnäckigkeit und die Behinderung in ihrer Berufstätigkeit. Ebenso wie die Intensität, so ist auch die Localisation der Schmerzen eine sehr verschiedene. Bald sind es ziehende oder bohrende Schmerzen in der rechten Abdominalhälfte, die entweder constant sind, oder sich bei Bewegungen, beim Bücken oder längerem Sitzen zeigen, dazwischen werden auch nur Erschütterungen, wie namentlich Fahren auf schlechten Wegen im Abdomen schmerzhaft empfunden. Eine Localisation der Schmerzen nur in der Coecalgegend wird selten gefunden, gewöhnlich ist die Ausbreitung der Schmerzen eine diffusere, wobei sie nicht selten auch in die linke Seite, den Rücken, den ganzen Unterleib oder in die rechte Hüfte ausstrahlen. Dazwischen werden aber in der Coecalgegend überhaupt keine spontanen Schmerzen empfunden, sondern als Sitz der Schmerzen nur das rechte Hypochondrium, das Epigastrium, die Blasengegend u. s. w. angegeben.

Die Schmerzen können auch im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme stehen. Sind die Schmerzen in solchen Fällen beträchtlich, so kann sich unter ihrem Einfluss bei den Pat. eine wahre Furcht vor dem Essen entwickeln, die sie veranlasst, ihre Mahlzeiten nach Möglichkeit einzuschränken. In anderen Fällen wieder stehen die Schmerzen im Zusammenhang mit der Stuhl- und Harnentleerung. Bei Frauen bestehen häufig auch dysmenorrhoische Beschwerden, oder die Schmerzen steigern sich regelmässig vor jeder Menstruation, um dann mit dem Einsetzen der Periode wieder abzuklingen.

In einer grossen Reihe von Fällen sind aber die subjectiven Beschwerden überhaupt nicht so stark ausgesprochen, sondern es besteht nur ein Gefühl von Druck und Völle im Leibe. Die Pat. fühlen stets ihr Abdomen, ohne dass es direct schmerzte. Ein anderesmal beziehen sich die Klagen nur auf Alteration des Allgemeinbefindens die Pat. leiden an Kopfschmerzen, Mattigkeit, sind leicht erregbar oder überhaupt «nervös». Namentlich bei längerer Dauer der Krankheit treten die nervösen Symptome aus begreiflichen Gründen immer mehr in den Vordergrund, und derartige Patienten, in der Regel Frauen, wandern dann von einem Arzt zum anderen unter dem Verdacht der Hysterie oder Neurasthenie, ohne natürlich Hilfe zu finden. Neben diesen Klagen über abnorme Sensationen im Leibe und Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens stossen wir in der Regel auch auf Angaben über Functionsstörungen des Magen- und Darmtractus. Es ist auffallend, wie häufig bei der chronischen Appendicitis gerade über Störungen von seiten des Magens geklagt wird, die sich in Druckgefühl nach dem Essen, Uebelkeit, Aufstossen und Brechreiz manifestieren. Erbrechen wird seltener angegeben, ebenso ist der Appetit gewöhnlich nicht alteriert.

Was den Stuhlgang anbetrifft, so ist er gewöhnlich unregelmässig. (Meist besteht Obstipation, doch kann die chronische Appendicitis auch mit Diarrhoen einhergehen, oder es wechselt auch beides, wobei der Stuhl dazwischen auch pathologische Bestandteile, wie Schleim und Blut enthalten kann.

Infolge dieser Functionsstörungen des Dickdarms, die auf Diätfehler meist mit einer prompten Verschlimmerung reagieren, sind die Pat. an eine mehr oder weniger strenge Diät gebunden, durch die auf die Dauer ihr Ernährungszustand herabgesetzt wird, so dass die an chronischer Appendicitis leidenden Patienten gewöhnlich auch über Abmagerung klagen. Diese Abmagerung, die sich bis zu typischer Kachexie steigern kann, kann dazwischen in Verbindung mit hartnäckiger Obstipation überhaupt das einzige Symptom einer chronischen Appendicitis sein. v. Haberer hat unter der Bezeichnung Appendicitis chronica adhaesiva 7 derartige Fälle publiciert, die meist ältere Leute betrafen und unter der Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines malignen Darmtumors zur Operation kamen. Bei Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich aber nur flächenhafte Ver-

wachsungen um Blinddarm und Appendix, dazwischen auch an der flexura coli lienalis, die durch eine chronische Entzündung des Wurmfortsatzes verursacht worden waren.

Wie Sie sehen, m. H., ist das Krankheitsbild der chronischen Appendicitis ein sehr wechselndes.

Auf die Bewertung der einzelnen Symptome und die häufig grossen diagnostischen und namentlich differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, die sich aus ihrer Vieldeutigkeit ergeben, — näher einzugehen, kann ich um so mehr unterlassen, da im folgenden Referat von Dr. Tantzscher diese Fragen ihre Würdigung finden werden.

Wir wollen uns hier nur auf die therapeutische Seite der Frage beschränken. Lassen wir unter diesem Gesichtswinkel die Symptome der chronischen Appendicitis nochmals Revue passieren, so sehen wir, dass eine ganze Reihe von ihnen nicht direct auf den Wurmfortsatz zu beziehen ist, sondern auf Erkrankungen benachbarter Organe, auf die die Entzündung vom Wurmfortsatz übergegriffen hat. Dieser Umstand erklärt es, dass auch bei feststehender Diagnose, ohne die eine rationelle Therapie ja überhaupt nicht denkbar ist, schon allein die Aufstellung eines Heilplanes, geschweige denn seine Durchführung, grosse Schwierigkeiten bereiten kann. Namentlich kann das der Fall sein, wenn stärker ausgesprochene katarrhalische Zustände des Dickdarms bestehen. Ueber die Beziehung der Colitis mucosa und membranacea zur chronischen Appendicitis ist viel gestritten worden. Während besonders Dieulafoy die Ansicht vertritt, dass das Zusammentreffen einer Colitis und Appendicitis zu den grössten Seltenheiten gehört, und die appendicitischen Erscheinungen nur secundär durch den Katarrh und die Stauung des Darminhalts im Coecum bedingt werden, wird von anderer Seite, wie z. B. Richelot, Broca, Barbet, Mongour, Carles u. a. gerade die ätiologische Bedeutung einer chronischen Appendicitis bei dieser Erkrankung betont. Demgemäss will Dieulafoy diese Krankheitsformen nur der internen Therapie reserviert wissen, da seiner Ansicht nach diese Leiden durch geeignete diätetische Vorschriften, hydropathische Proceduren und eine Regelung des Stuhlgangs stets behoben werden können, während ein operativer Eingriff keinen Nutzen bringe, ja dazwischen nur Schaden stiften könne. Von den Vertretern des anderen Lagers, unter denen sich auch eine Reihe von Internisten befindet, wird diese Auffassung als zu optimistisch bekämpft; sie treten warm für die Operation ein, da nach der Entfernung des primär erkrankten Wurmfortsatzes häufig auch alle übrigen Symptome ohne weitere Therapie schwinden, was sie durch eine ganze Reihe günstiger operativer Erfolge belegen in Fällen, die lange Zeit jeglicher internen Therapie getrotzt hatten. v. Hippel hat zu Gunsten einer möglichst frühzeitigen Operation der chronischen Appendicitis darauf aufmerksam gemacht, dass bei bestehender Erkrankung des Wurmfortsatzes eine auf das Dickdarmleiden gerichtete Therapie nicht ohne Gefahr für das Leben des Patienten ist, während nach Entfernung des Wurmfortsatzes die Behandlung umso energischer vorgenommen werden kann.

Obgleich ich persönlich auch auf dem Standpunkt stehe, dass die rationellste Therapie der chronischen Appendicitis die chirurgische ist, glaube ich doch, dass man die Berechtigung einer anfänglichen internen Behandlung nicht von der Hand weisen kann. Ich möchte hierbei allerdings den Schwerpunkt auf die Differentialdiagnose verlegen, die sich dazwischen nur ex juvantibus stellen lässt; denn es unterliegt keinem Zweifel, dass auch blosser Katarrh des Coecums der chronischen Appendicitis ganz ähnliche Symptome machen kann, wobei man selbst Druckschmerz und eine Resistenz in der Coecalgegend findet. In solchen Fällen wird eine systematische interne Therapie in kurzer Zeit eine erhebliche Besserung bringen und dadurch die Harmlosigkeit des Leidens zeigen. Lässt man sich aber in solchen Fällen durch die trügerischen Symptome zu einer voreiligen Operation verleiten, so wird man nicht nur vergeblich auf ein Schwinden der Symptome warten, sondern die Beschwerden sind dazwischen nach der Operation nur noch ärger als zuvor. Ich glaube daher, dass in derartigen zweifelhaften Fällen, und das wird die Mehrzahl sein, sich ein derartiger Versuch wohl rechtfertigen lässt. Lässt aber die Besserung hierbei längere Zeit auf sich warten, oder treten immer wieder Recidive auf, so soll man mit derartigen fruchtlosen Versuchen keine Zeit weiter verlieren, sondern möglichst frühzeitig den Chirurgen hinzuziehen, was ja entgegen der landläufigen Meinung noch keineswegs gleichbedeutend mit einer Operation ist.

Ebenso muss bei Frauen, wenn bei negativem bakteriologischen Befunde eine specifische Therapie bei Leukorrhoe, habituellem Abort, Tubengravidität oder Sterilität in der entsprechenden Zeit zu keinem positiven Resultat führt, stets auch an eine chronische Appendicitis gedacht werden und die Therapie demgemäss geleitet werden. Besonders Roemer und auf dem letzten internationalen Congress in Budapest Fabricius haben auf die häufige ätiologische Rolle der chronischen Appendicitis bei diesen Leiden hingewiesen und sind warm für die Appendektomie in solchen Fällen eingetreten, und, wie es scheint, mit Recht, da sie eine Reihe von Erfolgen für sich anzuführen haben.

Natürlich wird man auch hier erst zur Operation schreiten, wenn durch ein Versagen der üblichen therapeutischen Massnahmen bewiesen ist, dass es sich nicht um eine gewöhnliche gonorrhoische Erkrankung handelt, sondern der eigentliche Kern des Uebels tiefer liegt.

In allen Fällen darf man aber bei diesen therapeutischen Versuchen niemals vergessen, dass es sich eben nur um Versuche handelt, die nicht über Gebühr hinausgezogen werden dürfen. Denn dann kommt es auf ein planloses symptomatisches Herumcurieren heraus, das gefährlicher als gar keine Therapie ist, da es den Arzt und Patienten in eine Sicherheit einwiegt, die gerade bei der chronischen Appendicitis nichts weniger als berechtigt erscheint.

Zu welchen Gefahren ein derartiger Standpunkt führen kann, wird wohl am besten durch folgenden Fall illustriert, den ich im vorigen Jahr zu operieren Gelegenheit hatte.

Es handelte sich hier um ein junges Mädchen, bei dem wir trotz längerer Beobachtung keinen Anhaltspunkt für die vagen Schmerzen in der Coecalgegend finden konnten. Da sie einen hysterischen Eindruck machte, wurde der Neurologe consultiert, der sich mit Entschiedenheit für Hysterie aussprach und eine Lumbalpunction vornahm und täglich Douchen verordnete. Diese Therapie wurde etwa 14 Tage lang fortgesetzt, ohne dass sie von einem merklichen Erfolge begleitet war. Die immer wieder vorgenommene Untersuchung der Coecalgegend war ebenso wie die gynäkologische Untersuchung fortgesetzt ergebnislos, bis sich plötzlich in einigen Stunden die Symptome einer Perforationsperitonitis bei hohem Fieber entwickelten. Bei der jetzt vorgenommenen Operation fand sich eine Perforation des Wurmfortsatzes und ein ausgedehntes freies eitriges Exsudat in der Bauchhöhle. Dank dem Umstande, dass die Perforation auf der Abteilung erfolgt war und die Operation daher frühzeitig erfolgen konnte, war sie von Erfolg begleitet, und die Patientin konnte geheilt entlassen werden. Wie aber der Ausgang gewesen wäre, wenn es erst zu Hause auf dem Lande zur acuten Atacke gekommen wäre, erscheint doch wohl zweifelhaft.

Dieser Fall zeigt auch, dass eine chronische Appendicitis durchaus nicht zu den harmlosen Erkrankungen gerechnet werden darf, da stets ein Acutwerden der Erkrankung möglich ist. Roemer hat besonders auf die Gefahren hingewiesen, die eine Gravidität in dieser Beziehung mit sich bringt.

Aber auch ohne, dass es zu einer derartigen Katastrophe zu kommen braucht, ist die chronische Appendicitis als eine ernste Erkrankung aufzufassen, da sie den Lebensgenuss und das Allgemeinbefinden der Patienten schwer beeinträchtigen und die Patienten in ihrer Arbeitskraft herabsetzen, ja diese ganz aufheben kann. Hat man also das Bestehen einer chronischen Appendicitis feststellen können, wozu allerdings meist eine gewisse Beobachtungszeit notwendig sein wird, so soll man nicht zögern, dem Patienten dringend eine Operation zu proponieren, wenn nicht andere Leiden, die neben der Appendicitis und unabhängig von dieser bestehen, die Gefahren der Operation grösser als die Beschwerden des Leidens erscheinen lassen.

Es soll gewiss nicht geleugnet werden, dass eine chronische Appendicitis auch durch geeignete interne Behandlung dazwischen geheilt werden kann, doch ist die chirurgische Behandlung bei der chronischen Appendicitis einfacher und rascher, während die interne Therapie meist nicht nur grosse Anforderungen an die Geduld, sondern auch an den Geldbeutel der Patienten stellt, so dass schon sociale Momente zur Operation drängen können.

Als Beleg dafür, will ich mir erlauben, Ihnen hier den Heilplan, den Albu, bekanntlich einer der eifrigsten Verfechter der internen Behandlung der chronischen Appendicitis, aufgestellt hat, anzuführen.

1. Möglichst andauernde und energische körperliche Schonung der Kranken; man verbiete ihnen viel Stehen und Gehen, überhaupt energischere Bewegungen, bei Frauen z. B. das viele Herumwirtschaften in der Häuslichkeit, das Abhetzen im Alltagsleben u. dergl. mehr.

2. In Fällen mit stärkeren Beschwerden legt man die Kranken zweckmässig für mehrere Wochen ins Bett; in leichteren Fällen lässt man sie wenigstens 2 mal täglich mehrere Stunden hinter einander feste Bettruhe einnehmen und die bettlägerigen Kranken allemal fleissig feuchtwarme Einpackungen des Unterleibes vornehmen.

3. Eine strenge Regelung des Stuhlganges durch eine vorwiegend vegetabile Ernährung — eventuell in Breiform — unter Zuhilfenahme von Oel-Glycerin-Seifenwasser-Klystieren und dergleichen; eventuell auch 2—3 mal wöchentlich eines Abführmittels.

4. Die Anwendung von Extract. Belladonnae in Suppositorien 0,01—0,03 2—3 mal täglich.

5. Die Anwendung von warmen, noch besser heissen Sitzbädern oder Vollbädern, wenn möglich täglich; auch Sol- und Moorbäder 3—4 mal wöchentlich bewähren sich. Im Sommer schickt man solche Kranke zu einer mehrwöchentlichen Badecur in zweckentsprechende Curorte, wie Kissingen, Kreuznach, Ischl, Elster, Franzensbad, Kudowa, Landeck.

Als Erfolg einer solchen „consequent und energisch" durchgeführten und eventuell mehrmals wiederholten Therapie verspricht Albu dann die Genugtuung, dass in „manchen" solcher Fälle eine dauernde Heilung bezw. eine vollständige Latenz der Krankheitserscheinungen zu erreichen ist.

M. H.! Ich fürchte sehr, dass es nicht viele unter Ihnen geben wird, die sich den Luxus einer derartigen Behandlung, eventuell noch in mehreren Auflagen, werden leisten können. Und was man nicht an sich selbst erleben will, sollte man, besonders als Arzt, auch seinen Mitmenschen nicht zumuten, umsomehr als man den Patienten hierbei für ihre schweren Opfer an Zeit und Geld nur in vereinzelnten Fällen auch einen dauernden Erfolg versprechen kann. Und ich glaube wohl kaum, dass es viele Patienten sein werden, die in ihrer Messerschen so weit gehen werden, sich für den Albuschen Heilplan zu entscheiden, wenn man ihnen demgegenüber die Aussicht bieten kann, bei einem 14-tägigen Aufenthalt in einer chirurgischen Klinik fast sicher eine dauernde Heilung zu erlangen, denn die Gefahren einer Operation sind besonders im Vergleich zu den Gefahren, die der erkrankte Wurmfortsatz für seinen Träger bedeutet, minimal; von 94 operierten chronischen Appendicitiden haben wir keinen einzigen Fall verloren.

Es ist daher auch verständlich, dass Albu auch im Lager der Kliniker auf energischen Widerspruch gestossen ist. Ich nenne nur z. B. Namen wie Kraus, Boas, Carles. Boas, dem man doch wahrlich nicht eine grosse Erfahrung in dieser Frage absprechen kann, sagt geradezu, dass er noch nie eine chronische Appendicitis ohne Operation habe heilen sehen, während Kraus Albu gegenüber betont, dass sein Feldzug gegen die operative Therapie der chronischen Appendicitis völlig verfehlt sei, da nach seinen Erfahrungen bei dieser Krankheit noch immer viel zu selten operiert wird.

Dass alle Chirurgen auf demselben Standpunkt stehen, braucht wohl nicht noch besonders betont zu werden, selbst Sonnenburg, der im allgemeinen in der Appendicitisfrage einen etwas conservativen Standpunkt einnimmt, verlangt bei der chronischen Appendicitis unbedingt einen operativen Eingriff.

Von den Gegnern der chirurgischen Therapie der chronischen Appendicitis wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die bei dieser Krankheit exstirpierten Wurmfortsätze nicht selten makroskopisch ein völlig normales Aussehen haben. Es ist schon von Küttner darauf hingewiesen worden, dass nur die mikroskopische Untersuchung des Wurmfortsatzes darüber entscheiden kann, ob er als krank oder gesund angesehen werden muss.

Aber auch beim Fehlen jeglicher entzündlicher Erscheinungen kann die Entfernung des Wurmfortsatzes indiciert und daher von Erfolg begleitet sein, wenn nämlich die Beschwerden durch Lageanomalien des Wurmfortsatzes bedingt sind, infolge von narbigen Strängen in seinem Mesenteriolum oder periappendiculären Adhäsionen.

Es ist das Verdienst Hocheneggs, zuerst darauf hingewiesen zu haben, dass für die Erklärung der Beschwerden bei der chronischen Appendicitis die Lage des Wurmfortsatzes eine viel grössere Rolle spielt als entzündliche Vorgänge in der Wand desselben.

In der jüngsten Zeit haben Wilms und Wiemann darauf hingewiesen, dass die typischen Beschwerden einer chronischen Appendicitis auch nur durch ein abnorm langes und bewegliches Coecum, ohne jegliche entzündliche Vorgänge am Wurmfortsatz selbst hervorgerufen werden können. Hier bringt natürlich eine blosse Resection des Wurmfortsazes keine Besserung des Leidens, während die von Wilms in 40 Fällen vorgenommene Fixation des Coecums an der Bauchwand stets von dauerndem Erfolg begleitet war. Schliesslich hat Morris noch die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass auch die physiologische Involution des Wurmfortsatzes mit Schmerzen einhergehen kann, nicht nur wenn sie atypischerweise von der Basis aus beginnt, sondern auch bei abnorm langem Persistieren des nervösen Apparates, der stets als letzter der Degeneration anheim fällt. In diesen Fällen kann natürlich auch die Operation Heilung bringen, ohne dass sich am Wurmfortsatz nachweisbare pathologische Veränderungen fänden.

Diese letzten Formen von Blinddarmbeschwerden gehören ja allerdings streng genommen nicht mehr zur chronischen Appendicitis, da sie nicht auf entzündlichen Vorgängen im Wurmfortsatz beruhen, doch scheint es mir gerechtfertigt, sie doch zum Capitel der chronischen Appendicitis zu rechnen, da sie sowohl klinisch als therapeutisch nicht von dieser zu trennen sind.

M. H.! Wenn ich hier der operativen Behandlung der chronischen Appendicitis das Wort rede, so muss ich

doch gleichzeitig davor warnen, in allen Fällen von der Operation auch eine sofortige Beseitigung aller Beschwerden zu erwarten. Wenn man bedenkt, dass die an chronischer Appendicitis leidenden Patienten den Arzt in der Regel sehr spät aufsuchen, häufig erst, wenn schon eine Reihe anderer Beschwerden hinzugekommen ist, so kann man natürlich nicht erwarten, dass durch die Entfernung des erkrankten Wurmfortsatzes sofort auch alle secundären Erscheinungen, wie etwa ein jahrelang bestehender Darmkatarrh, mit einem Schlage beseitigt werden, und man muss sich vor allem auch davor hüten, den Patienten die Sachlage so vorzustellen, um sich vor späteren berechtigten Vorwürfen und die Patienten vor unvermeidlichen Enttäuschungen zu bewahren.

In der Mehrzahl der Fälle werden ja durch die Entfernung der Krankheitsursache — des Wurmfortsatzes — auch etwaige secundäre katarrhalische Entzündungen des Darmes, der Adnexe u. s. w. spontan ohne weitere Therapie zur Heilung kommen. In hartnäckigeren Fällen muss aber nach der Operation erst die interne Behandlung einsetzen, die dann wohl stets von Erfolg begleitet sein wird.

Es ist der Versuch gemacht worden, diese Fälle als Misserfolge der operativen Behandlung zu Gunsten der internen Therapie der chronischen Appendicitis auszunutzen. Eine derartige Argumentation beweist aber nur das völlige Verkennen der tatsächlichen Verhältnisse, denn die Operation bildet gerade auch in diesen Fällen die unerlässliche Vorbedingung für die endgültige Heilung. Denn nur durch die operative Entfernung des kranken Wurmfortsatzes wird die Wurzel des Uebels ausgerottet und dadurch der internen Therapie, der vor der Operation nur die undankbare Rolle einer rein symptomatischen Behandlung zufiel, der Erfolg gesichert.

Wenn somit die eigentliche Therapie der chronischen Appendicitis stets eine chirurgische zu sein hat, so ist doch gerade die chronische Appendicitis, wie wohl keine andere Krankheit, Gemeingut der inneren Medicin und Chirurgie, nicht nur weil in vielen Fällen die Nachbehandlung und endgültige Heilung von allen Beschwerden dem Therapeuten vorbehalten bleibt, sondern weil auch in vielen Fällen die Diagnose erst nach erfolgloser Erschöpfung des therapeutischen Arsenals möglich ist.

Da nur bei einem Hand in Hand Arbeiten beider Disciplinen unser therapeutisches Handeln auf Erfolg rechnen darf, so sollte in allen Fällen von chronischen Abdominalerkrankungen, angefangen vom Katarrh und chronischen Ulcus des Magens bis zu den Erkrankungen der Sexualorgane, wenn sie einen atypischen und protrahierten Verlauf zeigen, stets auch der Chirurg zu gemeinsamer Beobachtung des Patienten herangezogen werden. Und in zweifelhaften Fällen sollte man nach der Forderung Rinnes sich stets für die ernstere Erkrankung entscheiden, da bei der Harmlosigkeit des chirurgischen Eingriffes selbst mehrere unnütze Operationen noch nicht das Unterlassen eines rechtzeitigen Eingriffs entschuldigen können.

Zu Competenzstreitigkeiten vollends, wie wir ihnen in der Literatur auf Schritt und Tritt begegnen, liegt dabei gar keine Veranlassung vor, denn für unser Handeln kann nur das Wohl der Kranken massgebend sein, das zu derartigen Erwägungen keinen Raum bietet.

Bücherbesprechungen.

F. Buttersack. Die Elasticität, eine Grundfunction des Lebens. Gedanken und Studien. Stuttgart. 1910. Verlag von Ferdinand Enke.

Die Anatomie, die im 19-ten Jahrhundert in der Biologie festen Fuss fasste, beherrschte das ganze medicinische Denken zu Ende des Jahrhunderts unbeschränkt. Die Zelle, in der «den ersten und letzten Baustein des Lebens erkannt zu haben» Buttersack eine Grosstat nennt, stellt den Höhepunkt aber auch den Abschluss des anatomischen Gedankens dar. «Ueber die Zelle hinaus vermag die Anatomie das Leben nicht zu verfolgen». Verf. unternimmt es nun, vom anatomisch-materiellen zum physiologisch-energetischen Denken herüberzuleiten, indem er gewisse Lebenserscheinungen in den Vordergrund des Interesses rückt und an dem Beispiel der Elasticität, die dem ganzen Organismus, wie jedem Teil desselben mehr oder weniger eigen ist, zu erläutern sucht. Die folgerichtige, man möchte sagen zarte Art und Weise, wie unsere Begriffe in vielen Capiteln der Pathologie und Physiologie zurechtgestellt werden, nimmt von vornherein für das Buch ein. Man lässt sich von den neuen Ideen gerne gefangen nehmen und fängt an, mit ihnen zu rechnen, da die alten doch schon lange nicht mehr befriedigten, und sie werden vorhalten, bis neue Erkenntnistatsachen auch diese überwunden haben werden. Es wäre erfreulich, wenn der Ausspruch des Verf. sich bewahrheitet, dass «der Uebergang von der atomistisch-materialistischen Weltauffassung zu der energetisch-idealistischen sich vollzieht», wenn, wie er sagt, auch nur langsam.

Ucke.

Prof. B. Bendix. Lehrbuch der Kinderheilkunde. Sechste Auflage. Berlin und Wien. 1910. Urban und Schwarzenberg. 670 Seiten.

Vor uns liegt die VI. Auflage des bekannten Lehrbuchs, dessen erste Auflage im Jahre 1899 erschien. Im Verlauf dieses Zeitraums hat die Pädiatrie grosse Fortschritte gemacht, und speciell in Deutschland haben die Anschauungen über die Verdauungsstörungen des frühen Kindesalters bedeutende Umwandlungen erfahren. Diesen neuen Errungenschaften ist der Verfasser in der vorliegenden Auflage gerecht geworden, und daher hat dieser Abschnitt des Lehrbuchs eine vollkommene Neubearbeitung notwendig gemacht. So ist in dem Capitel der Ernährungsstörungen die Schädigung des Organismus durch die Nahrung als Entstehungsursache an die erste Stelle gerückt, den bakteriellen Einflüssen dagegen eine untergeordnete Rolle und nur für bestimmte Krankheitsformen eingeräumt. Die Spasmophilie, die sich in Bezug auf ihre Aetiologie eng an die Ernährungsstörungen anlehnt, hat gleichfalls eine Neubearbeitung erfahren. Das Capitel über exsudative Diathese ist neu geschaffen. Die anderen Abschnitte sind dem heutigen Stande der Wissenschaft nach erweitert oder umgearbeitet worden. Es entspricht also diese neue Auflage durchaus den modernen Anschauungen, und dabei ist die Darlegung so übersichtlich und klar, dass das Buch Aerzten und Studierenden nur bestens empfohlen werden kann.

Weyert.

Dr. med. Ernst Hoffmann †.

Am 4. October 1910 haben wir deutsche Aerzte zu Moskau unsern lieben Collegen Ernst Hoffmann zur letzten Ruhestätte begleitet, der im 46. Lebensjahr plötzlich einem Anfall von Angina pectoris erlag. Sein äusserer Lebensgang ist kurz folgender: Er wurde am 19. Januar 1865 zu Hapsal geboren, siedelte aber dann mit seinen Eltern nach Petersburg und später nach Moskau über, wo er die Petri-Paulischule besuchte. Im II. Sem. 1884 bezog er die Universität Dorpat für das Studium der Medicin und trat in die Corporation Estonia ein, die ihn bald in die Zahl ihrer Landsleute aufnahm und der er bis zum Tode unverbrüchliche Treue bewahrt hat. Im Mai 1891 wurde er zum Dr. med. promoviert und kehrte nun nach Moskau zurück, wo er Assistent am Evangelischen Hospital wurde. Schon nach einem Jahr sah er sich aber eines Ohrenleidens wegen genötigt, schweren Herzens diese Stelle aufzugeben, um sich der Zahnheilkunde zu widmen. Er erlernte dieselbe zuerst beim Zahnarzt Natural und darauf in Berlin. Im August 1893 liess sich E. H. als Zahnarzt in Moskau nieder und gewann schnell, dank seiner Gewissenhaftigkeit, Sorgfalt und Zartheit bei Ausübung seines Berufes

die Liebe aller seiner vielen Patienten, die seinen frühen Heimgang schmerzlich betrauern.

Wir aber verlieren in E. H. einen treuen, selbstlosen Freund, welcher der deutschen Sache warm ergeben war und viel für die Förderung derselben in Moskau getan hat. Er ruhe in Frieden.

A. J.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Hochschulnachrichten. St. Petersburg. Der Chef der Militär-medicinischen Akademie Geheimrat Prof. Dr. Danilewskij ist auf eigenes Ersuchen seines Amtes enthoben unter Beförderung zum Wirklichen Geheimrat.

Leipzig. Dr. med. H. Steinert ist zum ausserordentlichen Professor an der medicinischen Facultät ernannt worden.

— Der diesjährige Nobelpreis für Leistungen auf dem Gebiet der Medicin ist dem Professor der Physiologie Dr. Kossel in Heidelberg zuerkannt.

— Die Berliner Medicinische Gesellschaft feierte ihr 50-jähriges Jubiläum.

— Das im Verlage von Wilhelm Braumüller erscheinende Archiv für Dermatologie und Syphilis hat vor kurzem mit dem Ableben eines seiner Mitbegründer, Hofrats F. J. Pick in Prag, seinen langjährigen Redacteur und Herausgeber verloren. Die Redaction des «Archivs» haben nunmehr mit dem Bande 103 Prof. Dr. A. Neisser in Breslau und Privatdocent Dr. Walter Pick in Wien übernommen.

— Der nächste Internationale Congress für Psychiatrie findet im Jahre 1912 in Moskau statt.

— Der 5. Internationale Congress für Thalassotherapie findet am 5.—8. Juni in Kolberg unter dem Protectorat des Grossherzogs von Mecklenburg-Schwerin statt. Zum Vorsitzenden des Congresses ist Professor Martius-Rostock, zu stellvertretenden Vorsitzenden die Professoren His und Zuntz-Berlin und Dr. Röchling-Misdroy gewählt. Anmeldungen von Vorträgen sind an den Schriftführer Dr. Kaminer, Berlin W. Potsdamerstrasse *134 b* zu richten.

— Es ist beschlossen worden, dass Kislowodsk (Kaukasus, Terek-Gebiet) als klimatischer Höhencurort das ganze Jahr hindurch für den Curgebrauch geöffnet bleiben soll. Durch die überaus günstigen klimatischen Bedingungen, die schöne Lage und die kohlensäurereiche Heilquelle Narsan ist Kislowodsk allerdings zu einem Gebirgscurort durchaus geeignet, schade nur, dass der Ort in sanitärer Beziehung ebenso viel zu wünschen übrig lässt, wie alle anderen russischen Curorte, die sonst ceteris paribus es wohl mit den ausländischen Curorten aufnehmen könnten.

— Cholera. Deutsches Reich. Vom 3. bis zum 9. October erkrankten in Marienburg (Westpreussen) 6 Personen und starb 1. Oesterreich-Ungarn. In Wien waren bis zum 1. Oct. 9, in Mähren 3 Erkrankungen festgestellt; von diesen 12 starben 5. — In Ungarn fanden vom 24. Sept. bis 1. Oct. 68 Erkrankungen und 32 Todesfälle statt. — Italien. Vom 25. bis zum 28. Sept. wurden 11 Erkrankungen und 9 Todesfälle gemeldet. In der Provinz Neapel sind bis zum 29. Sept. 79 Erkrankungen festgestellt. In Rom wurden 5 Erkrankungen constatiert und auf dem von Neapel nach Genua bestimmten Dampfer «Mendoza» 1 Todesfall festgestellt. Auf dem Personendampfer «Ligure», der zwischen Neapel und Genua verkehrt, fanden am 24. Sept. 3 Cholerafälle statt, von denen 2 tödlich verliefen. — Frankreich. In Marseille sind am 1. October auf einem aus dem Orient eingetroffenen Schiffe 3 Erkrankungen constatiert worden. — Rumänien. Am 5. Oct. ist in Tulcea ein tödlich verlaufener Cholerafall festgestellt worden. — Türkei. Vom 24. Sept. bis zum 2. Oct. erkrankten in Konstantinopel 47, starben 22. — Tripolis. In der Stadt Tripolis wurden am 3. October 2 tödliche Fälle festgestellt. — Straits Settlements. In Penang wurden vom 2. Juni bis 26. August 49 Erkrankungen constatiert. — Britisch-Indien. Vom 28. Aug. bis 3. Sept. starben in Kalkutta 10 Personen an der Cholera.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 26. Sept. bis zum 2. Oct.		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	58	(24)	4373	(1580)	7. Juni
» Kronstadt	4	(3)	246	(135)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	9	(2)	613	(314)	24. Juni
Stadt Archangelsk	—	(—)	2	(1)	10. »
Gouv. Olonez	2	(2)	19	(10)	7. Aug.
» Wologda	2	(1)	407	(223)	5. Juli
» Livland	1	(—)	55	(35)	14. »
» Kurland	2	(—)	23	(6)	25. Aug.
» Pskow	—	(—)	24	(8)	6. Juni
» Nowgorod	—	(—)	461	(246)	7. Juli
» Minsk	—	(—)	1317	(460)	18. Mai
» Mogilew	11	(6)	695	(319)	14. »
» Witebsk	47	(25)	356	(136)	21. April
» Smolensk	3	(1)	359	(193)	10. Juli
» Kowno	—	(—)	1	(1)	8. Sept.
» Podolien	29	(13)	1169	(522)	7. Juli
» Wolynien	—	(—)	165	(96)	10. Juni
» Kiew	59	(28)	3902	(1497)	3. Mai
» Tschernigow	—	(—)	2248	(922)	13. »
» Poltawa	—	(—)	3149	(1392)	3. »
» Charkow	—	(—)	7884	(4223)	8. »
» Orel	—	(—)	880	(419)	1. Juli
» Kursk	6	(4)	4466	(1968)	28. Mai
» Woronesh	17	(10)	8864	(4200)	27. »
» Tambow	21	(16)	5164	(2472)	29. »
» Pensa	—	(—)	2123	(1019)	27. Juni
» Kaluga	—	(—)	242	(120)	1. Juli
» Tula	—	(—)	336	(159)	11. Juni
» Rjasan	1	(2)	2186	(961)	19. »
» Wladimir	—	(—)	472	(248)	6. Juli
» Moskau	1	(—)	197	(88)	15. Juni
» Twer	—	(—)	51	(20)	6. Juli
» Jaroslaw	—	(3)	1481	(759)	27. Juni
» Kostroma	—	(—)	3633	(1771)	27. »
» Nishnij Nowgorod	6	(3)	2322	(1039)	24. »
» Kasan	19	(6)	3839	(1855)	19. »
» Ssimbirsk	36	(20)	3613	(1846)	10. »
» Ssamara	116	(52)	16149	(7502)	9. »
» Ssaratow	16	(7)	6099	(2551)	7. »
» Astrachan	—	(—)	1851	(822)	15. »
» Stawropol	—	(—)	9553	(4945)	3. »
» Perm	—	(—)	742	(274)	3. Juli
» Wjatka	3	(1)	427	(205)	26. Juni
» Ufa	—	(—)	2802	(1500)	29. »
» Orenburg	67	(37)	3240	(1585)	4. Juli
Turgai-Gebiet	—	(—)	202	(109)	13. »
Ural-Gebiet	—	(—)	324	(207)	30. »
Gouv. Jekaterinoslaw	11	(10)	18807	(8653)	10. Jan.
» Taurien	1	(2)	4763	(2405)	7. Mai
Stadt Ssewastopol	—	(—)	80	(48)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	—	(—)	606	(274)	14. Mai
Gebiet der Donkosaken	12	(6)	21543	(9915)	21. »
Stadt Rostow am Don	—	(—)	2917	(1010)	7. »
Gouv. Bessarabien	—	(—)	116	(58)	7. »
Stadt Odessa	4	(4)	560	(338)	27. »
» Nikolajew	—	(—)	507	(215)	4. Juni
Gouv. Cherson	6	(4)	9985	(4422)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	2	(—)	644	(224)	4. Juni
Kuban-Gebiet	4	(1)	23554	(12156)	26. Mai
Terek-Gebiet	—	(1)	4176	(1797)	28. »
Stadt Baku	3	(—)	1276	(533)	4. Juni
Gouv. Baku	—	(—)	1533	(851)	19. April
Gouv. Tiflis	5	(1)	1903	(722)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	—	(—)	1530	(737)	29. »
Gouv. Kutais	—	(—)	464	(199)	25. »
» Jelisawetpol	—	(—)	154	(115)	4. Juli
» Erivan	7	(7)	1186	(690)	8. »
Kars-Gebiet	—	(—)	1402	(640)	22. Juni
Batum-Gebiet	—	(—)	60	(29)	5. Aug.
Transkaspi-Gebiet	2	(—)	307	(180)	19. Juni
Ssyr-Darja-Gebiet	5	(5)	181	(116)	13. Juli
Fergan-Gebiet	20	(12)	91	(48)	7. Sept.
Akmolinsk-Gebiet	25	(14)	755	(310)	23. Juli
Semipalatinsk-Gebiet	—	(—)	39	(25)	6. Aug.
Gouv. Tobolsk	11	(4)	321	(139)	9. Juli
» Tomsk	5	(2)	386	(153)	8. Juni
Transbaikal-Gebiet	—	(—)	23	(13)	23. Aug.
Amur-Gebiet	20	(14)	68	(52)	29. »
Küsten-Gebiet	—	(—)	40	(20)	22. Sept.
Finnland	—	(—)	4	(—)	22. Juli
Im Ganzen	679	(353)	208707	(98050)	

— Pest. Aegypten. Vom 24. bis zum 30. Sept. wurden 9 Erkrankungen und 1 Todesfall gemeldet. — Marokko. In Casablanca fand am 7. October ein Pestfall statt. — Britisch-Indien. Vom 27. Aug. bis 3 Sept. wurden in ganz Indien 2506 Erkrankungen und 1770 Todesfälle festgestellt.

— Genickstarre. Preussen. Vom 18. Sept. bis 1. Oct. sind 12 Fälle gemeldet, von denen 8 tödlich verliefen.

— **Poliomyelitis. Preussen.** Vom 25. Sept. bis zum 1. Oct. sind 6 Erkrankungen und 1 Todesfall gemeldet worden.

— **Die Pest in Odessa.** Am 2., 3. und 4. October erkrankte je 1 Person und am 4. October starb 1. Am 6. Oct. erkrankte 1, starb 1. Am 7., 8. und 9. October fand keine Erkrankung und kein Todesfall statt. Da im Laufe der letzten Tage keine Pest- und keine pestverdächtigen Erkrankungen vorgekommen sind, hat das Executivbureau zur Bekämpfung der Pest beim Minister des Innern telegraphisch darum nachgesucht, dass Odessa für pestfrei, aber pestbedroht erklärt werde, und dass alle gegen die Pest getroffenen Massnahmen noch eine Zeitlang in Kraft bleiben.

— **An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg** in der Woche vom 19. bis zum 25. Sept. 1910 495 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 35, Typh. exanth. 1, Febris recurrens 0, **Pocken** 17, Windpocken 10, Masern 22, Scharlach 92, Diphtherie 86, **Cholera** 84, acut. Magen-Darmkatarrh 80, an anderen Infectionskrankheiten 68.

— **Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg** betrug in derselben Woche 703 + 48 Totgeborene + 45 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 8, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 0, **Pocken** 11, Masern 7, Scharlach 17, Diphtherie 14, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 36, katarrhalische Pneumonie 64, Erysipelas 6, Influenza 7, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 76, Tuberculose anderer Organe 16, Dysenterie 2, Gastroent. epidem. 0, **Cholera** 27, Magen-Darmkatarrh 32, andere Magen- und Darmerkrankungen 27, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 53, Marasmus senilis 20, andere Todesursachen 252.

— **Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern** betrug bis zum 25. Sept. 1910 12573. Darunter Typhus abdominalis 241, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 11, Scharlach 292, Masern 26, Diphtherie 261, **Pocken** 56, Windpocken 5, **Cholera** 270, acut. Magen-Darmkatarrh 85, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 76, Tuberculose 579, Influenza 147, Erysipel 128, Keuchhusten 8, Dysenterie 1, Hautkrankheiten 45, Lepra 0, Syphilis 568, venerische Krankheiten 425, acute Erkrankungen 2126, chronische Krankheiten 1761, chirurgische Krankheiten 1596, Geisteskrankheiten 3425, gynäkologische Krankheiten 287, Krankheiten des Wochenbetts 74, verschiedene andere Krankheiten 78.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 28. Sept. in Odessa Dr. **E. Tomaschewskij**, geb. 1837, approb. 1860. 2) In Lochowzy (Gouv. Lublin) Dr. **F. Glogowskij**, geb. 1829, approb. 1854. 3) In Kischinew Dr. **A. Schabad** im Alter von 57 Jahren. 4) In Strassburg Dr. **J. Forster**, Professor und Director des Instituts für Hygiene und Bakteriologie an der dortigen Universität, im Alter von 66 Jahren. 5) Dr. **G. Baumgarten**, Professor der Therapie an der Washington University in Saint-Louis.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Oct. 1910.

Tagesordnung: **Fuhrmann**: Zur Casuistik der Hydronephrose im Säuglingsalter (Demonstration des Präparats).

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 25. Oct. 1910.

Tagesordnung: **Heyking**: Das Trauma als ätiologisches Moment der Appendicitis.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

P. **Ehrlich** und S. **Hata**. Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen. Mit Beiträgen von H. J. **Nichols** — New-York, J. **Iversen** — St. Petersburg, **Ritter** — Kairo und **Dreyer** — Kairo. Berlin, 1910. Julius Springer. Preis Mk. 6. —

G. **Jaeger**. Die Homöopathie. Separatabdruck aus «Oesterreichische Monatsschrift für Tierheilkunde» und «Revue für Tierheilkunde und Tierzucht».

Th. **Raynal**. Comment restreindre le nombre des accidents survenant par l'emploi des médicaments anésthésiques. Marseille. 1910.

W. **Lamann**. Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems. Sonderabdruck aus «Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie».

H. **Higier**. Die die Neubildungen des Centralnervensystems simulierenden Krankheitszustände. Leipzig, 1910 J. A. Barth. Preis Mk. 0,75.

В. П. **Жуковскій**. Къ вопросу о ранней дѣтской смертности въ С.-Петербургѣ и о мѣрахъ борьбы съ нею. Отдѣльный оттискъ изъ „Врачебной газеты". № 24. 1910.

С. В. **Коршунъ** и В. П. **Недригайловъ**. Бактеріологическій Институтъ Харьковскаго Медицинскаго Общества. Отчетъ за 1909-ый годъ.

J. **Rivière**. Cytolyse alto-fréqnente et Fulguration du Cancer. Alger, 1909.

A. **Robin**. Thérapeutique usuelle du praticien. Paris 1910. Vigot Frères. Preis 8 Fr.

H. **Vierordt**. Percussion und Auscultation. Tübingen 1910. H. Laupp. Preis Mk. 2.40.

H. **Klose** und H. **Vogt**. Klinik und Biologie der Thymusdrüse. Tübingen. 1910. H. Laupp. Preis Mk. 12.—

G. **Hirth**. Der elektrochemische Betrieb der Organismen und die Salzlösung als Elektrolyt. München. 1910. G. Hirth.

J. **Cemach**. Differential-diagnostische Tabellen der inneren Krankheiten. München. 1910. J. Lehmann. Pr. Mk. 3.—

H. **Helferich**. Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen. München. 1910. J. Lehmann. Pr. Mk. 14.—

N. **Gierlich**. Symptomatologie und Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube. Halle a. S. 1910. C. Marhold. Preis Mk. 1.—

A. **Vossius**. Die Hämophilie in der Augenheilkunde nebst Bemerkungen zur Durchblutung der Hornhaut. Halle a. S. 1910. C. Marhold. Preis Mk. 0,75.

A. **Schittenhelm** und J. **Schmid**. Die Gicht und ihre diätetische Therapie. Halle a. S. 1910. C. Marhold. Preis Mk. 1.—

J. **Bresler**. Die Syphilisbehandlung mit dem **Ehrlich-Hataschen** Mittel. Halle a. S. 1910. C. Marhold.

R. **Bauer**. Lues und innere Medicin. Leipzig und Wien. 1910. F. Deuticke. Preis Mk. 2.50.

S. **Freud**. Eine Kindheitserinnerung des **Leonardo da Vinci**. Leipzig und Wien. 1910. F. Deuticke. Preis Mk. 2.50.

E. **Bleuler** und S. **Freud**. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. II. Band. Leipzig und Wien. 1910. F. Deuticke. Preis Mk. 8.—

F. **Penzoldt** und R. **Stintzing**. Handbuch der gesamten Therapie. 13, 14. und 15. Lieferung. Jena 1910. G. Fischer. Preis Mk. 4,50.

J. **Prescher** und V. **Rabs**. Bakteriologisch-chemisches Practicum. Würzburg. 1910. C. Kabitzsch. Preis Mk. 5.50.

W. **Weichardt**. Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung. V. Bd. 1909. Stuttgart. 1910. F. Enke. Preis geb. Mk. 21.—

L. v. **Korczynski**. Therapeutische Erfahrungen mit dem **Ehrlich-Hataschen** Arsenpräparate bei Erkrankungen innerer Organe syphilitischen Ursprungs. Separatabdruck aus der «Oesterreichischen Aerzte Zeitung».

M. **Jacoby**. Einführung in die experimentelle Therapie. Berlin. 1910. J. Springer.

G. **Hochstetter** und G. **Zehden**. Mit Hörrohr und Spritze. Berlin. 1910. Verlag der «Lustigen Blätter». Prs. Mk. 3.—.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga. **Dr. Franz Dörbeck.** St. Petersburg.

№ 43 St. Petersburg, den 23. October (5. Nov.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Die Behandlung der acuten Appendicitis.

Vortrag, gehalten auf dem II. kurländischen Aerztetage in Libau, am 29. Mai 1910 in wesentl. verkürzter Form.

Von

Dr. Oskar Brehm.

M. H.! Wenn heute ein Chirurg über die Behandlung der acuten Appendicitis spricht, so spricht er über die Frühoperation. Das ist schon so oft und viel geschehen, dass man fragen möchte: wozu denn immer wieder? haben sich die Chirurgen denn immer noch nicht einigen können? Daran liegt es weniger, die Chirurgen haben im ganzen doch ziemlich einheitlich zur Frage Stellung genommen, wie das auf den verschiedenen Congressen der letzten Jahre zum Ausdruck gelangt. Die Schwierigkeit liegt vielmehr darin, dass es nicht gelingen will, eine befriedigende Verständigung zwischen Chirurgen und Internisten herbeizuführen, ohne welche die Frage schwerlich gelöst werden kann. Der Chirurg kann seine Ueberzeugung nicht praktisch verwerten und belegen, wenn die Aerzte ihm das Krankenmaterial vorenthalten. Das Publicum wird durch die ewigen widersprechenden Schlagworte „zu spät operiert" einerseits und „unnütz operiert" von der anderen Seite nur verwirrt und aufgeregt — nicht zum Besten der Sache. Dass der praktische Arzt in der Appendicitisbehandlung den Chirurgen braucht, wird wohl keiner in Zweifel ziehen, daher wird er auch nicht umhin können, mit den Anschauungen des Chirurgen zu rechnen und sie kennen zu lernen. Ich habe es mir zur Aufgabe gemacht, die heute unter den Chirurgen geltenden Anschauungen über die beste Therapie der acuten Appendicitis hier zum Ausdruck zu bringen, ganz besonders möchte ich dabei unsere baltischen Chirurgen zu Worte kommen lassen. Ich halte das für sehr wichtig. Wie ein deutscher oder französischer Chirurgencongress sich zu der Frage gestellt hat, darüber lässt sich theoretisch debattieren, im concreten Fall, am Krankenbett, kommt es auf die Ueberzeugung des anwesenden Chirurgen an, und es ist gut, wenn der praktische Arzt sie kennt. Ich habe an die mir bekannten Chirurgen unseres Landes, soweit dieselben nicht hier anwesend sind, Fragebogen geschickt, in denen ich die m. A. n. wichtigsten Punkte zusammengestellt habe; die meisten der Herren haben mir in liebenswürdigster Weise geantwortet, wofür ich ihnen an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank ausspreche. Ich werde also im Namen und Sinne der Mehrzahl unserer baltischen Chirurgen sprechen können, und hoffe, dass gerade die Herren internen Collegen sich recht eifrig an der Discussion beteiligen werden, damit wir sehen, wie gross die Kluft zwischen den Anschauungen ist, was die Herren für Einwände ins Feld zu führen haben, und ob eine Verständigung nicht doch möglich ist.

Fragen wir zunächst, welche Gründe die Chirurgen dazu geführt haben, die consequente Frühoperation zu empfehlen, so sehen wir, dass es sich hier keineswegs um eine unmotiviert und unnütz aufgetauchte Laune der operationslustigen modernen Chirurgie handelt, die Frühoperation der Appendicitis ist der letzte consequente, logisch notwendige Schritt der Chirurgie in ihrem jahrzehntelangen, mühevollen Kampf gegen diese Krankheit. Vor 25 Jahren galt es noch als unumstössliches Axiom, eine acute Appendicitis nicht anzurühren, allenfalls wurde hier und da einmal ein besonders drohender Abscess dem Chirurgen zur Eröffnung überwiesen, wer Peritonitis bekam, musste fast immer sterben, und nicht wenige bekamen Peritonitis. Die trostlose symptomatische Therapie konnte nicht befriedigen, und nachdem man erst erkannt hatte, dass der Sitz der Krankheit nicht das Typhlon ist, sondern die Appendix, suchte man letztere zu eliminieren, man gelangte zur Operation im Intervall. Dieser rein prophylactische Eingriff ist der erste Versuch einer wirklich causalen, das Uebel selbst anpackenden Therapie. Trotz jahrelangen, heftigen Widerspruchs drang die Intervalloperation durch, und wer heute noch dran zweifelt, dass durch sie Tausende von Menschenleben vor späterem Untergang an

Peritonitis bewahrt geblieben sind, der ist ein Eigensinn, dem überhaupt nicht zu helfen ist. Dass von unwissenden resp. gewissenlosen Chirurgen mit der Operation Missbrauch getrieben worden ist, dass so manche arme Hysterische unnütz ihres harmlosen Wurmes beraubt worden ist, das ändert an der Tatsache nichts. Der acute Anfall aber war und blieb einstweilen eine Domäne der Internisten. Erst die immer gleich trostlosen Erfahrungen bei der Behandlung der Peritonitis in ihren späten Stadien und einige glückliche Erfolge bei früher Inangriffnahme derselben führten mit Notwendigkeit auf den Gedanken, die schweren Fälle, bei denen eine Peritonitis drohte, früh zu operieren. Damit war das alte Axiom von dem Noli tangere des acuten Anfalls gebrochen, man fing an, den bösartig beginnenden Fällen derb zu Leibe zu gehen, und seit dieser Zeit erst wurde es möglich, die pathologische Anatomie der Krankheit in ihren frühen Stadien zu studieren und sie in ihrer ganzen Bösartigkeit und Tücke zu erkennen. Es stellte sich nämlich heraus, dass man auch beim aufmerksamsten Beobachten und Warten auf die „allarmierenden Symptome" „mit dem Messer in der Hand" doch oft genug schon viel zu spät kommt, mit einem Wort, dass man nicht imstande ist, klinisch die drohende Gefahr rechtzeitig zu erkennen. Die logische Consequenz dieser Erkenntnis konnte nur die sein: da wir den Zeitpunkt nicht feststellen können, in welchem aus einem leichten ein schwerer Anfall wird, so warten wir überhaupt nicht erst auf diesen Zeitpunkt, sondern kommen ihm zuvor, indem wir jeden Fall früh operieren. Das war die Frühoperation, wie sie zuerst von amerikanischen Chirurgen ausgeführt wurde, jetzt aber wohl von der Mehrzahl aller Chirurgen geübt wird. Die internen Collegen sind den Chirurgen auf diesem logischen consequenten Wege nur zögernd gefolgt. Zögernd haben sie zuerst die reifen Abscesse ausgeliefert, es hat lange gedauert, bis sie die Intervalloperation anerkannten, für eine consequente Frühoperation treten jetzt erst sehr wenige ein. Die grosse Mehrzahl steht wohl heute auf dem sogenannten individualisierenden Standpunkt, der es versucht, nach Möglichkeit conservativ zu behandeln, beim Auftreten allarmierender Symptome aber den Chirurgen hinzuzuziehen.

Diese reservierte Haltung der Internisten ist durchaus begreiflich, dem Therapeuten muss es widerstreben, einen Kranken zur Laparotomie zu schicken, von dem er die Ueberzeugung hat, dass er auch ohne Operation gesund werden kann, es befriedigt seine ärztliche Kritik nicht ohne zureichende objective Begründung, nur quasi zur Sicherheit eine so ernste Indication zu stellen, es erscheint ihm frivol, einem Menschen mit notorisch leichter Atacke eine Operation zu proponieren, an der er sterben kann, denn jede Laparotomie, auch die leichteste hat ihre Mortalitätsprocente. — Aber hat die Operation im Intervall nicht auch ihre Todesfälle? Hat nicht sogar die einfache Radicaloperation der freien Brüche ihre Todesfälle? Und da befinden sich doch die Menschen erst recht nicht in Lebensgefahr, der acute Appendicitisanfall hingegen bedeutet stets eine Gefahr, das kann nicht geleugnet werden. Um diese Einwände zu widerlegen, müsste ich auf die Frage der Diagnose eingehen, ob und wieweit es möglich ist, aus dem klinischen Bilde das pathologisch-anatomische im gegebenen Moment zu construieren. Diesen Teil der Frage hat Herr Tantzscher übernommen, und ich kann nicht darauf eingehen. Ich möchte nur kurz einen überaus instructiven Fall skizzieren, um zu zeigen, was man in dieser Beziehung erleben kann.

Ich wurde zu einem Patienten am Ende des 1. Krankheitstages gerufen. Er war unter unbedeutenden Temperatursteigerungen mit Schmerzen im rechten Unterleibe erkrankt, der College Rappeport hatte ihn gleich zu Beginn des Anfalls gesehen und ihm die sofortige Operation proponiert, obwohl der Anfall ganz leicht schien. Auch jetzt war der Leib weich, die Temperatur 37,5, der Puls gut, die Schmerzen mässig. Trotzdem schlug auch ich die Operation vor. Pat. lehnte ab. Am folgenden Morgen sah ich ihn in Gemeinschaft mit Dr. Rappeport wieder, das Bild war kaum verändert, bis auf localen Druckschmerz und leichte Temperatursteigerung lag nichts «allarmierendes» vor, es war das typische Bild eines «leichten Anfalls». Eine halbe Stunde später plötzlich Schüttelfrost, colossale Schmerzen im ganzen Leibe, Temperatur 40,0, Puls 160, bretthart gespannter Leib, Erbrechen. Bei der sofort ausgeführten Laparotomie fand ich totale Gangrän des frei in die Bauchhöhle hängenden Wurmes, ein Kotstein fehlte.

Ich halte es für sehr unwahrscheinlich, dass diese hochgradige anatomische Veränderung, totale Gangrän aller Wandschichten, so schnell vor sich gehen konnte. Als wir untersuchten, haben sicherlich schon schwere destructive Processe am Wurm vorgelegen, wir fanden sie nur nicht, denn sie machten noch keine „allarmierenden Symptome". Diese Symptome traten erst ein, als die Gangrän auch die Serosa ergriff und die Bauchhöhle inficiert wurde, die Gangrän war nicht zu diagnosticieren, sondern erst die peritoneale Infection. Der Allarm kam zu spät, denn dass der Kranke doch noch gerettet wurde, beweist nur, dass das Bauchfell sehr viel verträgt, bei sehr virulenter Infection wäre es ev. zu spät gewesen. Der Fall wurde wohl frühzeitig operiert, nämlich 36 Stunden nach Beginn des Anfalls, von einer Frühoperation kann man nicht mehr sprechen, denn es gehört zum Begriff und Wesen der Frühoperation, dass sie solchen schlimmen Complicationen wie Gangrän und Perforation zuvorkommt. Es kommt darauf heraus, dass die „allarmierenden Symptome" uns meist nur sagen, dass das Unglück schon geschehen ist.

Die beliebteste Waffe der inneren Medicin gegen die Frühoperation ist die Statistik, — ein unglückliches Argument! Mit Hilfe der Statistik lässt sich ja bekanntlich alles beweisen, und das ist hinsichtlich der Appendicitis wirklich nicht übertrieben, es gibt Chirurgen, die statistisch beweisen, dass ihre operative Behandlung O Procent Mortalität ergebe, während nach ihrer Behauptung dem Internisten jeder dritte Fall zu Grunde gehe, — dann kommt gleich ein Internist und beweist genau des Umgekehrte. Es ist nicht einmal möglich, mit Sicherheit festzustellen, wie viele Menschen überhaupt der Appendicitis zum Opfer fallen, es gibt da die lächerlichsten Widersprüche: Renvers berechnete im ganzen 4% Mortalität, Lloyd dagegen 53%, — das eine wie das andere ist sicher unrichtig. Nach Sprengels Ansicht dürfte die Gesamtmortalität etwa 10—14% betragen, und ich glaube, dass damit das Richtige getroffen sein dürfte. Mein Material an Appendicitisfällen, conservativ und operativ behandelten, umfasst 143 Fälle: von diesen sind 14 gestorben, also 9,8%. Dieses Material umfasst Fälle, die nach den verschiedensten Principien behandelt waren und kann somit vielleicht ganz gut für die Berechnung einer Gesamtmortalität Verwendung finden. Gerade die conservativ behandelten Fälle befanden sich nur zum kleinsten Teil direct und dauernd in meiner Behandlung, auf die Mehrzahl hatte ich als Consultant nur vorübergehend Einfluss. Ein ganz vergebliches Bemühen ist es aber, mit Hilfe der Statistik ausrechnen zu wollen, ob die conservative oder operative Behandlung bessere Resultate ergibt, der Grund liegt auf der Hand: es gibt gegenwärtig eben keine rein conservative Therapie der Appendicitis mehr, wie es früher keine rein operative gab. Der Chirurg bekommt zur Operation stets eine Auslese schwerer Fälle, namentlich in den Krankenhäusern. Früher, als nur die fertigen Abscesse und die hoffnungslose Peritonitis zur Operation geschickt wurden, war z. B. im Rigaschen Stadtkrankenhause die Mortalität unter den im Anfall

Operierten enorm hoch, sie betrug auf 134 Fälle 35%, doch waren darunter 32 hoffnungslose Peritonitisfälle, die alle starben. Das war in den Jahren 1894—1903. Ich berechnete dann das Material von 1903—1904, wo wir anfingen, früher zu operieren; da sind die Zahlen schon erheblich günstiger, und ich bin überzeugt, dass sie es jetzt in noch höherem Masse sein werden. Von 47 im Anfall operierten Kranken meines Materials hatten 37, d. h. 80% Perforation resp. Gangrän, 7 hatten eine diffuse eitrige Peritonitis, ein Verhältnis, welches ein ganz schiefes Bild der Krankheit ergibt, denn mindestens die Hälfte aller Appendicitiserkrankungen ist sicherlich eine leichte. — Die leichten Fälle bekommen wir eben nicht zur Operation. Wollte man wirklich von der Statistik die Antwort haben, ob die consequente Frühoperation oder die conservative Therapie mehr leistet, so wäre das nur so möglich, dass man eine gleich grosse Anzahl von Fällen ohne Ausnahme conservativ behandelt und eine gleich grosse ohne Ausnahme früh operiert. Die später auf dringende Indicationen hin operierten Fälle, die erfahrungsgemäss eine hohe Sterblichkeit aufweisen, sind nicht der operativen Behandlung auf die Rechnung zu setzen, sondern der conservativen, denn, wie Sprengel ganz richtig sagt, entscheidet sich das Schicksal des Appendicitiskranken in den ersten Tagen, oft schon am ersten Tage, auf diese Entscheidung kommt es an, erwartet man sie, — so hat man eben conservativ behandelt. Was heute lediglich mit einander concurriert, ist die sogenannte individualisierende Methode und die consequente Frühoperation.

Was tut nun die individualisierende Methode? Sie stellt es dem subjectiven Ermessen des Arztes anheim, zu bestimmen, ob und wann operiert werden soll, sie sucht, die leichten Fälle ohne Operation über den Anfall hinwegzubringen, und will die schweren rechtzeitig dem Chirurgen überweisen. Daraus folgt, dass ein solcher Arzt von vornherein die Verantwortung übernimmt für den ganzen weiteren Verlauf der Krankheit, dass also ein Fall, der z. B. leicht begonnen hat, am 3. Tage plötzlich Peritonitis bekommt und trotz Operation zu Grunde geht, dieser individualisierenden Methode und ihrer Statistik zur Last fällt. Der Frühoperateur dagegen übernimmt die Verantwortung nur, falls sofort operiert wird. Nach diesem einzig logischen Gesichtspunkt aufgestellte und in Vergleich gebrachte Statistiken existieren m. W. nicht. Sonst sind alle statistischen Aufstellungen, namentlich bei kleinen Zahlenreihen, völlig wertlos. Nur soviel geht mit völliger Klarheit aus den Statistiken der operativen Behandlung hervor: je später man operiert, um so mehr Menschen sterben, der erste Tag ist günstiger als der zweite, dieser viel günstiger als der dritte. Wie sollte es anders sein? Tritt doch erfahrungsgemäss die Complication, welche die meisten Appendicitiskranken dahinrafft, die Peritonitis am häufigsten am 2. und 3. Tage auf. Die in der Literatur häufiger und zahlreicher werdenden Mitteilungen über grosse Reihen von Frühoperationen geben jedenfalls ausgezeichnete Resultate an, da sind allerdings nicht nur die schweren Fälle drin, sondern alles; die Mortalität schwankt zwischen 0 und 7%. Die deutschen Chirurgen haben sich auf dem diesjährigen Chirurgencongress fast einstimmig und mit grösstem Nachdruck für die consequente Frühoperation ausgesprochen, nur Sonnenburg blieb seinem individualisierenden Standpunkt treu. Zu dieser imponierend einmütigen Stellungnahme ist die deutsche Chirurgie erst nach einem 10 Jahre lang erbittert geführten Kampfe gelangt, und dadurch erscheint es um so bedeutungsvoller. Auf dem Congress 1901 standen die Vertreter und Vorkämpfer der Frühoperation, Sprengel, Rehn und Riedel fast ganz isoliert, heftig angegriffen und zurückgewiesen. Der Congress 1902 brachte einige neue Anhänger. 1903 war die Stimmung schon unbedingt günstiger, und das Jahr 1905 brachte einen entscheidenden Sieg, denn es fanden sich nur noch wenige Gegner. Die Erfahrungen, um diesen Sieg zu belegen, sind dann in den letzten 5 Jahren gesammelt worden und ergaben dann auf dem diesjährigen Congress das obenerwähnte eindeutige Resultat. Was unsere engere Heimat, die baltischen Provinzen anbetrifft, so hat unsere Chirurgie sich von jeher an Deutschland angelehnt und sie ist auch in der Frage der Frühoperation nicht zurückgeblieben. Am frühesten und energischsten sind bei uns für die Frühoperation v. Bergmann und Klemm eingetreten. Im Jahre 1892 auf dem IV. Livl. Aerztetage trat v. Bergmann für die möglichst frühzeitige Eröffnung der perityphlitischen Abscesse ein und konnte auch schon über Intervalloperationen berichten. 1895 auf dem VII. Livl. Aerztetage ging Klemm schon weiter, indem er sofortiges Eingreifen „bei allarmierenden Symptomen" verlangte auch ohne den Nachweis eines Eiterdepots, indem er darauf hinwies, dass diese noch lange nicht die schlimmsten Vorkommnisse seien, „dass sich gewisse Vorgänge im Wurmfortsatz abspielen, die für das Individuum Gefahren mit sich bringen, und die es wünschenswert erscheinen lassen, durch eine Operation den Krankheitsverlauf zu beeinflussen. Wir sollen natürlich nicht von vorneherein darauf ausgehen, Frühoperationen zu machen, wohl aber sollten wir unser ganzes Augenmerk auf die Entwicklung des Symptomencomplexes richten, um sofort bei allarmierendem Charakter der Symptome eingreifen zu können". — Aehnlich äusserte sich v. Bergmann, der den Lennanderschen Standpunkt vertrat, bei jeder Abweichung des Krankheitsbildes von der Norm den Eingriff zu discutieren. Auch Zöge v. Manteuffel ist der Ansicht, dass die conservative Behandlung nicht solche Erfolge aufweisen könne wie Lennander, und wies auf die wesentliche Förderung der pathologischen Anatomie durch das frühe Operieren hin. Anders sprach die Ansicht aus, dass die Lösung der Frage eines erfolgreichen therapeutischen Verfahrens bei der Appendicitis sicher dem operativen Vorgehen angehöre, der späte operative Eingriff involviere die Gefahren, — nicht der frühe. — Das Jahr 1900 brachte auf dem Livl. Aerztetage wieder Vorträge von Zöge v. Manteuffel, Klemm und Brützer (als Assistent v. Bergmanns), an welche sich lebhafte Discussionen schlossen, doch drehten sich dieselben hauptsächlich um die Intervalloperation, während für die Operation im Anfall nichts Neues zu Tage gefördert wurde. Im Jahre 1902 auf dem XIV. Livl. Aerztetage trat Bornhaupt als Assistent v. Bergmanns für die Frühoperation bei allen schwer einsetzenden Fällen von Appendicitis ein. Im selben Jahr erklärte sich Zoege v. Manteuffel in der med. Ges. zu Dorpat als Gegner der Frühoperation, empfahl die exspectative Behandlung und liess die Operation nur gelten bei sicher diagnosticiertem Abscess und allen Fällen von jauchiger, schwerer Peritonitis. — Im Jahre 1904 auf dem XVII Livl. Aerztetage habe ich als Assistent v. Bergmanns die consequente Frühoperation für alle Fälle verlangt. 1905 bekennt sich Klemm in einer ausgezeichneten Arbeit rückhaltslos als Anhänger der Frühoperation. Die internen Collegen haben auch bei uns der operativen Behandlung gegenüber einen kritischen, z. T. direct ablehnenden Standpunkt eingenommen, wie das aus den Protocollen der ärztlichen Gesellschaften und namentlich der Livländischen Aerztetage hervorgeht. Nur einer hat schon früh volles Verständnis für die chirurgischen Bestrebungen gezeigt. Als vor 18 Jahren v. Bergmann die ungesäumte Operation aller perityphlitischen Abscesse verlangte und über seine ersten Intervalloperationen berichtete, gab Hampeln, ihm recht und prophezeihte der damals in den Kin-

derschuhen steckenden Intervalloperation eine glänzende Zukunft. Als vor 8 Jahren Bornhaupt die Frühoperation für alle schweren Fälle proponierte, bestätigte Hampeln das, wobei er auf die schlechten Resultate der Spätoperation hinwies. Die consequente Frühoperation für alle Fälle wollte er, ebenso wie Bornhaupt, noch ablehnen, obwohl er zugab, dass dieselbe sehr viel Bestechendes habe im Hinblick auf die Unmöglichkeit, den Verlauf eines Anfalls zu prognosticieren. Seitdem sind 8 Jahre vergangen, und jetzt kann ich wohl auf Grund der Antworten, die ich von den meisten unserer Chirurgen erhalten habe, behaupten, dass mit vielleicht einigen wenigen Ausnahmen unsere Chirurgen überzeugte Anhänger der consequenten Frühoperation sind; auch ist mir hier kein Fall bekannt, dass einer Grund gefunden hätte, die Frühoperation wieder aufzugeben. Nur die Ansichten darüber, was als Frühstadium aufzufassen sei, resp. wie weit der Begriff zeitlich auszudehnen sei, sind etwas verschieden. Es ist nicht richtig, sich da an eine bestimmte Stundenzahl zu klammern, das Wesen der Frühoperation besteht darin, die Appendicitis in ihrem relativ ungefährlichen Frühstadium anzugreifen, wo der Process noch auf den Wurm beschränkt, dieser noch nicht mit seiner Umgebung verlötet ist. Dieses Frühstadium dauert nun aber sehr verschieden lange, es kann einige Stunden, es kann auch 3 Tage dauern. Nach meinen Erfahrungen dauert es aber wohl selten länger als 24 Stunden, so dass ich die Frühoperation als Methode der Wahl für alle Fälle, auch die leichten nur auf den ersten Tag beschränken möchte, und zwar nicht in dem Sinne, als ob man ruhig 23 Stunden warten könnte, sondern man soll sofort nach sicher gestellter Diagnose operieren, so früh als nur irgend möglich. In diesem Stadium sind die Resultate ausgezeichnet, leider haben wir so selten Gelegenheit, so früh einzugreifen. Am zweiten Tage habe ich sehr oft schon ganz andere Verhältnisse gefunden, welche die Technik bedeutend erschweren und die Prognose trüben, wir haben da oft schon das sogenannte Intermediärstadium, wo der Wurm schon ziemlich fest eingelötet ist, der ganze Process sich localisiert hat, so dass der Eingriff dann geradezu als Störung erscheint. Eine grosse Anzahl von Autoren warnt immer wieder vor dem Eingriff im Intermediärstadium, man erlebt Todesfälle trotz geringer Veränderungen am Wurm. Das Schlimme ist nun aber, dass der Chirurg am häufigsten, ich möchte sagen, fast immer nicht am ersten, sondern am zweiten, dritten oder vierten Tage geholt wird und nun die Entscheidung treffen soll; auf diese Tage fallen gerade die zweideutigsten, unsichersten Bilder, bei denen alle Sorgfalt, Aufmerksamkeit und Erfahrung uns im Stiche lassen können. Oft genug wird ja das klinische Bild uns auch in diesem Stadium zur Operation zwingen, aber dann machen wir eben keine Frühoperation mehr, sondern die Spätoperation mit all' ihren Gefahren und Unannehmlichkeiten. Was dabei das Unangenehmste ist: wir finden bei der Operation gelegentlich nicht die Veränderungen, die nach dem klinischen Bilde zu erwarten waren, sondern relativ leichte, den Wurm katarrhalisch entzündet, fest eingelötet, vielleicht ein Tröpfchen Eiter, gut abgekapselt. Wenn ein solcher Fall zu Grunde geht, so werden wir die Empfindung nicht los, dass wir durch den Eingriff geschadet haben, indem wir den bereits localisierten Process gestört und infectiöses Material mobil gemacht haben, — wir haben eben nicht die Möglichkeit, aus dem klinischen Bilde das anatomische zu erschliessen, und solange wir nicht wirklich früh allen Fällen zu Leibe gehen können, werden solche Opfer unvermeidlich sein.

Wenn ich auch überzeugt bin, dass die rationellste Methode zur Bekämpfung der Appendicitis die Frühoperation ist, so will ich die anderen Methoden nicht vernachlässigen. Wir können nicht immer früh operieren, sei es, dass wir zu spät gerufen werden, sei es, dass der Patient nicht will oder ein Chirurg nicht zu haben ist. Da tritt die conservative Behandlung in ihre Rechte, und so einfach dieselbe auf den ersten Blick zu sein scheint, so unglaublich wird dagegen gesündigt, und zwar nicht nur vom Laienpublicum, sondern auch von Aerzten. Wie oft werden Abführmittel gegeben, obwohl schon ausgesprochene peritonitische Reizerscheinungen vorliegen; hilft das Ricinus nicht, so muss das Calomel oder Wiener Tränkchen heran. Es ist leider ein Chirurg gewesen, der das aus der Appendicitisbehandlung schon fast ganz ausgeschaltete Ol. ricini wieder empfohlen hat, — allerdings mit allerlei Vorbehalt und Clauseln, — wer achtete darauf: Sonnenburgs Autorität hat das Ricinusöl erlaubt und empfohlen, wer kann was dagegen sagen?! Dieser Schritt Sonnenburgs war leichtsinnig und im höchsten Grade verhängnisvoll, es hat nichts geholfen, dass er nachher, als er sah, was er heraufbeschworen hatte, sich immer mehr reservierte und verclausulierte, bis er auf dem diesjährigen Chirurgencongress so weit ging zu behaupten, er habe das Mittel eigentlich nie zu therapeutischen Zwecken empfohlen, sondern zu diagnostischen, resp. um seine Diagnose zu controllieren, er gebe es aber nur, wo er einen notorisch leichten Anfall diagnosticiert habe, da schade es nicht, bei schweren Fällen schade es hingegen. — das heisst doch mit anderen Worten: nur wer so fein und haarscharf die gutartigen von den bösartigen Fällen zu unterscheiden versteht, wie Herr Sonnenburg, darf es sich erlauben, in den leichten Fällen Oel zu geben, um dann mit Genugtuung zu constatieren, dass es nicht geschadet hat. Was Sonnenburg mit seiner Empfehlung eigentlich wollte, lasse ich dahingestellt. was er erreichte, ist eine unheilvolle Verwirrung. Die beste conservative Therapie besteht in absoluter *Ruhe* in Rückenlage, in den ersten Tagen Abstinenz, Application von Kälte resp. Wärme; ob letzteres durch ein Thermophor oder den Priessnitz geschieht, ist ziemlich belanglos. Ebenso ist es Geschmacksache, ob man die Schmerzen durch Morphium, Belladonna oder kleine Opiumgaben bekämpft, ich ziehe, wie die meisten Chirurgen, das Morphium vor, doch liegt kein Grund vor, eine Kabinettfrage daraus zu machen. Endlich gehört m. E. zur Vervollständigung der conservativen Therapie des acuten Anfalls noch die Empfehlung der Operation im Intervall. Ob der Patient darauf eingeht. ist seine Sache, der behandelnde Arzt hat jedenfalls die Pflicht, ihn auf die Gefahr eines Recidivs aufmerksam zu machen und ihm zu sagen, dass und wie er es vermeiden könne. Es ist grausam und gänzlich nutzlos, die Patienten, namentlich Kinder, Monate hindurch mit diätetischen Curen und allerlei Bewegungsverboten zu quälen, um etwaige Recidive zu vermeiden.

M. H.! Ich möchte noch einmal folgendes hervorheben: der Arzt, der früh ans Bett des Appendicitiskranken gerufen wird, trägt, so wie die Dinge jetzt nun einmal liegen, die volle Verantwortung für den Verlauf der Krankheit, — entschliesst er sich zur Operation, so muss der Chirurg die Verantwortung übernehmen, wartet er ab und sieht sich nachher doch gezwungen, zur Operation zu raten, so muss er auch die Verantwortung für den Erfolg tragen. Traurige Ausgänge sind nun einmal nicht ganz zu vermeiden trotz frühzeitiger Operation, aber ich muss gestehen, dass mich ein solcher Todesfall lange nicht so drücken würde, wie eine Unterlassungssünde, wo ich mir sagen muss: hättest Du gestern operiert, so wäre der Patient wahrscheinlich durchgekommen, Du hast Hazard gespielt und hast verloren. Kümmel sagte in diesem Jahr auf dem Congress: „Es gehört wirklich ein ganz verzweifelter Mut dazu, bei einer schweren Appendicitis die für die Operation gün-

stigste Zeit verstreichen zu lassen, und ich muss gestehen, dass ich diesen Mut nicht habe". Wie oft hört man die Aerzte sagen: Gott weiss, ich habe doch in meiner Praxis auch eine ganze Menge Appendicitisfälle behandelt, ich habe nur gute Erfahrungen gemacht, ich habe Todesfälle nicht gesehen, man sieht auch die schwersten Anfälle ohne Operation heilen. — Dagegen ist natürlich nichts zu sagen, leider ist dadurch die betrübende Tatsache, dass doch im Jahr in Stadt und Land eine ganze Reihe von Menschen der Appendicitis erliegt, und zwar ebenso ohne wie mit der Operation, nicht aus der Welt zu schaffen. Ich muss dabei immer an jenen Engländer denken, der ein dickleibiges Buch schrieb „Ueber die Harmlosigkeit des Tigers". Nachdem er auf 1000 Seiten genau bewiesen hat, was für ein guter harmloser Kumpan der Tiger eigentlich sei, schliesst er sein Buch mit den denkwürdigen Worten: „Immerhin ist das Gerücht, dass der Tiger bisweilen Menschen frisst, schwer zu widerlegen".

Zum Schluss füge ich noch die Antworten, die ich auf meine Fragebogen von den Collegen erhalten habe, hinzu. Dieselben sind natürlich in dieser prägnanten Kürze nicht als den Gegenstand erschöpfende Anschauungen der betr. Autoren aufzufassen, sondern als knappe, eindeutige Meinungsäusserung ihrer Stellungnahme zu den wichtigsten Streitpunkten. Der Fragebogen lautete:

1. Sind Sie ein Anhänger der Frühoperation für alle Fälle oder nur für die notorisch schweren?
2. Wie lange rechnen Sie das Frühstadium, in welchem die Chancen für die Technik und Prognose noch günstig sind; oder ziehen Sie überhaupt keine Grenze, sondern operieren in jedem Stadium?
3. Halten Sie es für möglich, im acuten Anfall eine präcise (anatomische) Diagnose und Prognose zu stellen?
4. Welche Therapie halten Sie für richtig, falls aus irgend einem Grunde nicht operiert wird?
5. Proponieren Sie principiell die Operation im Intervall, gleichviel ob ein oder mehrere Atacken gewesen sind, ob dieselben leicht oder schwer waren?
6. Sind Sie der Ansicht, dass die Frühoperation der Intervalloperation ebenbürtig, resp. ihr überlegen ist?
a) hinsichtlich der Mortalität?
b) hinsichtlich der Herniengefahr?

Ich erhielt folgende Antworten:

Dr. P. Klemm-Riga:

«Ich bin absoluter Anhänger der Frühoperation. Meiner Ansicht nach lässt sich der Begriff «Frühoperation» nicht zeitlich, sondern nur anatomisch bestimmen. Ist der Process nur auf die Appendix begrenzt, so kann eine Frühoperation auch noch nach Tagen ausgeführt werden, in anderen Fällen haben wir schon nach 24 Stunden oder sogar noch früher eine Perforation mit Erguss, so dass es da wohl eine frühe Operation, jedoch keine Frühoperation gibt. In jedem Stadium operiere ich nicht; liegen schon nachweisliche Complicationen im Peritonealraum vor, so entscheide ich von Fall zu Fall. Ich halte es nicht für möglich, eine präcise (anatomische) Diagnose zu stellen. Die conservative Behandlung soll in Darreichung von Opium und Ruhigstellung des Darmes bestehen, ich proponiere stets die Intervalloperation. Falls es sich wirklich um eine Frühoperation handelt, d. h. eine Operation an einer Appendix, wo noch keine peritonealen Complicationen bestehen, so halte ich diese Operation für allen anderen überlegen. Ich bin durch pathologisch-anatomische und klinische Beobachtungen auf den Weg der Frühoperation als den allein segensreichen geführt worden. Ich glaube, dass zur Zeit die Appendicitisfrage auf einem Ruhepunkt angelangt ist, da über die wichtigsten Fragen der Aetiologie, Klinik und Technik doch eine Art Einigung erzielt ist».

Dr. v. Manteuffel-Riga:

«Ich bin Anhänger der Frühoperation in allen Fällen. Nur bei notorisch leichten überlasse ich es dem Patienten, die Operationszeit zu bestimmen, ziehe hier also natürlich die Operation im Intervall vor. Stricte «Grenzen» für die Frühoperation lassen sich m. E. nicht ziehen. Ich operiere in jedem Stadium, zu jeder Zeit, wenn noch Hoffnung auf Erhaltung des Lebens vorhanden ist. Nur ungefähr könnte man das Frühstadium der Krankheit auf die ersten 24 Stunden beschränken, jedoch mit vielen Ausnahmen in plus und minus (häufiger). Präcise Diagnose und Prognose sind bei Appendicitis unmöglich. Nur die Extremen markieren sich oft (aber nicht immer) deutlicher, danach ist das Handeln dann auch präciser. Die conservative Behandlung besteht in strenger Diät, Compressen und Morphium gegen die Schmerzen; Ricinusöl und Opium gebe ich nicht. Im Intervall proponiere ich immer die Operation, gleichviel ob ein oder mehrere Anfälle gewesen sind, ob dieselben leicht oder schwer verliefen. Die Frühoperation ist der Intervalloperation mindestens gleichwertig, was die allgemeine Mortalität anbelangt, so ist sie jeder anderen Behandlungsmethode weit überlegen».

Dr. L. Bornhaupt-Riga:

«Ich bin Anhänger der Frühoperation für alle Fälle. Das Frühstadium, in welchem die Chancen günstig sind, dauert 2×24 Stunden. In jedem Fall von Appendicitis ist die präcise Diagnose nicht möglich, noch vorsichtiger soll man mit der Prognose sein. Bei conservativer Behandlung gebe ich den Priessnitz oder Eisbeutel, je nach den Erscheinungen, dann Bettruhe, leichte flüssige Diät, kein Oel (halte ich für einen Kunstfehler!), kein Opium oder Belladonna, nichts, was den Verlauf der Krankheit maskiert. Die Operation im Intervall proponiere ich principiell allen jugendlichen Individuen bis ca. 40—45 Jahren. Den älteren Patienten gegenüber muss man individualisieren. Die Frühoperation ist der Intervalloperation überlegen. Dadurch, dass man bei der Frühoperation den schwersten anatomischen Veränderungen in der Regel (natürlich gibt es auch Ausnahmen) zuvorkommt, bietet die technische Ausführung der Operation viel weniger Schwierigkeiten als sehr viele Intervalloperationen».

Dr. G. Walter-Riga:

«Ich bin ein Anhänger der Frühoperation für alle Fälle. Günstig für Technik und Prognose halte ich die ersten 3×24 Stunden, sehr günstig die ersten 2×24 Stunden; ausserdem operiere ich häufig auch in späteren Stadien. Ol. ricini und Opium wird nie gegeben, bei sehr heftigen Schmerzen Morphium subcutan und selten, nur bei heftigen Spasmen Belladonna in kleinen Dosen, sonst Thermophor, Bettruhe, möglichst wenig Nahrungsaufnahme. Principiell proponiere ich die Operation im Intervall, nur falls ein leichter Anfall gewesen, gar keine Symptome sich finden und Pat. jeden Augenblick einen Chirurgen zu rate ziehen kann, lasse ich ein Nichtoperieren im Intervall gelten. Hinsichtlich der Mortalität halte ich die Frühoperation der Intervalloperation gleichwertig».

Dr. Walent-Dorpat:

«Was die Appendicitisfrage anbetrifft, so bin ich entschieden für Frühoperationen bei schweren und mittelschweren Fällen, und halte die Chancen hinsichtlich der Technik und Prognose in den ersten 2×24 Stunden noch für günstig. Leichte Fälle, ohne Erbrechen, bei gutem, nicht beschleunigtem Puls und geringen Bauchdeckensymptomen operiere ich lieber im Intervall. Tritt jedoch in diesen Fällen die geringste Verschlimmerung ein, Erbrechen, stärkere Bauchdeckenspannung, Pulsbeschleunigung, so nehme ich die Operation sofort vor, da eine präcise pathologisch-anatomische Diagnose und namentlich Prognose im acuten Anfall zu stellen, ich nicht für möglich halte. Meine früh operierten Fälle gehören der schweren destructiven Form an: beginnende Gangrän der Schleimhaut und der ganzen Appendix mit fibrinös-eitrigem, flüssigem circumscriptem Exsudat, ferner perforative Appendicitiden mit Bildung von Abscessen zwischen den Dünndarmschlingen. Diese Fälle in den ersten 2×24 Stunden operiert, sind alle geheilt. In dem sogenannten Intermediärstadium begnüge ich mich nötigenfalls nur mit der Spaltung der Abscesse. Wird aus irgend einem Grunde nicht eingegriffen, so schreibe ich den Kranken die strengste Bettruhe vor, verordne im acuten Stadium für einige Tage vollständige Abstinenz, keine Nahrung per os, auch Flüssigkeiten nicht, gebe aber 2—3 mal täglich kleine Kochsalzklystiere, nötigenfalls auch subcutane Infusionen. Wenn die acuten Erscheinungen vorüber sind, beginne ich vorsichtig mit ausgiebigen Klysmen. Ol. ricini, Belladonna, Opium wende ich nicht an».

Dr. Hoerschelmann-Pernau:

«Die Frühoperation mache ich in der Regel nur in notorisch schweren Fällen. Hinsichtlich des Begriffes «Frühstadium» ziehe ich keine scharfen Grenzen, sondern operiere event. in jedem Stadium. Die Stellung der Diagnose halte ich im allgemeinen für möglich, nicht aber der Prognose und verlange daher eine beständige Ueberwachung der Fälle durch den Chirurgen. Intern wird bei mir mit Eis, Opium, event. Atropin behandelt, — Ricinus wird verworfen. Die Intervalloperation wird vorgeschlagen, wenn ein schwerer oder mehrere leichte Anfälle überstanden sind. Die Intervalloperation halte ich hinsichtlich der Mortalität und Herniengefahr für günstiger als die Frühoperation».

Dr. H. Hoffmann-Reval.

«Ich bin Anhänger der Frühoperation für alle Fälle nach den Erfahrungen, die ich häufig bei conservativer Behand-

lung gesehen. Als Frühstadium rechne ich etwa die ersten 24 Stunden. Die Diagnose ist leider nicht immer sofort zu stellen, immerhin bei der grössten Zahl, besonders den schwer einsetzenden Fällen möglich. Die Prognose ist noch unsicherer, da auch die leichtesten Anfälle sich plötzlich verschlechtern können. Bei conservativer Behandlung gebe ich kein Ricinus, anfangs Opium, später Belladonna. Die Intervalloperation proponiere ich immer, und es freut mich, dass auch beim einfachen Volk die Appendectomien sich mehren».

Dr. W. Harms-Reval:

«Bin für die Frühoperation in allen Fällen, da es sich von vornherein nie entscheiden lässt, wie schwer der Fall verlaufen wird. Die ersten 12—24 Stunden gelten wohl als die günstigsten und können als Frühstadium angesehen werden. Die Diagnose wird sich wohl in den meisten Fällen präcise stellen lassen mit günstiger Prognose, bei Fehldiagnose wird die Operation keinen Schaden bringen. Die Intervalloperation sollte in jedem Fall proponiert werden, da die Schwere des Recidivs nie vorhergesehen werden kann. Bisher wird wohl die Intervalloperation sowohl hinsichtlich der Mortalität als auch hinsichtlich der Herniengefahr der Frühoperation, wo man sich doch häufig veranlasst sieht, zu tamponieren, überlegen sein».

Dr. E. Sintenis-Windau:

«Ich bin Anhänger der Frühoperation für alle Fälle, wo die Diagnose sicher ist, und setze als Grenze für das Frühstadium etwa das Ende des zweiten Krankheitstages, doch findet man da oft schon verbreitete Eiterung im Bauchraum, aber mit meist doch leichtem, oft ganz glattem Verlauf. Vom dritten Tage ab vermeide ich, wenn kein zwingender Grund vorliegt, die Operation. Eine präcise Diagnose der acuten Appendicitis ist oft, ja meist möglich, die Prognose ist nie sicher gut, daher soll man nie auf eine Indication warten, weil man dabei oft zu spät kommt. Bei conservativer Behandlung gebe ich niemals Ricinus, und Opium nur ungern bei starken Schmerzen. Nach jedem deutlichen Anfall rate ich zur Operation, verlange sie dringend nach schweren, resp. mehreren Anfällen. Die Frühoperation ist angenehmer als die Intervalloperation, da man einen notorisch kranken Menschen operiert; die Prognose ist am ersten Tage sehr gut. Man macht bei der Operation fast immer die Erfahrung, dass es drinnen viel böser aussieht als man es vorher annehmen möchte. Ein «gut abgegrenzter» Tumor beweist nichts gegen freie, unbegrenzte Eiterpropagation und gibt keine Beruhigung für die Prognose. Ich habe früher so gehandelt, dass ich nicht sofort operierte, sondern auf ein beunruhigendes Symptom wartete, dann aber sofort eingriff, ich musste aber die Erfahrung machen, dass ich dabei oft eclatant zu spät kam. So bin ich soweit gekommen, dass ich sofort die Operation proponiere und, wenn sie verweigert wird, jede Verantwortung ablehne».

Nachtrag: Zu diesen Meinungsäusserungen kommen noch die der Herren Dr.: von Bergmann-Riga, Greiffenhagen-Reval, Tantzscher-Mitau und Alksne-Libau, welche sich alle in der Discussion für die consequente Frühoperation aussprachen. Ebenso sprechen sich die Herren Dr. Hampeln-Riga und Mey-Riga als Internisten in einem der Operation günstigen Sinne aus.

Bücherbesprechungen.

Dr. K. Turban. Tuberculose-Arbeiten 1890—1909 aus Dr. Turbans Sanatorium Davos. Verlagsanstalt Buchdruckerei Davos A. G. Davos-Platz. 1909. VII + 272 Seiten.

Das vorliegende Buch ist bei Anlass des zwanzigjährigen Bestehens der Anstalt herausgegeben und enthält die im Laufe der Jahre aus der Anstalt hervorgegangenen Arbeiten in Form von kleineren Aufsätzen, Vorträgen, Discussionsbemerkungen etc., die in Zeitschriften und Congressberichten zerstreut und zum Teil schwer aufzufinden sind. Im Ganzen sind es 29 Titel, wovon 19 auf den Verf. und 10 auf seine Mitarbeiter fallen. Ganz abgesehen davon, dass einige von den älteren Arbeiten z. B. «über Vererbung des locus minoris resistentiae bei Lungentuberculose» actuelles und andere historisches Interesse haben, verdient das Sammelwerk als Rechenschaftsbericht über die wissenschaftliche Leistung einer musterhaften Heilanstalt besondere Beachtung.

F. Holzinger.

Dr. L. Edinger. Der Anteil der Function an der Entstehung von Nervenkrankheiten. Wiesbaden. 1908. Verlag von J. F. Bergmann. 67 Seiten.

Der bekannte Neurologe bietet uns in der vorliegenden Arbeit die Summe der Aufsätze, in denen er seine Aufbrauchstheorie der Nervenkrankheiten ausgebaut hat. Das Wesen dieser viel discutierten, und im allgemeinen sehr günstig aufgenommenen Theorie dürfte hinlänglich bekannt sein, die gegenwärtige zusammenfassende Darstellung hat aber den grossen Vorzug, dass sie in einheitlicher Form die Ansichten des Verf. vorbringt, und dass auch die zahlreichen kritischen Einwände Berücksichtigung gefunden haben.

F. Holzinger.

Dr. D. M. Uspensky. Die Organtherapie. (russisch). Handbuch. St. Petersburg. 1910. 503 Seiten mit 7 Abbildungen in Text. Preis Rbl. 5.

Schon allein dem Umfange nach ist das vorliegende Werk eine bemerkenswerte Erscheinung auf dem Gebiete der Organtherapie, und der Name des Autors, der seit ca 20 Jahren ein eifriger Apostel der Brown-Séquardschen Lehre ist, gibt dem Buche den Charakter eines gesunden Fanatismus. Dass der Verf. seine eigenen Darstellungsmethoden für organtherapeutische Präparate für die einzig zweckmässigen hält, ist ja erklärlich, doch ist die Kritik der übrigen Methoden nicht überzeugend. Der II. bei weitem grössere Teil des Werkes ist der Besprechung der einzelnen Organe und Gewebe gewidmet, die für die Organtherapie in Betracht kommen. Hier finden wir alle Bestandteile des Körpers, mit Ausnahme der toten Gewebe angeführt und auf ihre physiologische Wirkung geprüft. Daran schliesst sich ein reichhaltiges Material aus klinischen Beobachtungen. Den Schluss bildet die unvermeidliche Abhandlung über das Altern, dessen Bezwingung, wie es scheint, dennoch das letzte und höchste Ziel aller organtherapeutischen Bestrebungen bildet. Das Werk ist im Selbstverlage erschienen, sehr gut ausgestattet, der Preis mässig. Als Leitfaden und Nachschlagebuch ist es auf das beste zu empfehlen.

F. Holzinger.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 23. März 1910.

Vors.: Westphalen — Secretär: Fuhrmann.

1. Kallmeyer demonstriert einen Fall von Aortenaneurysma.

2. Lorenz: Zwei Fälle von Carcinoma cavi nasi.

3. Ucke berichtet über das Sectionsergebnis der Leiche des Dr. Krich.

Sitzung am 6. April 1910.

Vors.: Prof. Tiling. — Secretär: Fuhrmann.

1. Amburger: demonstriert einen Fall von doppelseitiger Halsrippe.

Prof. Tiling fragt, wie sich Vortragender das topographische Verhalten des Plexus und der Subclavia zu der Halsrippe denkt, bei der Kürze der letzteren sei anzunehmen, dass beide über die erste Rippe hinziehen, und wie in diesem Falle die Erscheinungen am Arme zu erklären seien?

Amburger: Es gibt Fälle, wo die Gefässe und der Plexus zwar über die 1 normale Rippe verlaufen, aber zwischen dieser und der Halsrippe eingeklemmt werden. Uebrigens sei im vorliegenden Falle keine Compression des Plexus anzunehmen, sondern eine Schädigung der Wurzeln beim Ansatz der Rippe. Dass die krankhaften Erscheinungen verhältnismässig spät zur Ausbildung gelangen, ist schwer zu erklären, liege aber vielleicht daran, dass im jugendlichen Alter die Verhältnisse nicht so starre seien, wie sie es mit der zunehmenden Verknöcherung würden.

Fick: das topographische Verhalten der Gefässe und des Plexus hängt von der jeweiligen Länge der überschüssigen Rippen ab. Die Störungen pflegen stets um das 20. Lebensjahr aufzutreten, was durch die abnehmende Elasticität der Rippe zu erklären ist.

Amburger erwähnt noch eines Falles aus seiner Praxis, der möglicherweise hierher gehört. Es handelt sich um eine Dame, die einen knöchernen Tumor am Halse aufweist, dessen Charakter allerdings nicht einwandfrei feststeht. Es liegt entweder eine Halsrippe oder eine normale erste Rippe vor, die aber den Anschluss mit dem Brustbein verfehlt hat. Die Subclavia verläuft in diesem Falle über das Gebilde.

Die Lagebeziehungen zwischen Halsrippe und art. subclavia sind derart, dass die Arterie über die Rippe läuft, wenn letztere lang genug dazu ist, ist aber das Rippenrudiment nur kurz, dann verläuft die Arterie vor ihrer Spitze über die 1. Brustrippe und kann bei einer gewissen Länge und Stellung der Halsrippe zwischen dieser und der Clavicula eingeklemmt werden. In solchen Fällen hat man Ernährungsstörungen der Extremität bis zu Gangrän beobachtet.

II. Albanus. Ueber seröse Pleuraergüsse bei eitrigen Processen in der Brusthöhle.

Dombrowsky: Betreffs der Keimfreiheit des Exsudates sei zu bemerken, dass die Abwesenheit von Bakterien in der Flüssigkeit nicht auf ihr gänzliches Fehlen bei dem Processe schliessen lasse. Schabt man nämlich die Serose, so findet man häufig doch Bakterien.

Wanach. Solche Pleuraexsudate kommen gelegentlich auch bei Appendicitis vor, sie sind dann aber immer serös Oft kommen dabei kleine subphrenische Abscesse vor. Es handelt sich dabei aber nicht immer um ein Oedem der Pleura denn es kommen Fälle zur Beobachtung, wo das zunächst seröse Exsudat später eitrig wird. Analoges sieht man in den Gelenken, in denen bei eitriger Osteomyelitis oft Ergüsse beobachtet werden in dem dem Eiterherde nächstgelegenen Gelenk, die sodann nach der Aufmeisselung des Eiterherdes spontan zurückgehen.

Fick hat Pleuraergüsse nach Appendicitis auch vielfach beobachtet. Sie sind als Ausdruck einer Infection anzusehen und finden sich nur dann, wenn der Eiterherd an der Aussenseite des Coecum, d. h. sozusagen auf der Bahn zum subphrenischen Abscesse liegt. Solche Pleuritiden kommen wahrscheinlich viel häufiger vor als man annimmt, man übersieht sie eben, weil man die Pat. nicht aus ihrer Rückenlage zu bringen wagt.

Albanus hat Pleuraergüsse bei Appendicitis selten beobachtet, allerdings ist das vielleicht auf den von Fick soeben angeführten Grund zurückzuführen. Uebrigens findet sich in einer Inauguraldissertation aus der Gerhardtschen Klinik ein Fall von Perityphlitis mit Pleuritis.

III. Schaack: Zur Kenntnis der traumatischen Aneurysmen und ihrer Behandlung, (erscheint im Russkij Chirurgitscheskij Archiv).

E. Hesse: Anschliessend an den letzten Teil des Vortrages von Dr. Schaack, die Frage der Gefässnaht betreffend, wollte ich über die Erfahrungen an der von Prof. H. Zeidler geleiteten chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchowhospitals für Männer berichten.

Bis zum Herbst 1909 bestand bei uns die bisher allgemein gebräuchliche Methode der Aneurysmenexstirpation mit nachfolgender Unterbindung der centralen und peripheren Gefässenden. Im November des vorigen Jahres traten fast gleichzeitig in unsere Abteilung 2 Patienten mit einer Schussverletzung des Oberschenkels im Scarpaschen Dreieck ein. Nach einigen Tagen wurden bei beiden Kranken die Anzeichen eines arterio-venösen Aneurysmas bemerkt, welche trotz angelegtem Compressionsverband nicht schwinden wollten. Beide Kranken willigten in die vorgeschlagene Operation.

Im ersten Fall ergab die Operation ein arterio-venöses Aneurysma von colossalen Dimensionen mit einem grossen, nach hinten gerichteten Sack. Nach Exstirpation des Aneurysmas zeigte es sich, dass von einer circulären Gefässnaht der Enden nicht die Rede sein konnte, da der entstandene Defect zu gross war. Doppelseitige Ligatur der Arterie und Vene. Der Patient konnte nach 3 Wochen mit primär geheilter Wunde entlassen werden, doch stellte sich der Puls in der A. dorsalis pedis erst nach 8 Wochen ein.

Im zweiten Fall ergab die Operation ein arterio-venöses Aneurysma ohne grösseren Sack. Zwischen der Arterie und Vene bestand im Scarpaschen Dreieck ein Schlitz, welcher von Narbengewebe umgeben war. Durchtrennung der Anastomose und seitliche Gefässnaht der Arterie und Vene mit dem von A. Morosowa angegebenen Instrumentarium. Nach Abnahme der Stichschen Klammern vollständige Durchgängigkeit der Gefässe; — die dorsalis pedis beginnt schon auf dem Operationstisch zu pulsieren. Mit primär verheilter Wunde konnte der Patient nach 2 Wochen entlassen werden. Auf Grund der bisherigen Veröffentlichungen von Gefässnaht und des geschilderten Falles möchte ich mich Schaak anschliessen, dass die Gefässnaht nach vorausgegangener Exstirpation als ideale Operationsmethode anzusehen ist und nach Möglichkeit, wenn die anatomischen Verhältnisse es gestatten, auszuführen ist (Demonstration von Präparaten). (Autoreferat).

Tiling: Prof. Wahl hat schon zu Anfang der 80. Jahre dargetan, dass das Schwirren und Tönen nicht durch einen Zusammenstrom, sondern durch den Pressstrahl in der Erweiterung hervorgerufen werde. Wahl hat auch auf die Auscultationsphänomene der Gefässe aufmerksam gemacht.

Schaack: die Arbeit von Franz ist später erschienen; er hat versucht, das Phänomen auf experimentellem Wege zu studieren. Er machte bei Tieren Anastomosen zwischen Arterien und Venen. Darauf legte er nach einiger Zeit die Gefässe frei. Wenn er nun unterhalb des Aneurysmas die Vene schloss, so blieb das Geräusch bestehen, lenkte er aber die Gefässe über dem Aneurysma ab, so war kein Geräusch wahrzunehmen.

Wanach hat im Kriege auch mehrere Aneurysmen gesehen und operiert. Die Gefahr einer Gangrän ist nicht sehr gross, man soll auch nicht zu früh operieren. Die Diagnose ist nicht immer leicht. So wurde von Wanach in einem Falle ein Aneurysma der Femoralis diagnosticiert, die Operation zeigte aber, dass es sich um ein solches der Art. profunda femoris handelte, dem die Femoralis nur anlag. Die Gefässnaht bedeutet selbstredend einen grossen Fortschritt der Chirurgie, ob sie aber gerade bei dem Aneurysma viel leisten kann, ist fraglich. Einerseits macht die Grösse des Loches häufig die Naht unmöglich, andererseits wird eine solche oft durch die anatomischen Verhältnisse vereitelt, z. B. an der iliaca, subclavia.

Schaack gibt zu, dass die Gefässnaht nicht in allen Fällen ausführbar sein wird, man sollte aber stets den Versuch machen.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Hochschulnachrichten.

St. Petersburg. Dr. G. Jawein ist von der Professorenconferenz des Kaiserl. klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna zum Professor und Director der inneren Klinik an diesem Institut erwählt worden.

Bonn. Dr. Dragendorff, Prosector am anatomischen Institut, habilitierte sich als Privatdocent.

Kiel. Prof. Dr. W. Stoeckel hat am 1. October die Direction der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten übernommen.

Marburg. Als Nachfolger von Prof. Stoeckel ist Professor Dr. W. Zangemeister-Königsberg als ordentlicher Professor und Director der Frauenklinik an die Universität Marburg berufen worden.

Cincinnati. Der Adjunct-Professor an der Universität Toronto Dr. Mc Eldery Knower ist zum Professor der Anatomie am Ohio-Miami Medical College ernannt.

Palermo. Der Prof. an der med. Facultät zu Messina Dr. G. Viola ist zum ordentlichen Professor der internen Pathologie ernannt.

Philadelphia. Dr A. N. Richards, Professor an der Northwestern University Medical School zu Chicago ist zum Professor der Therapeutik und Pharmakologie an der Universität von Pennsylvania ernannt.

Toronto. Dr. F. A. Amyot wurde zum Professor der Hygiene ernannt.

— Der Berliner Magistrat hat Prof. Dr. Kurt Brandenburg zum Oberarzt der inneren Abteilung des Virchowkrankenhauses gewählt, an Stelle von Prof. L. Kuttner, der nach dem Abgange Prof. Goldscheiders Director dieser Abteilung geworden ist.

— Der 10. Congress Russischer Chirurgen findet am 19.—23. December d. J. in St. Petersburg statt. Der 5. Congresstag wird der Urologie gewidmet sein. Anmeldungen von Vorträgen sind bis zum 20. November zu richten an den Secretär Dr. W. Alexandrow, St. Petersburg, Basseinaja 38, Telephon 123—83.

— In der Ansiedelung Welikoknjasheskaja (Don-Gebiet) ist aus Mitteln des Don-Kosakenheeres ein Leprosorium mit 100 Betten eröffnet.

— In der Panteleimon-Irrenanstalt in Udelnaja (bei St. Petersburg) ist unter dem Dienstpersonal eine Choleraepidemie ausgebrochen. Im Laufe einer Woche erkrankten 41 Personen.

— Cholera. Deutsches Reich. Vom 10. bis zum 16. October sind keine Neuerkrankungen an der Cholera gemeldet worden. — Italien. — Vom 29. September bis 5. Oct. wurden 165 Erkrankungen und 47 Todesfälle registriert. — Frankreich. In Marseille fand am 5. October ein Cholerafall statt, der am folgenden Tage tödlich endete. — Serbien. In Belgrad wurde am 9. Oct. ein Cholerafall festgestellt. — Türkei. In Konstantinopel wurden vom 3. bis 5. Oct. 12 Erkrankungen und 10 Todesfälle angezeigt, im ganzen seit dem 13. Sept. 72 Cholerafälle, von denen 39 tödlich endeten. — Persien. In Astara erkrankten vom 1. bis 17. Sept. 6 Personen, von denen 2 starben; in Enzeli sollen einzelne Fälle täglich vorkommen. In Mesched waren bis zum 13. Sept. 28 Erkrankungen festgestellt; die Gefahr einer Verschleppung der Seuche nach Teheran war nahe gerückt. — Straits Settlements. Vom 1. bis 7. Sept. erkrankten in Singapore 8 Personen, starben ebenfalls 8; in der Provinz Wellesley erkrankten vom 30. Aug. bis 5. Sept. 3 und starben 3. — Philippinen. In Manila wurden vom 1. Aug. bis 3. Sept. 96 Erkrankungen und 62 Todesfälle registriert, in den Provinzen erkrankten 2091 und starben 1528. — Ja-

pan. Vom 12. bis 21. Sept. wurden in Kobe 14 Erkrankungen, in Osaka 2 angezeigt, wovon 10 tödlich verliefen. — Vereinigte Staaten von Amerika. In New-York sind auf Schiffen, die aus dem Mittelmeer kamen, am 11. October 3 Cholerafälle festgestellt worden.

— Pest. Aegypten. Vom 1. bis 7. Oct. fanden 18 Erkrankungen und 7 Todesfälle statt. Bis zum October und während dieses Jahres sind im ganzen Lande 973 Pestfälle festgestellt worden, d. i. 549 mehr als zur gleichen Zeit des Vorjahres. — Marokko. Der gemeldete Pestfall blieb vereinzelt, verlief aber tödlich. Casablanka sollte vom 11. Oct. wieder als pestfrei gelten. — Britisch-Indien. Vom 4.—10. Sept. wurden in ganz Indien 2839 Erkrankungen und 2057 Todesfälle gemeldet. — Zanzibar. Vom 2. bis 11. September wurden 3 Pestfälle angezeigt, von denen 2 tödlich verliefen. — Ecuador. Im August sind in Guayaquil 25 Pestfälle vorgekommen, von denen 5 tödlich endeten, in Rocafuerte 1 Erkrankung.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 3. bis zum 9. October		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	86	(23)	4459	(1603)	7. Juni
» Kronstadt	—	(—)	246	(135)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	4	(1)	617	(315)	24. Juni
Stadt Archangelsk	—	(—)	2	(1)	10. »
Gouv. Olonez	5	(1)	24	(11)	7. Aug.
» Wologda	3	(—)	411	(223)	5. Juli
» Livland	—	(—)	55	(35)	14. »
» Kurland	—	(—)	23	(7)	25. Aug.
» Pskow	—	(—)	24	(8)	6. Juni
» Nowgorod	—	(—)	464	(255)	7. Juli
» Minsk	—	(—)	1317	(460)	18. Mai
» Kowno	—	(—)	1	(1)	8. Sept.
» Mogilew	5	(6)	722	(336)	14. Mai
» Witebsk	31	(15)	387	(151)	21. April
» Smolensk	—	(—)	359	(193)	10. Juli
» Podolien	24	(5)	1237	(625)	7. »
» Wolynien	—	(—)	157	(89)	10. Juni
» Kiew	50	(17)	3952	(1514)	3. Mai
» Tschernigow	1	(—)	2249	(946)	13. »
» Poltawa	1	(—)	3150	(1392)	3. »
» Charkow	—	(—)	7896	(4228)	8. »
» Orel	—	(—)	833	(393)	1. Juli
» Kursk	3	(—)	4476	(1976)	28. Mai
» Woronesh	30	(20)	8949	(4251)	27. »
Tambow	22	(8)	5303	(2480)	29. »
» Pensa	—	(—)	2162	(1042)	27. Juni
» Kaluga	—	(—)	242	(120)	1. Juli
» Tula	—	(—)	336	(159)	11. Juni
» Rjasan	1	(—)	2187	(961)	19. »
» Wladimir	—	(—)	472	(249)	6. Juli
» Moskau	—	(—)	197	(88)	15. Juni
» Twer	1	(—)	52	(21)	6. Juli
» Jaroslaw	—	(—)	1481	(759)	27. Juni
» Kostroma	—	(—)	3636	(1772)	27. »
» Nishnij Nowgorod	2	(1)	2324	(1040)	24. »
» Kasan	4	(2)	3843	(1857)	19. »
Ssimbirsk	6	(9)	3618	(1855)	10. »
» Ssamara	91	(38)	18421	(7740)	9. »
» Ssaratow	43	(12)	6142	(2563)	7. »
» Astrachan	—	(—)	1852	(823)	15. »
Stawropol	—	(1)	9561	(4951)	3. »
» Perm	—	(—)	742	(274)	3. »
» Wjatka	—	(—)	429	(208)	26. »
» Ufa	—	(—)	3001	(1683)	29. »
» Orenburg	43	(18)	3290	(1609)	4. Juli
Turgai-Gebiet	—	(—)	207	(110)	13. »
Ural-Gebiet	—	(—)	324	(207)	30. »
Gouv. Jekaterinoslaw	9	(3)	18819	(8660)	10. Jan.
» Taurien	—	(—)	4763	(2405)	7. Mai
Stadt Ssewastopol	—	(—)	80	(48)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	—	(—)	606	(274)	14. Mai
Gebiet der Donkosaken	4	(3)	21547	(9918)	21. »
Stadt Rostow am Don	—	(—)	2917	(1010)	7. »
Gouv. Bessarabien	—	(—)	116	(58)	17. Juni
Stadt Odessa	2	(1)	603	(339)	27. Mai
» Nikolajew	1	(—)	508	(215)	4. Juni
Gouv. Cherson	20	(7)	10030	(4436)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	—	(—)	645	(224)	4. Juni
Kuban-Gebiet	8	(8)	23563	(12157)	26. Mai
Terek-Gebiet	—	(—)	4176	(1797)	28. »
Stadt Baku	10	(2)	1286	(535)	4. Juni
Gouv. Baku	—	(—)	1599	(901)	19. April
Gouv. Tiflis	6	(3)	1909	(725)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	—	(—)	1537	(737)	29. »
Gouv. Kutais	—	(—)	464	(199)	25. »
» Jelisawetpol	—	(—)	154	(115)	9. Juli
» Erivan	4	(4)	1189	(690)	8. »
Kars-Gebiet	—	(—)	1415	(649)	22. Juni
Batum-Gebiet	—	(—)	60	(29)	5. Aug.
Transkaspi-Gebiet	—	(—)	307	(180)	19. Juni
Ssyr-Darja-Gebiet	1	(1)	182	(117)	13. Juli
Fergan-Gebiet	9	(6)	103	(55)	7. Sept.
Akmolinsk-Gebiet	35	(19)	790	(328)	23. Juli
Semipalatinsk-Gebiet	—	(—)	39	(25)	6. Aug.
Gouv. Tobolsk	—	(2)	447	(214)	9. Juli
» Tomsk	8	(7)	394	(160)	8. Juni
Transbaikal-Gebiet	4	(7)	27	(20)	23. Aug.
Amur-Gebiet	30	(19)	118	(71)	29. »
Küsten-Gebiet	196	(76)	256	(109)	22. Sept.
Finnland	—	(—)	4	(—)	22. Juli
Im Ganzen	803	(344)	212484	(99119)	

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 26. Sept. bis zum 2. Oct. 1910 466 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 33, Typh. exanth. 1, Febris recurrens 0, Pocken 22, Windpocken 21, Masern 24, Scharlach 116, Diphtherie 63, Cholera 44, acut. Magen-Darmkatarrh 59, an anderen Infectionskrankheiten 83.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 663 + 45 Totgeborene + 51 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 6, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 20, Diphtherie 15, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 24, katarrhalische Pneumonie 53, Erysipelas 5, Influenza 4, Hydrophobia 1, Postula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 15, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 73, Tuberculose anderer Organe 11, Dysenterie 2, Gastroent. epidem. 0, Cholera 25, Magen-Darmkatarrh 22, andere Magen- und Darmerkrankungen 44, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 51, Marasmus senilis 19, andere Todesursachen 248.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 2. Oct. 1910 12561. Darunter Typhus abdominalis 244, Typhus exanth. 1, Febris recurrens 8, Scharlach 292, Masern 31, Diphtherie 243, Pocken 60, Windpocken 9, Cholera 192, acut. Magen-Darmkatarrh 53, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 80, Tuberculose 611, Influenza 154, Erysipel 135, Keuchhusten 8, Dysenterie 3, Hautkrankheiten 32, Lepra 0, Syphilis 557, venerische Krankheiten 382, acute Erkrankungen 2157, chronische Krankheiten 1809, chirurgische Krankheiten 1644, Geisteskrankheiten 3425, gynäkologische Krankheiten 281, Krankheiten des Wochenbetts 69, verschiedene andere Krankheiten 81.

Die Pest in Odessa.

	Erkrankt.	Gestorben.
10. Oct.	0	0
11. »	1	1
12. »	0	0
13. u. 14. »	0	0
15. »	1	0
16. »	0	0

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 11. Sept. in Charkow Dr. A. Smakowskij, geb 1862, approb. 1887. 2) Am 21. October an einem Schlaganfall Dr. med. C. Frankenhäuser, Director des Evangelischen Hospitals in St. Petersburg. 3) Dr. J Chapplain, ehmaliger Professor der externen Pathologie und Chirurgie an der Ecole de médecine in Marseille. 4) Dr. S. Ringer, ehmaliger Professor der inneren Klinik an dem University College in London und Correspondent der Académie de médecine in Paris. 5) Dr. J. Rottot, ehmaliger Professor der inneren Klinik an der Ecole de médecine et de Chirurgie in Montréal. 6) Dr. C. Flemming, Professor der Chirurgie am Denver and Gross College of Medicine. 7) Dr. J. Shoemaker, Professor der Materia medica und der Therapie an dem Medico-Chirurgical College in Philadelphia.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 2. Nov. 1910.

Tagesordnung: Weber: Ueber Urachuscysten.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 25. Oct. 1910.

Tagesordnung: Heyking: Das Trauma als ätiologisches Moment der Appendicitis.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 10. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).

Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).

Chirurgija (Chirurgie).

Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).

Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).

Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).

Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).

Russkij Wratsch (Russischer Arzt).

Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).

Russkij shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).

Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).

Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).

Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).

Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).

Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).

Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).

Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).

Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Chirurgie.

Russkij Wratsch 1910.

R. Wreden: Ueber Transplantantion der Diaphyse des Oberschenkelknochens gemeinsam mit Resection des Kniegelenks nach tuberculöser Affection derselben. (Nr. 6).

Bericht über 2 Fälle, die vom Verf. nach seiner Methode mit günstigen Erfolge operiert wurden.

R. Wreden: Ueber Behandlung der Ankylosen. (Nr. 6).

Verf. berichtet über 2 mit Erfolg behandelte Fälle, bei welchen er zur Bedeckung der Gelenkoberflächen sorgfältig präparierte und sterilisierte Schweinsblase benutzt hat. Wie Versuche an Kaninchen beweisen, tritt eine Resorption desselben erst nach 4 Wochen ein.

A. Tschernoussenko: Ueber capilläre Punction der Harnblase. (Nr 6).

Verf. führte die Punction an 5 Kranken aus. Dieselbe rief nicht nur keine Erscheinungen hervor bei 2 Kranken mit klarem Urin, sondern auch nicht bei 3, bei welchen der Urin eitrig war. Nichts destoweniger ist aber dieses Verfahren kaum ganz gefahrlos. Die Infection kann, wenn auch selten, in das die Blase umgebende Gewebe gelangen und auch das Bauchfell in Mitleidenschaft ziehen.

B. Scholkow: Zur Casuistik der seltenen Formen des Echinococcus. (Nr. 7).

Beschreibung eines seltenen Falles, in welchem sich die Geschwulst in den tiefen Schichten der linken Rückenmuskeln entwickelt hatte und nach Angabe der Kranken 25 Jahre existierte.

W. Lesin: Echinococcengeschwulst der Leber. (Nr. 7).

Casuistischer Beitrag.

L. Stukkey: Ueber retrograde Incarceration der Gedärme (Nr. 9).

In der Literatur sind im ganzen 35 Fälle von retrograder Incarceration beschrieben worden.

St. hat noch 4 beobachtet, deren genaue Krankengeschichten mitgeteilt wurden. Der Grund des Vorfalles 2. (resp. 3.) Dünndarmschlingen in den Bruchsack bleibt unklar. Als wichtigstes Symptom dieser Form der Incarceration muss die Schmerzhaftigkeit und locale Auftreibung der Därme über dem Bruch und die Form desselben angesehen werden. Die einzige rationelle Behandlung derselben ist die sofortige Operation.

N. Boljarski: Zur Casuistik unglücklicher Zufälle durch Elektricität. (Nr. 10).

Bericht über 2 Fälle, von denen einer tötlich endete, der andere genas.

N. Petrow und S. Girgolow: Ueber Unempfänglichkeit für experimentellen Krebs. (Nr. 13).

Experimentelle Studie.

R. Wreden: Allgemeine Behandlung verschiedener tuberculöser Processe mit subcutanen Creosotinjectionen. (Nr.13) In den letzten 15 Jahren gebraucht W. eine Mischung von 10 Kreosot auf 90 Mandelöl. Die Injectionen wurden 2 mal am Tage ausgeführt, angefangen von 0.5 und steigend bis 2,0 bei Jünglingen und Erwachsenen, bei Kindern die Hälfte. Die Maximaldosis wird durch 10 Tage 2 mal eingespritzt, darauf kommt ein Intervall von 1 Woche, worauf wieder die Injectionen beginnen, die auf diese Weise 4 mal fortgesetzt werden. Bei dieser Art Behandlung waren die Resultate durchaus befriedigende, sowohl bei chirurgischer als auch Lungentuberculose.

N. Batuew: Morphologie und Ursachen der Bildung von Synostosen des 1. Wirbels mit den Nackenknochen und der einzelnen Wirbeln unter sich in verschiedener Höhe und Ausdehnung der Wirbelsäule. (Nr. 17—20).

Zu einem Referat nicht geeignet.

R. Wreden: Condyloclasis als Methode der Behandlung des Genu valgum im Kindesalter. (Nr. 17).

W. hat mit Erfolg nach dieser Methode 2 Kinder operiert, welche an stark ausgesprochener Form von Genu valgum litten.

W. Rasumowski: N. I. Pirogow als wissenschaftlicher Arbeiter und Professor der Chirurgie. (Nr. 19).

Rede, gehalten auf dem 11. Pirogow schen Congress, gewidmet dem Andenken Pirogows aus Anlass seines 100. Geburtstags.

W. Oppel: Bedeutung der Venen bei operativer Behandlung pseudo-arterieller Aneurysmen. (Nr. 22).

Mitteilung 2 Fälle.

B. Scharezki: Zur Frage über die Bedeckung der Hautdefecte. (Nr. 21).

Das hier beschriebene Material beträgt 60 Fälle. Bei der rationellen Anwendung von Scharlach-Rot war kein einziger Misserfolg zu verzeichnen. Bei reinen Fällen mit frischen Granulationen geht das Wachstum des Epithel rapid schnell vor sich, die Bedeckung wird eine dauernde und unterscheidet sich vorteilhaft vom Narbengewebe.

N. Burdenko: Zur Frage über die plastischen Operationen der Spinalganglien. (I. Abteilung).

Experimentelle Studie.

A. Sidorenko: Zur Technik der intravenösen Hedonalnarcose. (Nr. 24).

Die Hedonallösung wird bei einer Temperatur von 40°—38° vermittelst eines Siphons eingeführt, wobei eine Canüle gebraucht wird, die in centraler Richtung eingestochen wird. Eine Narcose ohne Complicationen von Seiten der Atmung tritt ein beim Einführen der Lösung mit einer Schnelligkeit von 50—60 cbc. in der Minute, bei Alcoholikern 100 cbc. Bei kurzdauernden Eingriffen kann der Operateur selbst den Kranken narcotisieren, und darauf die Operation ausführen (6 Fälle). Bei den zur Section gelangten Fällen war eine Embolie zu beobachten.

S. Trifiljew: Eine neue Methode zu chloroformieren. (Nr. 24).

Enthält Bekanntes.

S. Lioknmowitsch: Ueber acute Prostatitis. (Nr. 24).

Parenchymatöse Prostatitis und Abscesse sind selten und werden mehr bei jüngeren Leuten angetroffen. Die häufigste Ursache ist Gonorrhoe (83 pCt.). Eine typische Temperaturcurve kann nicht festgestellt werden. Fluctuation der Abscesse kann per rectum nicht immer constatiert werden, doch findet ein Durchbruch desselben in die Urethra verhältnismässig häufig statt. Die Therapie muss eine abwartende und conservative sein, doch muss man auch ein chirurgisches Eingreifen im Auge behalten, welches jedenfalls dann vorgenommen werden muss, wenn der allgemeine Zustand sich verschlechtert, die localen Erscheinungen schlimmer werden und lange andauern. Der beste Weg ist dann vom Damm aus.

W. Nowikow: Die Function der Nieren nach Nephrectomie. (Nr. 25).

Der Längs-, wie auch der Querschnitt der Niere rufen keine deutliche Herabsetzung der Functionsfähigkeit der Nieren hervor, wenigstens nach 6—7 Monaten nach der Operation. Bei Eiterungen kann eine Verminderung eintreten, doch kann dieselbe, wenn auch nicht immer, vollständig schwinden und die Niere normal functionieren.

S. Rubaschew: Die diagnostische Bedeutung der Reaction des Eiters auf Ferment und der Serumflüssigkeiten auf das Antiferment. (Nr. 26).

Zum Referat nicht geeignet.

K. Saposchkow: Ueber einige negative Seiten der venösen Anästhesie nach Bier. (Nr. 26).

Das Biersche Verfahren kann seine Anwendung nur in einer sehr beschränkten Anzahl von Fällen finden. Ist die Möglichkeit einer Vergiftung infolge von Gelangens des Novocains in den allgemeinen Blutlauf oberhalb der Binde und infolge von Resorption aus den Geweben unterhalb der Binde auszuschliessen, so kann dieses Verfahren doch nur bei Amputationen angewandt werden. Bei conservierenden Operationen muss man sich die Frage vorlegen, zieht nicht bei den bestehenden Lebensbedingungen des Kranken (schwere Arbeit, langes Stehen auf den Füssen etc.) die Unterbindung der Ven. saph. major et minor in der Folge varricöse Erweiterungen nach sich? Bei in dieser Hinsicht zweifelhaften Fällen sollte man lieber eine andere Art Anästhesie auswählen.

G. Baradulin: Zur Frage über die Pathogenese der Appendicitis und über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei derselben. (Nr. 27).

Die Appendicitis ist eine chronische Erkrankung von Beginn an und die Anfälle sind nur Exacerbationen des Processes. Das Rovsing'sche Symptom ist dank seiner Unbeständigkeit nicht als sicheres Zeichen bei der Diagnose der Appendicitis zu verwerten. Während des Anfalles kann eine selbständige Ablösung eines Teiles des Wurmfortsatzes vor sich gehen und dieser abgelöste Teil kann die Ursache von Recidiven sein. In Fällen von chronischer Appendicitis bedingt die Entfernung des Fortsatzes bei Coecum mobile noch nicht das vollständige Schwinden der Schmerzen, der Blinddarm muss auch noch fixiert werden.

W. Towbin: Zur Casuistik der Fälle gleichzeitiger mechanischer Undurchgängigkeit an zwei verschiedenen Darmteilen. (Nr. 28).

In dem hier beschriebenen Falle bestanden 2 Arten mechanischer Undurchgängigkeit: Strangulationsileus an der Kreuzungsstelle des Colon transversum mit dem Anfangsteil des S. Romanum und Obturationsileus an der Uebergangsstelle des S. romanum in den Dickdarm. Operation, — Heilung.

R. Fronstein: Angeborene Verengerung des Harncanales. (Nr. 28).

Aus den angeführten Krankengeschichten ergibt sich, dass die angeborenen Verengerungen der Harnröhre sich von den aquirierten nicht unterscheiden. Verf. will die Möglichkeit nicht ausser Acht gelassen haben, dass bei Enuresis nocturna es sich doch um angeborene Verengerungen handeln konnte, die daran leidenden Kinder müssten von Specialisten untersucht werden.

Fr. Mühlen.

Russkij Chirurgitscheskij Archiv. 1909. H. 6.

W. Oppel: Ueber die Meningitis serosa acuta.

Verf. beschreibt einen eigentümlichen Fall, wo nach einem Trauma sich schwere Gehirnerscheinungen einstellten, die er durch einen intrakraniellen Bluterguss zu erklären sucht, zu welchem sich eine seröse Meningitis hinzugesellte. Es wurde eine Trepanation ausgeführt, bei welcher die vordere Schädelgrube eröffnet und die stark gespannte Dura gespalten wurde.

Allmählich trat vollständige Heilung ein. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie den Meningitis serose. Bei Besprechung der Aetiologie hebt er besonders hervor, dass ein traumatischer Bluterguss im Schädel leicht eine aseptische seröse Meningitis hervorrufen kann.

In leichteren Fällen kann eine Lumbalpunction nach Quincke zur Heilung führen, wobei aber nicht weniger als 30—40 Cbcm. herausgelassen werden müssen. Bei Verdacht auf eine infectiöse Meningitis ist eine Schädeltrepanation vorzuziehen, bei welchen die Dura eröffnet und für guten Abfluss der Flüssigkeit gesorgt wird. Dieses Abfliessen des Exsudates verhindert, der Meinung des Verf. nach, dass sich das seröse Exsudat in ein eitriges verwandelt, und dass sich die Entzündung längs den Hirnhäuten weiter verbreitet.

A. Polenow: Ueber multiple Incisionen der Nierencapsel bei Anurie wegen Nephritis.

Verf. gibt eine ausführliche kritische Literaturübersicht der zuerst von Edebohls vorgeschlagenen chirurgischen Behandlung der Nephritis. Zu diesem Zweck wurde 1) die Nephrotomie, 2) die Nierendecapsulation, 3) die breite Incision der Nierencapsel ausgeführt.

Verf. schlägt vor multiple Incisionen der Nierencapsel, $1^1/_2$—$2^1/_2$ Cent. lang in allen Richtungen auszuführen. Dabei wird 1) das Organ nicht in so eine unnormale Lage gestellt, wie bei der Decapsulation, 2) die Spannung der Nierencapsel wird gleichmässig in allen Teilen der Niere aufgehoben; 3) die Niere wird nicht so traumatisiert, da die Operation in situ ausgeführt wird; 4) grosse Blutergüsse in das pararenale Zellgewebe werden vermieden. Durch Operationen an 2 Hunden und 2 Kaninchen wies er experimentell nach, dass die multiplen Incisionen der Niere nicht so eingreifende Störungen hervorrufen, wie die Decapsulation; tief gehende Bindegewebswucherungen hat er garnicht beobachtet.

Multiple Capselincisionen der Niere sind angezeigt: 1) bei stark ausgesprochenen Stauungserscheinungen in den Nieren, die zur Anurie führen. 2) Bei Eklampsie. 3) Bei Nierenblutungen. 4) Bei chronischer Nephritis, die von sich oft wiederholenden Anfällen begleitet ist, wobei bei jedem folgenden Anfalle der urämische Zustand immer schwerer wird.

Alle diese Operationen die wegen Nephritis ausgeführt werden, haben den Zweck die Spannung der wenig nachgiebigen Nierencapsel aufzuheben und das Nierengewebe in günstigere Ernährungsverhältnisse zu bringen.

Verf. beschreibt einen von ihm operierten Fall, wo bei Nephritis Anurie auftrat; er machte multiple Incisionen der Nierencapsel. Der Fall endete zwar letal, aber schon 2 Stunden nach der Operation trat sehr reichliche Urinsecretion auf.

I. Baradulin: Ein Fall eines angeborenen Tibiadefectes.

Verf. beschreibt einen einschlägigen Fall, bei welchem beide Beine einen vollständigen Defect den Tibia aufwiesen, was durch ein gut gelungenes Röntgenbild veranschaulicht wird.

Er beschreibt kurz alle 45 in der Literatur bekannten Fälle. Die Ursache dieser Missbildung sieht Verf. in einer Anomalie der Embryonalanlage.

K. Wegner: Ueber indirecte Fracturen der Wirbelsäule.

Verf. fand von 464 Kranken, die er zu begutachten und zu behandeln hatte, 30 Fälle also 6,4 pCt. von Brüchen der Wirbelsäule. Die häufigste Form ist die indirecte isolierte Compressionsfractur des Wirbelkörpers. Der am meisten zu solchen Fracturen disponierte Teil der Wirbelsäule ist der XI. u. XII. Dorsal- und der I. und II. Lumbalwirbel. Ziemlich umfangreiche Verletzungen der Wirbel können ohne Verletzung des Rückenmarkes einhergehen. Am leichtesten kommen diese Fracturen zustande bei übermässiger plötzlich einsetzender Flexion der Wirbelsäule, wobei das Becken fixiert ist und die flectirende Gewalt ihren Angriffspunkt auf den Schultern hat. Bei der Diagnose solcher Verletzungen leistet eine genaue Anamnese und ein gut ausgeführtes Röntgenbild die besten Dienste.

Die Behandlung besteht in einem gut ausgeführten Gipsbett, in welchem der Patient 8 Wochen liegen muss; darauf ein orthopädisches Korsett. Solche Patienten müssen im Laufe von einem vollen Jahre als vollständig arbeitsunfähig angesehen werden. Nach dieser Fractur bleibt immer eine localisierte Ankylose der Wirbelsäule zurück. Der definitive Grad der Invalidität nach solchen Verletzungen kann nicht früher, als ein Jahr nach der Verletzung bestimmt werden.

Weber.

R. Fronstein: «Die Trabecelblase als ein Frühsymptom der Tabes». (Nr. 9).

Um den Zusammenhang der Trabecelblase mit der Tabes, als deren Frühsymptom erstere von einigen Autoren angesehen wird, festzustellen, hat Verf. an 18 Kranken Untersuchungen vorgenommen. Er wählte nur solche Fälle von Rückenmarkserkrankung aus, bei denen keine rein uropathologischen Processe vorlagen, also keine Prostatahypertrophie, keine Strictur, keine Cystitis. Ausserdem wählte Verf. solche Fälle, bei welchen es sich um möglichst frühe Stadien der Tabes handelte.

In allen Fällen konnte eine Veränderung des cystoskopischen Bildes im Sinne einer trabeculären Blase constatiert werden. Je deutlicher die Tabessymptome ausgeprägt waren, um so stärker waren die Trabecel entwickelt. Jedoch auch beiden frühen Anfangsstadien der Tabes, wo nur Krisen und partielle Paresen bestanden, konnten ein zartes feines Netz bildende Trabekel an den Seiten der Blase etwas entfernt von der Einmündungsstelle der Ureteren beobachtet werden. Bei vorgerückterer Tabes waren die Trabekel am oberen Blasenteil entwickelt. Das Trigonum Lieutandii und die Ureterenmündungen waren frei von Trabeceln; während bei Prostatikern gerade das Befallensein des Trigonum Lieutandii typisch ist. Während bei Prostatahypertrophie und Stricturen die Trabekelbildung durch die compensatorische Arbeit der Muscularis bedingt ist, erfolgt bei Tabes die Trabecelbildung durch die Beeinträchtigung der Nervenleitung. Auf Grund seiner Beobachtungen hält Verf. die Trabecelblase für ein Frühsymptom der Tabes, wobei für letztere die Localisation der Trabecel an den Seitenwänden und am Blasengrunde charakteristisch ist.

I. Maysel: «Ein Fall von Impermeabilität des Darmes bei einem 8-jährigen Knaben, hervorgerufen durch den Meckelschen Divertikel. Operation. Heilung.» (Nr. 11).

In diesem Fall wurde eine Darmocclusion angenommen und erst bei der Operation das Vorhandensein des Meckelschen Div. constatiert. Der Darmverschluss war erfolgt durch Einklemmung einer Darmschlinge, welche in einen Ring geschlüpft war, welche 1) vom Darm, 2) dem an das Mesenterium fixierte freie Ende des Divertikels und 3) vom Mesenterium gebildet war.

Mickwitz.

Chirurgija. Band 27. Nr. 157, 158 und 159. Januar, Februar und März 1910.

A. Sabludowski und D. Tatarinow: Zur Frage der Hände- und Hautdesinfection.

Ausführlich vom Referenten in dieser Wochenschrift in den Verhandlungen des Ges. Russischen Chirurgencongresses in Moskau besprochen worden.

A. Ssacharow: Zur Kenntnis der Knochenbrüchigkeit.

Bei einer 60-jährigen Frau konnten im Verlaufe von 10 Monaten 9 Spontanfracturen beobachtet werden und zwar handelte es sich um das rechte Schlüsselbein, 3 Rippen, beide Schulterknochen, den rechten Oberschenkel und eine doppelte Fractur des linken Oberschenkels. Die Fracturen waren wenig schmerzhaft und die Kranke trotz der schweren Erscheinungen relativ wenig mitgenommen. In ätiologischer Hinsicht negiert der Verfasser per exclusionen alle in Betracht kommenden Krankheiten (Syringomyelie, Tabes, Lues, Osteomalacie etc.) und zählt den vorliegenden Fall zu den idiopathischen, scheinbar vom Centralnervensystem ausgehenden Formen. Da bei der Kranken gleichzeitig ein Erguss im linken Kniegelenk und Auftreibung der betreffenden Epiphysen bestand, ist es nicht recht verständlich, warum vom Verfasser die Diagnose der monosymptomatischen Tabes trotz der doch fraglos bestehenden Arthropathie so energisch abgelehnt wird.

P. Herzen: Ein Fall von Unterbindung der Arteria anonyma wegen Aneurysma arterio-venosum der Arteria carotis communis.

Die Unterbindung der Arteria anonyma gehört zu den selten ausgeführten und selten indicierten Operationen. Im ganzen sind in der Literatur 51 Fälle bekannt, von welchen nur 12 mit dem Leben davonkamen. Im vorliegenden Fall, welcher vom Verf. gleichzeitig in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie veröffentlicht worden ist, handelte es sich um ein nach Schussverletzung zustandegekommenes arterio- venöses Aneurysma zwischen der Arteria carotis interna und der Vena jugularis interna.

J. Tyrmos: Zur Casuistik der nicht parasitären Milzcysten.

Ein 36-jähriger Mann erlitt vor 8 Wochen ein schweres Trauma; jetzt Fieber, Dyspnoe und Schmerzen in der Milzgegend. Allgemeinzustand sehr schwer. Zwerchfellhochstand. Im linken Hypochondrium ein schmerzhafter riesiger Tumor, welcher sich bei der Operation als vereiterte Milzcyste, mit einer grossen Menge stinkenden Eiters (Bac. coli communis) angefüllt, erwies. Tamponade. Nach 6 Wochen Heilung.

A. Prokin: Zur Frage der angeborenen Anomalien der Hand.

Nach Besprechung der Einteilung der Handdeformitäten und der embryologischen Seite der Frage berichtet der Verf. über 10 Fälle der verschiedensten Formen von Polydactylie.

N. Ssinokewitsch: Ein Fall von Exarticulatio interileo-abdominalis.

Im Ganzen ist diese colossal eingreifende Operation bisher 19 Mal ausgeführt worden und zwar 16 Mal wegen Sarcom und 3 Mal wegen Beckentuberculose. Von den 16 Sarcomfällen konnten 5 Patienten (31,3 pCt.) gerettet werden. Von den 3 Tuberculosefällen genas nur einer (33,3%). Im Falle des Verf. handelte es sich um ein periostales Beckensarcom. Ausführung der Operation nach der Methode von Salischtschew. Trotz des geringen Blutverlustes ging der Patient wenige Stunden nach der Operation an Shock zu Grunde.

N. Beresnegowski: Die Oesophagotomia externa zur Entfernung von Fremdkörpern.

In der Literatur sind 413 Fälle dieser Operation beschrieben worden, davon starben 82 Patienten. Auf Russland entfallen von der Gesamtzahl 51 Fälle von Oesophagotomien. Verf. operierte ein $1^1/_2$ jähriges Kind, in dessen Oesophagus 6 Tage lang ein Knochen gesessen hatte. Die Speiseröhre war bereits perforiert und es bestand eine eitrige Perioesophagitis. Heilung.

A. Aleksejew: Ueber die medianen Halscysten.

Verfasser beobachtete in verhältnismässig kurzer Zeit 4 Fälle eines Ductus thyreoglossus persistens und erläutert die Aetiologie und Klinik dieser Anomalie. 2 von den Fällen des Verf. sind schon von ihm im 3. Bande der Arbeiten aus der Klinik Prof. Fedorows besprochen worden.

I. Rubaschew: Zur Casuistik der Schussverletzungen der Bauchhöhle.

In Friedenszeiten soll eine jede Verletzung der Bauchhöhle in den ersten 12 Stunden sofort operiert werden und zwar auch in solchen Fällen, wo nicht die geringsten Spuren einer Peritonitis oder Verletzung von Bauchorganen vorhanden sind. Nach 12 Stunden ist, falls nicht drohende Symptome auftreten, ein conservatives Abwarten am Platz. Beim geringsten Verdacht auf eine beginnende Peritonitis jedoch ist sofort zu operieren. Im Kriege ist natürlich ein conservativeres Verhalten durch die ungünstigeren Bedingungen geboten.

M. Chworostanski: Prolaps des zuführenden und abführenden Schenkels des invaginierten und durch den präternaturalen Nabelring vorgefallenen Darmes.

An einem 2-monatlichen Kinde, welches diese seltene Complication einer Nabelhernie zeigte, wurde ohne Erfolg eine Darmresection und Radicaloperation ausgeführt. Das Kind, welches schon vor der Operation in desolatem Zustand war, starb nach einigen Stunden an Herzschwäche.

A. Dolgopolow: Ein Fall von primär-isoliertem Netzechinococcus.

Operation und Heilung eines Falles.

G. Woskressenski: Zur Frage der sogenannten Cystitis cystica.

Die cystoiden Veränderungen der Harnblase erfordern noch weitgehende anatomische und in zweiter Linie klinische Studien. Die Ausscheidung der Cystitis cystica in eine besondere Krankheitsgruppe ist wissenschaftlich noch nicht genügend begründet. Es ist als wahrscheinlich zu betrachten, dass die Cystitis cystica und das Oedema bullosum vom histogenetischen Standpunkt identisch sind. Die Fälle von schwerer Cystitis cystica müssen chirurgisch behandelt werden. Die Prognose der schweren Formen der genannten Erkrankung muss im Gegensatz zu den Ausführungen von Suarez als nicht günstig betrachtet werden.

W. Pawlow-Silwanski: Zur Frage der Prostatasteine.

Bericht über 2 von Napalkow operierte Fälle. Im ersten Fall konnten aus der Prostata 584 kleine Steinchen im Gesamtgewicht von 6,0 gr, im zweiten Fall 300 Steinchen im Gesamtgewicht von 4,0 entfernt werden. Im zweiten Fall war die ganze Prostata von kleinen Eiterherden durchsetzt, dieser Patient kam acut ad exitum. Der erste Fall wurde durch die Operation geheilt.

E. Ssitnikowa: Die Fracturen der Metacarpal- und Digitalknochen der Hand.

In der Moskauer Klinik konnten von 1901—1908 im ganzen 7 Fälle von Metacarpalknochen — und 11 Fälle von Digitalknochenfracturen beobachtet. Am häufigsten wird eine Fractur des 3. Metacarpalknochens beobachtet.

N. Awstritz: Zur Frage der Cutistransplantation nach Krause.

Im ersten Fall handelte es sich um ein Melanosarcom der Stirn, im zweiten um einen Defect nach Entfernung eines Angioms. Verf. empfiehlt warm diese Methode.

A. Peterson: Zur Frage der Bauchdeckenplastik mittelst des Musc. obliquus externus bei Defecten der vorderen Bauchwand.

Den 5 von Spisharny und 1 von I. Grekow operierten Fällen reiht der Verf. einen Fall Napalkows an.

Der Erfolg war gut.

W. Sawin: Die angeborenen Deformitäten des Magens.

Der Magen stellte in seiner Form ein dünnes Rohr vor, wobei sich an seinem Fundus eine divertikelähnliche Ausbuchtung vorfand.

L. Muchanow: Zur Casuistik der Magenchirurgie.

Bericht über 4 Fälle von Magenresection wegen Pyloruscarcinom und eine Gastroenterostomie. Die Resection wurde nach der ersten Methode Billroths ausgeführt. 2 Fälle starben bald nach der Operation, ein Fall zeigte schon nach 6 Monaten ein Recidiv und ein Fall wird als recidivfrei bezeichnet, konnte jedoch nur 1½ Monate beobachtet werden.

P. Michalkin: Zwei Fälle von Pankreascysten.

In beiden Fällen Heilung durch Operation. Im ersten Fall ging die Cyste vom Kopf, im zweiten vom Ende der Bauchspeicheldrüse aus.

N. Bogojawlenski: Ueber Netztorsion.

Beschreibung eines Falles mit Ausgang in Heilung nach rechtzeitig vorgenommener Operation. (Resection des torquierten Netzstranges). Im ganzen sind etwa 60 Fälle dieser seltenen Erkrankung beschrieben worden. Die Mortalität beträgt etwa 14 pCt.

A. Cholodkowski: Ueber den Echinococcus der Bauchhöhle.

Verf. operierte im Verlaufe eines Jahres 3 Fälle von Echinococcus der Bauchhöhle. Im ersten Fall handelte es sich um einen primären Echinococcus des grossen Netzes, im zweiten um eine Ovarialaffection und im dritten um eine Dissemination des Echinococcus im Bereich des Netzes, der rechten Tube und des Uterus. Alle 3 Fälle konnten geheilt entlassen werden.

P. Solowow: Zur Casuistik der Stichverletzungen der Niere.

Ein Fall von vollständiger Halbierung der Niere durch Stichverletzung. Da es nicht gelang die Blutung zu stillen, musste die Nephrectomie beider Hälften vorgenommen werden. Heilung. Aehnliche Fälle sind nur noch von Boari und Stuckey beschrieben worden.

J. Milenuschkin: Fünf Fälle von Ureterentransplantation in die Flexur.

Bericht über 5 von Krassinzew operierte Fälle an Frauen wegen Incontinenz auf Grund von Zerstörung des Septum vesico-vaginale. In 2 Fällen Exitus am 15. resp. 3 Tage nach der Operation. In den übrigen 3 Fällen ist das Resultat befriedigend.

E. Hesse.

Bakteriologie, Serodiagnostik u. Serotherapie.

Chark. med. shurnal.

N. Malischewski: Kritische Uebersicht der Versuche mit der biologischen Reinigung der Abwässer auf den Rieselfeldern der Stadt Moskau. (Nr. 1 und 2).

Es wurden Versuche angestellt, in wie weit das biologische Abwässerreinigungsverfahren bei den klimatischen und sonstigen Verhältnissen Moskaus wirksam bleibt. Dabei erwiesen die Versuche mit der Oxydation nach dem Füllverfahren ihre volle Tauglichkeit und ergaben mit den ausländischen gleiche Resultate. Bei der Oxydation nach dem Dunbarschen Tropfverfahren war das Misslingen durch Ueberlastung der Oxydationskörper mit Abwässern zu erklären, z. T. auch durch andere Fehler in der Versuchsanordnung. Bei den stärksten Frösten liess sich an den offenen Oxydationsbeeten keine Schwächung der Arbeit wahrnehmen. Ueber den Einfluss der Fröste auf die offenen Oxydationskörper nach dem Tropfverfahren liess sich kein endgiltiges Urteil erlangen, da der Moskauer Oxydationskörper zu klein war und die kleinen im Winter viel stärker abkühlen als die grossen. Die Verteilung der Abwässer auf der Oberfläche des Oxydationskörpers (Tropfverfahren) muss um so gleichmässiger geschehen, je grösser die Stücke des verwendeten Materials. Bei Verwendung eines doppelten Oxydationskörpers nach dem Tropfsystem erhält man bedeutend bessere Resultate, als mit dem einfachen bei gleichem Volum des zu filtrierenden Materials.

W. Nedrigailow: Eine Untersuchung verdächtiger Fäces auf Cholera nach der Complementbindungsmethode mit positivem Resultat. (Nr. 2.)

Zur Diagnose eingesandte Fäces, in denen nachträglich auch culturell Choleravibrionen nachgewiesen werden konnten, ergeben mit der vom Verf. früher angegebenen Methode der Complementbindung ein Ausbleiben, resp. eine Abschwächung der Hämolyse.

D. Konew: Die Präcipitationsreaction als diagnostische Methode bei Rotz. (Nr. 2).

Zur möglichst vollständigen Lösung der Rotzbacillen verwendete Verf. das Antroformin und filtrierte diese Lösung durch Papier und Berkefeldfilter. Diese Flüssigkeit nennt er Mallease und erhält mit ihr bei vorsichtiger Ueberschichtung mit Pferdeserum bei malleuskranken Tieren eine Trübung in Form eines weissen Ringes. Die Reaction kann schon in frühen Stadien der Krankheit verwandt werden und ist ein einfaches und schnelles Verfahren. Das zur Diagnose zu verwendende Blut muss vor Einführung von Mallein entnommen werden. Die Lösungen der Mallease müssen mit einem Standartserum vorher austitriert sein.

R. Kraus: Zur Frage nach dem Virus und den Präventivimpfungen bei Poliomyelitis acuta. (Nr. 3).

Nachdem das Virus der Poliomyelitis acuta als ein dem Wutvirus gleiches festgestellt war, lag es nahe auch nach gleichen Principien ein Verfahren der Präventivimpfungen zu finden. Die Schwierigkeit liegt nur darin, dass das Poliomyelitisvirus ausser auf Affen auf keine Tiere überimpfbar ist. Mit diesen aber wurden einige Versuche angestellt, wobei am 10-ten Tage nach einer einmaligen Präventivimpfung mit abgetötetem Virus eine Impfung mit wirksamen Virus vorgenommen wurde. Die Tiere blieben gesund.

W. Barikin: Zur Frage der Immunitätsdauer bei den gegen Cholera Geimpften (Nr. 3).

Um der Frage, wie lange nach der Präventivimpfung gegen Cholera eine Immunität sich erhält, experimentell näher zu treten, wurden an 104 Studenten der Medicin, die sich dazu freiwillig hergaben, entsprechende Untersuchungen angestellt. Alle wurden in wöchentlichen Intervallen mit nach Kolle angefertigter Vaccine geimpft. Zur Feststellung des Immunitätsgrades wurden dann in verschieden grossen Intervallen ihr Blutserum auf Agglutination Choleravibrionen gegenüber und auf seine baktericiden Eigenschaften vermittelst des Pfeifferschen Phänomens in vitro geprüft. Es erwies sich, dass im Blut der Vaccinierten sich am meisten specifische Agglutinine und Bakteriolysine im Laufe des ersten Monats nach der letzten Injection bilden. 7—9 Monate nach der Impfung übersteigt die Menge der Bakteriolysine im Blut meist nicht die normale Menge. Eine bereits einmal überstandene Impfung verleiht dem Organismus die Fähigkeit energischer mit der Production von Schutzstoffen gegenüber der Einführung von Choleragift zu antworten.

D. Grinew: Ueber Aenderung der Wirksamkeit des Complements bei verschiedenen Temperaturen (Nr. 6).

Versuche das Complement (Meerschweinchenserum) bei verschiedenen Temperaturen (—8°, +8°, +20°, +38°) aufzubewahren, wobei sich herausstellte, dass die Wirksamkeit am besten im Serum in gefrorenem Zustande erhielt.

M. Mühlmann: Zur Pathologie der Dysenterie (Nr. 6).

Durch bakteriologische Untersuchung von 65 Fällen von typischer Dysenterie gelang es dem Verf. festzustellen, dass nur in 25 Fällen der Bac. Shiga-Kruse, in 25 Fällen Amöben und in 40 Fällen ausschliesslich Bact. coli nachzuweisen war. Trotzdem wird der Bac. Shiga-Kruse für den Erreger der Krankheit angesprochen, da er in sämtlichen Fällen vom Serum der Kranken agglutiniert wurde. Dagegen wird den Amöben kaum eine Bedeutung für den Krankheitsprocess zugesprochen und auch für die Entstehung der Leberabscesse als irrelevant angesehen. Diese sollen aus Necroseherden entstehen die durch die Toxine des Dysenteriebacillus gesetzt werden und dann hämotactisch auf die Leukocyten wirken.

K. Egorow: Zur Identität des Hämotropins und hämolytischen Amboceptors (Nr. 7).

Auf Grund seiner Versuche kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen: Es ist kein Parallelismus in der Zeit des Auftretens des Hämotropins und Hämolysins zu constatieren, sie sind somit nicht identisch. Nach einmaliger intravenöser Injection fremder Erythrocyten tritt im Blut zuerst der hämolytische Amboceptor und erst später das Hämotropin auf; das letztere verschwindet dann etwas langsamer. Das Hämotropin findet sich im Blut ohne jegliche Beziehungen zum Agglutinin. Die Identität des Opsonins mit Amoboceptor und Complement erhellt aus der Bildung activen Haemoopsonins aus minimalen an sich unwirksamen Mengen hämolytischen Amboceptors und Complements. Die schwankende phagocytäre Fähigkeit von Leukocyten verschiedener Herkunft, erfordert bei solchen Versuchen die Bestimmung des Titers des bakteriotropen- oder hämotropen Titers eines Standartserums, ohne welche die Versuche ihre Beweiskraft einbüssen.

M. Isabolinski: Zur Theorie und Praxis der Serodiagnostik der Syphilis (Nr. 7).

Bei Nachprüfung der von Hecht, Bauer, Tschernogubow, Stern und a. empfohlenen Modificationen der Wassermannschen Reaction kam I. zur Ueberzeugung, dass sie sämtlich nicht die gleichmässigen Resultate geben, wie die ursprüngliche von Wassermann angegebene Methodik. Da zur Ausführung der Reaction nicht nur entsprechendes Material, sondern auch eine geübte Hand Vorbedingung ist, so ist dieselbe nur gewissen centralen Institutionen zu übertragen, die das Vertrauen rechtfertigen. Nicht inactiviertes, normales Menschenserum, sowohl complementhaltiges, wie nicht complementhaltiges, kann anticomplementär wirken in denselben Dosen, wie das eine halbe Stunde bei 56° inacti-

vierte Syphilisserum. Das nicht inactivierte, complementhaltige oder nichtcomplementhaltige Syphilisserum oder seröse Flüssigkeiten können hämolytisch wirken und damit das Phänomen der Complementbindung verdecken. Dieselben Sera und Flüssigkeiten wirken nicht hämolytisch, wenn sie ½ Stunde auf 56° erwärmt sind.

N. Kostromin: Zur Prüfung des Coefficienten der Giftabschwächung der Tollwut (Nr. 7).

In der Nedrigailowschen Formel für den Coefficienten der Virulenzabschwächung der Tollwutvirus prüfte der Verf. die Bedeutung der verwendeten KHO-menge und der Temperatur und fand, dass die erstere keinen merkbaren Einfluss hätte, die Temperatur dagegen die Hauptrolle spielte.

W. Palmirski und S. Karlowski: Ein Beitrag zu den Pasteurschen Präventivimpfungen. (Nr. 8).

Diese Arbeit bringt die statistischen Daten des Warschauer Instituts für Tollwutpräventivimpfungen und constatiert das Factum, dass mit der Verwendung von Virus höherer Virulenz auch die Erfolge befriedigendere geworden sind, indem die Procentzahl der Sterblichkeit während der Behandlung bedeutend zurückgegangen ist. Eine Tabelle illustriert das Gesagte.

D. Grinew: Ueber einige Eigenschaften des Antigens und Serums, die bei der Wassermannschen Reaction Verwendung finden. (Nr. 9).

Es wird die Frage einer Prüfung unterworfen, wie die Organe der verschiedenen Organe mit «Sicher» syphilitischem Serum reagieren, wobei es sich herausstellte, dass sämtliche Organe neugeborener Kinder, sowohl nicht luetischer (4) als luetischer (1) mit Luesserum Complementablenkung im Rahmen der gewöhnlichen Wassermannschen Reaction gaben. Um dem Bau der wirksamen Substanz im Serum näher zu kommen, wurde das Blut von verschiedenen Tieren geprüft, wobei es sich herausstellte, dass Schaf, Pferd, Kalb und Kaninchen, ebenso wie der Syphilitiker, Complementablenkung gaben und nur die Ziege negativ reagierte. Weitere Versuche zeigten, dass die wirksame Substanz im Serum keinen fermentativen Charakter haben könne, da sie eine Erwärmung bis zu 56° vertrug und auch Dialyse und Filtration ohne Einfluss auf die Wirksamkeit des Serums blieb. Ebensowenig konnte der Kern ein anorganisches Salz sein, da weder Dialyse in destilliertem Wasser noch in phys. NaCl-Lösung, wobei alle Salze bis auf das NaCl entfernt wurden, die Substanz beeinträchtigten. Auch war sie relativ wärmebeständig, da sie eine Erwärmung bis zu 90° vertrug. Es scheint eher eine Verbindung mit Globulinen als mit Albuminen zu sein. Auch rein lipoiden Charakter scheint die Substanz nicht zu haben, da sie in den meisten fettlösenden Reagentien nicht extrahierbar ist. Es sind demnach wohl complicierte Verbindungen von Eiweiss mit Lipoidsubstanzen.

S. Michailow: Neueres über Neuro-, Nephro- und Hepatotoxine (Nr. 9).

Bei Immunisierung von Kaninchen mit alcoholischen und wässrigen Extracten aus Leber und Nieren von Ratten tritt im Serum ein nur schwach wirkender hämolytischer Amboceptor für Erythrocyten der Ratte auf, während Behandlung mit derartigen Extracten aus dem Centralnervensystem überhaupt keinen solchen Amboceptor entstehen lässt. Bei Immunisierung von Kaninchen mit alcoholischen und wässrigen Extracten der Leber, Nieren und des Centralnervensystems der Ratte treten im Serum Hämagglutinine auf. In der Entstehung dieser beiden Stoffe ist kein Parallelismus zu constatieren. Das Endresultat dieser Arbeit wird in dem Satz zusammengefasst, dass bei Immunisierung eines Tieres einer Art mit alcoholischen Extracten der Organe eines Tieres einer anderen Art, im Serum Körper auftreten, die complementbindend wirken, wenn sie mit den vorerwähnten Extracten zusammengebracht werden. Diese Körper müssen als nicht eiweissartiger Natur angesehen werden.

E. Krist: Zur Anwendung des Gonococcenserums beim Tripper (Nr. 9).

2 Fälle von chronischem Tripper mit Injectionen von Antigonococcenserum von Parke Davis u. Co. geheilt.

N. Filippow. Apparat zur Percussionsauscultation bei exsudativer Pleuritis (Nr. 9).

Die Angabe von Sieure aus dem Jahre 1883, dass beim Auflegen einer Münze und Draufklopfen mit einer zweiten der metallische Klang bald verloren geht, bald wiedererscheint je nachdem ob beim gleichzeitigen Auscultieren lufthaltiges Gewebe oder Exsudat dazwischen liegt, veranlasste den Verf. einen kleinen Apparat zu construieren, der es dem Auscultierenden selbst gestattet das Klopfen von Metall gegen Metall auszuführen.

S. Silber: Die präventiven Vaccineimpfungen während der Scharlachepidemie des Jahres 1908 im Bulganakschen medicinischen Bezirk des Kreises Simferopol. (Nr. 10).

Verf. impfte 73 Kinder. Nur ein einziges Kind erkrankte doch an Scharlach und machte ihn ziemlich schwer durch. Obgleich die Eltern ihre Kinder gern zum Impfen brachten, so wurden doch nur die geimpft, die nicht im Verdacht standen in der Incubation zu sein oder auch sonst irgend wie leidend waren. Eine grosse Beweiskraft will der Verf. seinen Zahlen auch daher nicht beilegen. Angewandt wurde die von Gabritschewski empfohlene Antistreptococcenvaccine.

S. Kozewalow: Ueber die Statistik der Pasteurschen Institute. (Nr. 10).

Da die Statistik in den verschiedenen Instituten für Wutschutzimpfung nach sehr verschiedenen Principien geführt wird, so sind die Resultate auch garnicht unter einander vergleichbar und es erscheint dem Verf. daher zweckmässig, zunächst eine einheitliche Classification der Verwundungen einzuführen, ausgehend von prognostischen Principien, vor Allem aber die Verletzungen der Hände in eine besondere Rubrik auszusondern. Bei Verwendung des statistischen Materials sollen nur solche Personen in Betracht gezogen werden, die wirklich von wutverdächtigen Tieren gebissen worden sind, während solche Personen ganz ausgeschaltet werden sollen, die nur in Berührung mit kranken Tieren gekommen sind, oder wo die Tiere sich als gesund herausgestellt haben. Es soll danach gestrebt werden, die Sicherheit des statistischen Materials dadurch zu erhöhen, dass die Wut des kranken Tieres experimentell oder histologisch in jedem Falle festgestellt werde. Eine Controlle der Heilerfolge sollte jedesmal ein Jahr nach Beendigung der Cur durch Umfrage ausgeübt werden. Endlich wird der Abänderung der Berechnung der reducierten Mortalität das Wort geredet.

W. Nedrigailow: Zur Frage der Phagocytose. (Nr. 10).

Es erweist sich, dass nur lebende Leukocyten Bakterien zu ergreifen imstande sind, dass das Protoplasma diese Eigenschaft bei 14—15°, bei Centrifugieren selbst bei 9—10° C. bewahrt. Auch vertragen die Leukocyten recht niedrige Temperaturen: sie können in phys. NaCl-Lösung 5—6 Tage bei 4—6° C. sich erhalten.

Ucke.

Ophthalmologie.

Westnik Oftalmologii.

Juli—August 1910.

K. Orlow: Zur Casuistik rudimentärer Iriskolobome.

O. beschreibt den zufälligen Befund an zwei Hundeaugen. Es handelte sich um teilweise Defecte des Pigmentblattes. Auf dem rechten Auge findet sich ein kleiner rundlicher Defect nur auf der Regenbogenhaut. Auf dem linken Auge hat der Defect ovale Spaltform und erstreckt sich auf alle drei Teile des Uvealtractus.

I. Markow: Resultate seiner Untersuchungen an den drei Mittelschulen in Samara.

Commerzschule 395, Realschule 378, Kirchenschule 612 Lernende. Je höher die Anforderungen an die Augen, desto mehr kurzsichtige. Die Altersgruppe 13 bis 15 Jahr weist die stärkste Steigerung auf. Race und erbliche Disposition ist nebensächlich, der Grad der Culturarbeit ist die Hauptsache für die Verbreitung der Schulkurzsichtigkeit. Verbesserungen in der Methode des Unterrichtes, Pflege des Körpers und alle Art Sport sind die besten Mittel gegen die Ausbreitung der Schulmyopie. In den russischen Mittelschulen nimmt die Kurzsichtigkeit während der letzten Jahrzehnte ab.

K. Tamamschew: Augenmuskellähmungen nach Verletzungen der Augenhöhle.

Durch Aufstossen gegen einen Riegel war das rechte Auge und der rechte obere Orbitalrand verletzt worden. Einriss des oberen geraden Augenmuskels und starke Beschränkung in der Beweglichkeit des oberen schiefen Augenmuskels. Der Augapfel nach unten hin luxiert. Reponierung des Augapfels, Vereiterung der Wunde. Wegen Schielstellung des rechten Auges nach unten wird sechs Monate nach der Verletzung die Vorlagerung des abgerissenen Rectus superior und gleichzeitig die Rücklagerung des Rectus inferior ausgeführt. Guter kosmetischer Erfolg. Bilder.

W. Filatow: Einfluss des Blutserums auf das Auge.

Eine Studie, die erstens feststellen sollte, wie das Serum verschiedener gesunder Tiere auf das Auge wirkt, zweitens die Wirkung des immun-hämolytischen Serums auf das Auge. Normales Serum gleichartiger Tiere wird reactionslos vertragen. Serum vom Blute des Hundes, Wolfes, Schildkröte, in ein Kaninchenauge gespritzt, ruft in diesem heftige entzündliche Reaction hervor. Kaninchenserum wird vom Auge des Hundes unter mässigen Reizerscheinungen überwunden, dagegen ruft Katzenserum im Hundeauge eine Iridocyclitis hervor. Ebenso wirkt Hühnerserum im Hundeauge. Immun-hämolytisches Serum des Meerschweinchens, immunisiert durch

Blutkörperchen des Kaninchens, bewirkt, in das Auge des Kaninchens gespritzt, Entzündung. In gleicher Weise immunisiertes Hundeserum, in das Kaninchenauge gespritzt, ruft ebenfalls Entzündung und Degeneration der Gewebe hervor. Serum des Kaninchens, immunisiert durch Blutkörperchen des Hundes, wird in das Hundeauge gebracht und ruft dort schwere Entzündungen hervor. Werden die aufgezählten Sera direct in den Blutkreislauf gebracht, dann reagiert das Auge des Versuchstieres garnicht. Versuche die Resorption von Blut im Auge durch Hämolysine anzuregen und zu beschleunigen, fielen negativ aus, sind vielmehr direct gefährlich, weil die Hämolysine, local appliciert, direct toxisch wirken.

L. Swerjewski: Topographisch-anatomische Beiträge aus dem Gebiet der Tränenableitungswege nebst zehn Photogramm-Bildern der betreffenden Skeletteile.

Für ein genügendes Referat ungeeignet, muss gelesen werden.

G. Rabinowitsch. Ueber die prognostische Bedeutung der Retinitis albuminurica.

Eine Zusammenstellung aus der Literatur ergibt, dass selten mehr als zwei Jahre nach dem Erscheinen der Veränderungen in der Netzhaut, das Leben erhalten wird. Bis zu 70 pCt. sterben bereits im Laufe des ersten Jahres nach Auftreten des Augenleidens. R. hat 21 Kranke bis zum Exitus beobachten können. Vierzehn (66 pCt.) starben bereits im Verlaufe der ersten sechs Monate seit Auftreten der Augenstörung dazu noch drei bis zum Schlusse des ersten Jahres. Am Schlusse des zweiten Jahres lebte nur noch eine Patientin. Ungleich besser ist die Prognose quoad vitam et ad visum bei der Retinitis albuminurica der Schwangeren.

B. Oretschkin: Ueber Frühjahrskatarrh.

O. hat vier Fälle beobachtet und teilt die Krankengeschichten mit.

A. Schiele: Ueber die Wirkung subconjunctivaler Einspritzungen von Jodnatrium und Jodkali zwecks Aufhellung von Linsentrübungen.

Eine weiche Chorioidealcatarract im erblindeten Auge behandelte Sch. versuchsweise mit Injectionen Sol. Natrii jodici 1:1000 je eine ganze Spritze. Innerlich gleichzeitig 2 pCt. Jodlösung zwei mal pro Tag. 50 Injectionen werden gemacht, durchschnittlich zwei in der Woche. Dabei soll eine stetige Aufhellung und Rückbildung der Linsentrübung vor sich gegangen sein, so dass die Patientin mit einem schwarzen Pupillargebiet entlassen wurde. Nach vier Monaten verschwand der kosmetische Erfolg und die trübe Linse war wiederum zu sehen. Nun wurde ohne Erfolg discidiert und darnach extrahiert ohne Iridectomie. Die extrahierte Linse soll nur im vorderen Teile, trübe und verdickt, die hinteren Linsenteile sollen ganz durchsichtig gewesen sein. Die Patientin war 17 Jahr alt. Ob die Injectionen genützt haben, erscheint wohl sehr zweifelhaft.

K. Tamamschew: Ein Fall acuter doppelseitiger Entzündung der Tränendrüsen.

Die Krankengeschichte eines sechsjährigen Mädchens.

Bericht über die Verhandlungen der Moskauer Ophthalmologischen Gesellschaft für das Jahr 1909.

Casuistische Mitteilungen und Demonstrationen überwiegen. Die grösseren Arbeiten, die hier vorgetragen wurden, sind in dieser Zeitschrift erschienen und dann auch bereits referiert worden.

G—h.

Russki Wratsch 1910.

P. Tschistjakow: Spiritus aromaticus, als Ursache der Amblyopie und Blindheit. (Nr. 6).

Verf. berichtet über 2 Fälle von Atrophie der Sehnerven, bei welchen als einzige Ursache das Trinken von Spiritus aromaticus gefunden werden konnte.

I. Protopopow: Ein Fall von Tarsitis syphilitica. (Nr. 10).

Der krankhafte Process war sehr typisch und localisiert im Knorpel und angrenzenden Gewebe, so dass im gegebenen Falle eine specifische (syphilitische) Erkrankung des Knorpels vorausgesetzt werden müsste. Da auch charakteristische Narben auf der Haut und Vergrösserung der Lymphdrüsen zu constatieren waren, so wurde Patientin einer Schmiercur unterzogen und Jodkali innerlich gegeben, woraufhin die Erscheinungen schwanden.

A. Wainstein: Ein Fall von einseitigem Buphthalmus mit angeborener Hypertrophie des oberen Augenlides (Elephantiasis neuromatosa s. Neurofibroma congenitum palpebrae sup.).

Genaue Beschreibung des Falles mit makro- und mikroskopischen Abbildungen.

A. von Poppen und E. Klimowitsch: Die Durchgängigkeit der Augenmedien für ultra-violette Strahlen (Nr. 16).

Vorläufige Mitteilung.

P. Kutscherenko: Zur Frage über die Aetiologie des Trachoms. (Nr. 18).

Vorläufige Mitteilung.

P. Kaz: Ueber die Behandlung des beginnenden Altersstaars mit Augentropfen aus Jodsalzen. (Nr. 20).

Alle Fälle beginnenden Staars, bei denen K. in den letzten 11 Jahren diese Behandlung anwandte betrug über 60: genau verfolgt von denen sind 21, die chronologisch in einer Tabelle geordnet sind und zeigen, dass die Jodtropfen ohne Frage einen günstigen Einfluss auf den Staar ausüben.

Fr. Mühlen.

Wojenno-medizinski Shurnal 1909.

E. Tarnowski: Ueber den Stand der Trachomfrage. October.

Autor tritt dafür ein, dass die alten Medicamente, das Cupr. sulf., das Argent. nitr. und Plumb. ac. noch wie vor bei der Behandlung des Trachoms als die besten zu betrachten sind; die Follikeln müssen mit Vorsicht entfernt werden, es dürfen keine Verletzungen der Schleimhaut in grösserem Massstabe vorkommen, ebenso sind die Excisionen dieser zu vermeiden, da die Schleimhaut von grosser Bedeutung für das Auge ist.

A. Terentjew: Einige interessante ophthalmologische Beobachtungen. October.

T. berichtet über den Befund 1) einer Augenwimper in der vorderen Kammer, die 14 Jahre in derselben gelegen hatte, ohne irgend welche Symptome hervorzurufen, sie war an die Linsenkapsel angewachsen; ferner beobachtete er einen 2) Fremdkörper in der Hornhaut, einen Metallsplitter, der dort 3 Jahre zugebracht hatte; nach Entfernung schnelle Heilung des Ulcus mit Hinterlassung einer Macula; dann 3) ein Glasstück im rechten Augenlide, das bei einer Explosion eingedrungen war, aber keine besonderen Erscheinungen hervorgerufen hatte und 14 Monate bis zur operativen Entfernung dort liegen blieb; schliesslich 4) Krankheitserscheinungen an einem Auge als Folge einer in der Kindheit überstandenen Meningitis, sie bestanden in: entzündlicher Atrophie des einen Sehnerven, Lähmung aller äusseren Augenmuskeln desselben Auges, Ptosis, Augapfelatrophie.

M. Gussew: Ueber die Behandlung des Trachoms mit Radium in den militärischen Isolierabteilungen für Augenkranke. October.

Autor weist auf verschiedene neuere Arbeiten hin, die gute Resultate mit der Anwendung des Radiums bei Trachom erzielt haben, während andere Oculisten vor Anwendung des Radiums warnen. G. findet daher Versuche in der Armee an trachomkranken Soldaten verfrüht.

K. Noischewski: Historische und kritische Uebersicht der Methoden der Untersuchung der Sehschärfe. Januar.

Referierende Arbeit.

L. Zwieback: Ein Fall von Iritis tuberculosa, behandelt mit Einblasungen von Luft in die vordere Kammer. Februar.

Bei einem 8-jährigen Mädchen wurde die Diagnose Iritis tuberculosa durch das Tierexperiment erhärtet, es wurde durch Punction gewonnene Flüssigkeit der vorderen Kammer des kranken Auges einem Hasen in die vordere Kammer injiciert und hierdurch eine tuberculöse Iritis bei Hasen hervorgerufen. Es fanden sich beim Kinde Tubercula disseminata auf der Iris. Lufteinblasungen in die vordere Kammer, fünf an der Zahl, blieben ohne jeden Erfolg.

G. Surow: Der Verlauf des trachomatösen Pannus der Cornea unter dem Schutz eines Stückes Eihaut. März.

Autor kam auf den Gedanken, beim Menschen den «Pannus crassus» durch ein Stück Hühnereihaut zu schützen und fand, dass er daher gut zur Heilung kommt. Das Stück muss 2—3 mm gross sein, wird vorher in Sublimatlösung und physiologischer Kochsalzlösung abgewaschen.

A. Bekmann: Ein neues Princip der Untersuchung bei Simulation von Blindheit auf einem Auge. März.

Beschreibung eines kleinen Apparates zu diesem Zweck.

A. Lawrentjew: Der XI. internationale ophtalmologische Congress in Neapel.—December.

Congress-Bericht.

W. Schiele.

Pathologie und Therapie.

Russki Wratsch. 1910.

N. Below: Zur Frage über die physiologische Bedeutung der Corpora lutea. (Nr. 12).

Das Corpus luteum ist zweifellos eine zeitweilig arbeitende Drüse, welche eine sehr wichtige Rolle in der Oeconomie des weiblichen Körpers spielt. Die Bezeichnung Corpus luteum ist zu ersetzen durch «Glandula lutea ovarii». Das Secret derselben verringert den Blutdruck und verlangsamt den Puls. In Bezug auf den Blutdruck ist das Corpus luteum ein Antagonist der Nebenniere.

F. Antskratow: Die subcutane Reaction Mantoux und ihre Bedeutung für die specifische Behandlung der Tuberculose. (Nr. 12).

Vorläufige Mitteilung.

P. Mesernizki: Zur Frage über den Einfluss der Radiumstrahlen auf Lecithin. (Nr. 12).

Experimentelle Studie.

M. Grusdew: Ueber die Anwendung von Curven bei der Messung von Lernenden (Nr. 13).

Verläufige Mitteilung.

E. Farmanek: Resorption der Heilsera bei Einführung derselben in den Magendarmkanal und die Aenderung unserer Ansichten über die Resorption. (Nr. 14).

Zum Referat nicht geeignet.

A. Pawlowski: Zur Frage über die Immunisation gegen Tuberculose und über Serumbehandlung der letzteren. (Nr. 14—16).

Die Versuche mit Serum zu immunisieren oder zu behandeln verschiedene Kalt- oder Warmblüter erwiesen sich als vollständig erfolglos; mit keinem der Sera gelang es die experimentelle Tuberculose beim Meerschweinchen zur Ausheilung zu bringen, ungeachtet der vielen, verschiedenen und jahrelangen Versuche in dieser Richtung. Daher ist auch die Behandlung der Tuberculose des Menschen mit Serum aussichtslos und muss dieser Weg von der experimentellen Medicin aufgegeben und nach einem neuen gesucht werden.

A. Rubel: Compensation bei chronischer Lungentuberculose. (Nr. 14 und 15).

Zu einem Referat nicht geeignet.

N. Lebedew: Zur Casuistik langdauernden Verweilens eines Fremdkörpers im Bronchus (Nr. 4).

Casuistischer Beitrag. Das 1,3 - 1,09 und 0,8 ctm. Knochenstück werde nach 2½-jährigen Verweilen im Bronchus ausgehustet.

W. Orlowski: Zur Palpation des Wurmfortsatzes (Nr. 15).

O. gelang es bei 510 Männern, welche nicht an Erscheinungen von Appendicitis litten oder früher diese Krankheit durchgemacht hatten, bei 250 d. h. in 49% den Wurmfortsatz zu palpieren.

A. Grigorjew: Neue Methoden von Bakterien und Spirochätenfärbung in Gewebsschnitten auf eine modificierte Weise nach Gramm. (Nr. 16).

Zum Referat nicht geeignet.

A. Semitschow: Ueber vergleichende Wirkung der narkotischen und schlaferregenden Mittel der Fettreihe auf das isolierte Herz. (Nr. 16).

N. Jurmann: Ein Fall von Psychose hervorgerufen durch Vergiftung mit Cloakengasen. (Nr. 16).

Durch Einatmung schädlicher Gase während der Arbeit in einer Grube Chambot entwickelte sich bei dem 25-jährigen Arbeiter ein schwer-krankhafter Zustand mit vorwiegenden Erscheinungen der nervös-psychischen Sphäre.

J. Sashin: Alcohol und Nachkommenschaft. (Nr. 16).

Enthält Bekanntes.

K. Korowitzki: Ueber Viscosität des Blutes und deren klinische Bedeutung. Nr. 14—17.

Zum Referat nicht geeignet.

P. Sarnizin: Eine neue Methode für die Erlangung des Inhaltes der Dünndärme mit Hilfe der «Capsel mit dem Schwamm». (Nr. 17).

Vorläufige Mitteilung.

W. Schipatschew: Zur Frage über die Versorgung der peripheren Nerven mit Blutgefässen (Nr. 17).

Vorläufige Mitteilung.

A. Schingarew: Nikolai Iwanowitsch Pirogow als Persönlichkeit, Pädagog und Denker (Nr. 17—18).

Rede, gehalten auf der I. allgemeinen Versammlung bei Eröffnung des 11 Pirogowschen Congresses in Petersburg am 1. April 1910.

. Studinski: Zur Frage über die physiologische Wirkung des Extractes der Nebennieren. (Nr. 18—19).

Experimentelle Studie.

P. Michailow: Zur Frage über die bakteriologische Diagnose der tuberkulösen Erkrankungen (Nr. 18).

Vorläufige Mitteilung.

A. Koslow: Zur Frage über die klinische Bedeutung des Nachweises von Tubercelbacillen im Blut. Färbung der körnigen Formen von Much nach einem veränderten Verfahren nach Gramm. (Nr. 19).

Vorläufige Mitteilung.

N. Petrow: Ueber Veränderungen der Schilddrüse und Nebennieren bei Alcoholvergiftung. (Nr. 20).

Experimentelle Untersuchung von Kaninchen und Hunden.

E. Shebrowski: Ueber subcutane Lymphdrüsen des Brustkorbes bei Lungentuberculose. (Nr. 20).

In 20% der Fälle bei Lungentuberculose Erwachsener findet man eine Vergiftung der Gl. thoracales laterales inferiores, welche im 4. und 5. Intercostalraum in der Lin. axillaris media gelegen sind. Dieselbe ist bedingt durch specifische Veränderungen, die hervorgerufen werden durch die aus dem Inneren des Brustkorbes dorthin gelangten Bacillen. Bei Personen, die keine Symptome von Seiten der Lungen oder Pleura aufweisen, trifft man diese Vergrösserung in 2,58% der Fälle und zwar können sie bedingt sein durch Erkrankungen folgender Organe a) der Hautdecken des Brustkorbes, b) der oberen Extremitäten, c) der Mamma, d) der Brustwand, e) der Organe der Brusthöhle wie: Bronchialdrüsen, der Speiseröhre und derselben anliegenden Drüsen. Die vergrösserten Drüsen liegen in der Mehrzahl der Fälle auf der Seite, auf welcher sich die erkrankte Lunge befindet, und daher können sie in einzelnen Fällen die Diagnose erleichtern.

W. Stange und S. Bruschtein: Zur Frage über Temperaturkrisen bei Tabetikern. (Nr. 21).

Das Interessante im beschriebenen Falle besteht darin, dass periodisch die sog. crises fébriles auftraten.

N. Westenrik: Die Kernprobe Prof. Adolph Schmidts (Nr. 21).

Zum Referat nicht geeignet.

M. Gramenitzki: Zur Frage über die toxische Wirkung der Fermente. (Nr. 21).

Experimentelle Studie.

L. Silberberg: Zur Frage über die genaue Aufzeichnung des Pulsus differens. (Nr. 21).

Vorläufige Mitteilung.

N. Wigdortschik: Das Schicksal der Medicin auf Fabriken. (Nr. 21).

Zum Referat nicht geeignet.

S. Dsershgowski: Zur Frage über die active Immunisation des Menschen gegen Diphtherie. (Nr. 22).

Experimentelle Studie.

A. Grube: Die Einwirkung der Injectionen von Knochenmarkextract auf die Erythrocytose. (Nr. 22).

Bei subcutaner Injection von Extracten aus der Milz und Knochenmark erhält man bei Tieren in den darauf folgenden Tagen eine nicht sehr starke Leukocytose, wobei die Erythrocytose durch Milzextract nicht erhöht wird. Der Extract vom Knochenmark gibt dagegen Erythrocytose, wobei die erste Welle auf den 3—4 Tag kommt und 15% erreicht, die zweite auf den 7—9 Tag und 20% ergibt. Wenn man ein und demselben Tiere einige Mal Knochenmarkextract injiciert, sieht man an den entsprechenden Tagen einige Wellen von Erythrocytose, welche bis 86% beobachtet werde. Der Extract wirkt augenscheinlich anregend auf das Knochenmark und erhöht seine blutbildende Function. Ein Cyclus der Erythrocytose beträgt 7—10 Tage.

A. Faworski: Zur chemischen und cytologischen Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit bei Nervenkranken. (Nr. 22).

Die Untersuchungen bestätigen die wenigen in der Literatur zu findenden Bemerkungen über die Bedeutung der Reaction von Nonne und Apelt bei Erkrankungen des Nervensystems und die praktische Anwendung der Zählkammer von Fuchs und Rosenthal.

N. Maschanowa: Zur Frage über die Anwendung der intravenösen Eingiessungen bei Cholera. (Nr. 22).

Dieselben sind kein radicales Mittel bei der Behandlung von Cholerakranken, geben aber in der ersten Zeit eine Erleichterung des Zustandes. Der allgemeine Procentsatz der Sterblichkeit wird durch denselben nicht verringert. Ausserdem muss bemerkt werden, dass gerade ein grosser pCt. Sterblichkeit in den Fällen beobachtet wurde, in welchen eine grosse Anzahl von Eingiessungen in die Venen und unter die Haut gemacht wurden, während ebensolche Kranke bei nur subcutanen Injectionen ein geringeren pCt. an Sterblichkeit aufweisen. Dieser Umstand und noch einige weniger wichtige Facta, wie häufige Schüttelfröste, Lungenödem, bedeutendes pCt. chronischer und acuter Nephritiden sprechen zu Ungunsten der intravenösen Injectionen, welche daher nicht in grossem Umfange angewandt werden sollten.

A. Koslow: Antiformin und seine Zubereitung. (Nr. 22).

Die Arbeit muss folgendermassen vorgenommen werden: 1) 188,0 Calcar. hypochlor. + 400 cbc. Wasser, 250,0 Natri carbonic. dep. cryst. + 600 cbc.; 2) gut mischen, und ruhig stehen lassen für 8—10 Stunden; 3) durchfiltrieren, auf CaCl prüfen, und wenn solches vorhanden ist, entfernen, durchfiltrieren und 4) lösen 10,0 Natri caustici depurat. auf 100,0 Labarraque-sches Wasser. Nach Beendigung dieser Manipulationen erhält man aus dem ersten Liter Wasser 600 cbc. (oder etwas mehr) Antiformin, welches nach Farbe, homogenisierender Eigenschaft und nach den erhaltenen Resultaten in keiner Weise dem käuflichen Antiformin nachsteht.

M. Lapinski: Ein eigenartiger Symptomcomplex von Nervenleiden bei Frauen und seine Behandlung. (Nr. 23).

Bei dem hier beschriebenen Krankheitsbilde handelt es sich um das typische Bild einer Neurasthenia, wobei aber die gewöhnliche Aetiologie dieser Krankheit fehlt. Im ganzen beobachtete Verf. 21 solcher Kranke von 14—45 Jahren, welche alle menstruierten. Verf. führt diese Erscheinungen auf Secretionsstörungen der Ovarien zurück. Besonders günstig wirken auf die Patientinen kühle Wannen bis 20° und 15° R.

B. Rutschinski: Zur Frage über die experimentelle atypische Wucherung des epithelialen Gewebes. (Nr. 23).

Experimentelle Arbeit.

W. Feldmann: Diagnostische Bedeutung der Cammidge-schen Reaction bei Erkrankungen des Pankreas. (Nr. 23).

Verf. hält diese Reaction für sehr wertvoll, da sie ihm in 100% der Fälle positive Resultate ergab.

M. Miks: Die ergänzende Tätigkeit des Magens. (Nr. 23).

Experimentelle Arbeit.

A. Karnizki: Zur Physiologie und Pathologie der Ernährung des Brustkindes. (Nr. 24).

Probelection.

N. Buschmakin: Lymphdrüsen der Achselhöhle und ihre Ernährung. (Nr. 24).

Vorläufige Mitteilung.

F. Tschistowitsch: Ein Fall von eigenartiger Affection der Leber mit bösartiger Hyperplasie der Leberzellen. (Nr. 25).

Zum Referat nicht geeignet.

P. Mesernizki: Zur Frage über die Synthese und Zerfall complicierter Eiweisskörper im tierischen Organismus. (Nr. 25).

Physiologisch-chemische Untersuchung.

I. Manuchin: Ueber Leukocytotherapie bei fibrinöser Lungenentzündung. (Nr. 26).

M. machte den Versuch bei Lungenentzündung den Kranken selbst entnommene und durch Gefrieren und Auftauenlassen zerstörte weisse Blutkörperchen zu injicieren. Dabei wurde von einer Erwärmung der Flüssigkeit Abstand genommen. Injiciert wurde dieselbe in die Vorderfläche der Schulter oder in den Oberschenkel. Schmerzen oder locale Reizung wurde niemals beobachtet. In 5 derartig behandelten Fällen war ein Rückgang der Entzündung zu verzeichnen, gleich am anderen Tage fiel die Temperatur unter Schweissausbruch, welcher am Abend vorher oder in der Nacht begann, und eine deutliche Crepitatio wurde hörbar über dem befallenen Lungenabschnitt. Eine beschleunigtere Lösung des Krankheitsprocesses ist daher nicht in Abrede zu stellen.

N. Klodnizki: Beobachtungen über den Flecktyphus in Astrachan. (Nr. 26 und 27).

K. gelang es ein Stäbchen zu isolieren, welches er Bacillus virulentus parvus benannt hat. Derselbe hat eine Grösse von 1,2—2,6 μ und besitzt eine besondere Virulenz. Mäuse krepieren bei Infection des Peritoneums bei einer Dosis von 0,000,000,001 und sogar 0,000,000,0001 cbc. in 20—30 Stunden, Kaninchen bei Injection in die Vene bei 0,01—0,001 nach 12 Stunden. Bei Meerschweinchen entwickelt sich eine acute Peritonitis und der Tod erfolgt in 20 Stunden. Weisse Ratten sind immun.

G. Iwaschenzow: Zur Frage über die Behandlung der Cholera (Nr. 26).

Reichliche systematische intravenöse Eingiessungen von Kochsalzlösung sind im algiden Stadium von grossartiger Wirkung. Die Menge lässt sich nicht genau bestimmen, schwankt zwischen 3—5 Liter pro Mal, bis 20 Liter am Tage. Die erste Eingiessung muss das notwendige Resultat haben, d. h. der Puls muss voll werden. Da das algide Stadium abgekürzt wird, so werden die Bedingungen für den Kampf mit dem Typhoid auch günstigere. Das Serum von Schurupow beeinflusst nicht das algide Stadium, wohl aber kürzt und erleichtert es das Typhoid, besonders wenn es wiederholt in Dosen bis 100 Gr. unter die Haut appliciert wird. Die beste Behandlung der Cholera heutzutage besteht in gleichzeitigen reichlichen intravenösen Injectionen von Kochsalzlösung und Anwendung von Schurupowschem Serum.

I. Iversen: Die Wirkung des Ehrlichschen Präparates «606» bei Malaria. (Nr. 27).

An einigen Fällen von Malaria tertiana versuchte I. die Wirkung der Arsenobenzols. Das Resultat der Behandlung entsprach ganz der Voraussetzung, nach einmaliger Einführung dieses Mittels ins Blut der Kranken hörten die Anfälle auf, subjective und objective Erscheinungen der Krankheit. Milzvergrösserung und in einem Falle bestehende Malariakachexie schwanden schnell und die Kranken genasen. Plasmodien, welche beim Beginn der Behandlung mit dem Präparat «606» in grosser Menge in den roten Blutkörperchen vorhanden waren, konnten nach der Injection nicht mehr nachgewiesen werden.

N. Dobrowolska: Zur Frage über die Reaction der Complementbindung bei Lyssa. (Nr. 27).

Experimentelle Studie.

W. Merkurjew: Die Wassermannsche Reaction bei Lepra und Abdominaltyphus (Nr. 27).

Zum Referat nicht geeignet.

L. Fofanow: Zur Frage über den Einfluss der Emanation des Radiums auf saures harnsaures Natron im tierischen Körper. (Nr. 28).

Experimentelle Arbeit.

A. Dobrotin: Zur Frage über die Diagnose des mehrkammerigen Echinococcus mit Hilfe einer biologischen Reaction-Ablenkung des Complementes (nach dem Typus der Wassermannschen Reaction). (Nr. 28).

Zum Referat nicht geeignet.

E. Schapschal: Ueber die Anwendung der Calmetteschen Ophthalmoreaction bei Tuberculose und anderen Erkrankungen (Nr. 28).

Wenn wir genau die Fälle durchsehen, so ist folgendes zu constatieren: von 68 tuberculosen Kranken gaben 61 ein positives Resultat 7 — ein negatives; d. i. 89,7 pCt. positiv und 10,3 pCt. negativ. 16 Kranke gaben eine schwache Reaction eine mittlere und 8 — eine starke. Bei allen konnte klinisch deutlich Tuberculose constatiert werden. Die Mehrzahl gehörte zum 2 und 3 Stadium, besonders waren es abgemagerte und kachektische Individuen, welche eine negative Reaction gaben. 3 mit positiver Reaction starben und die Section bestätigte Tuberculose.

Fr. Mühlen.

Wratschebnaja Gaseta 1910.

S. Brustein: Ueber die Behandlung der Neuralgien mit ultravioletten Strahlen. (Nr. 15).

B. behandelte 57 Fälle von Neuralgien mit ultravioletten Strahlen vermittelst der Kromayerschen Quecksilber-Quarzlampe; die Seancen dauerten 1—2 Minuten, die Entfernung betrug 5—7 Ctm., die reactiven Erscheinungen erreichten nach 20—30 Stunden ihren Höhepunkt, nach 3—4 Tagen waren sie meist geschwunden; nach Abklingen der Reaction erforderlichen Falles neue Bestrahlungen. Die Resultate waren folgende: Ischias: 26 Heilungen, 5 Besserungen, 1 Fall unbeeinflusst; Intercostalneuralgien: 10 Heilungen; Neuralgien des Plex. brachial: 6 Heilungen, 1 Besserung, 1 Misserfolg; Neuralgie des N. occipitalis: 3 Besserungen; des N. trigeminus: 2 Besserungen, 1 Misserfolg; des N. supraorbitalis: 1 Heilung. Summa: 43 Heilungen, 11 Besserungen, 3 Misserfolge. Recidive erfolgten in 3 oder 4 Fällen, die bald schwanden.

M. Tscheboksarow: Uber die Viscosität des Blutes. (Nr. 11, 12, 14, 15).

Autor kommt zu folgenden Schlüssen: der relative Coefficient der Blutviscosität ist bei Männern=4,80, bei Frauen=4,45. Schwankungen bei ersteren von 4,50—5,10 und bei letzteren von 4,20—4,75 sind innerhalb der Grenzen des Normalen. Die Viscosität ist erhöht bei Polycytämie, bei Erkrankungen, die Cyanose zur Begleitung haben, bei Icterus und in einigen Fällen von Leukämie. Gewöhnlich erniedrigt ist die Viscosität bei primären und secundären Anämien, Chlorose, chronischer Nephritis, bei Cachexie infolge bösartiger Neubildungen. Bei normalen Bedingungen sind die Schwankungen des Coefficienten der Viscosität meist parallel der Zahl der roten Blutkörperchen und dem Häemoglobingehalt. Die Viscosität des Blutserums hat den Coefficienten 1,60—1,70. Der Coefficient der Exsudate ist höher als der der Transsudate, wodurch diese sich leicht von einander unterscheiden lassen. Der Hess-sche Viscosimeter ist am Krankenbett gut zu verwenden.

Schiele.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. P. Hampeln, Riga.
Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga.
Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 44 St. Petersburg, den 30. October (12. Nov.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Ueber nicht-diabetische Glykosurie vom versicherungsärztlichen Standpunkt.

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. med. F. Dörbeck.

M. H. Soviel ich mich entsinne, sind hier in unserem Verein versicherungsmedicinische Fragen nur ganz selten und ausnahmsweise behandelt worden, obgleich zu unserem Verein verhältnismässig recht viele Versicherungsärzte gehören. Das ist umsomehr zu bedauern, als die Versicherungsmedicin sehr viel Interessantes bietet und zwar nicht nur für den Arzt, der sich mit der Untersuchung und Begutachtung von Lebensversicherungscandidaten und der Prüfung der Unfallverletzten beschäftigt, sondern auch für den Kliniker. Denn erstens basiert die Versicherungsmedicin auf den klinischen Untersuchungsmethoden und die Bewertung der Versicherungscandidaten quoad vitam et quoad valetudinem geschieht auf Grund der klinischen Erfahrung, zweitens wird in zweifelhaften Fällen der Kliniker wie der praktische Arzt oft als Expert herangezogen, sei es, um über den Gesundheitszustand eines Clienten Auskunft zu geben, der früher einmal in seiner Behandlung gestanden, sei es, um ein specialärztliches Gutachten über eine Organerkrankung abzugeben.

Ich habe mir daher erlaubt, ein Thema aus dem reichen Gebiet der Versicherungsmedicin herauszugreifen, das grosses praktisches Interesse besitzt und das wohl jeden Versicherungsarzt oft zum Nachdenken veranlasst hat, und bitte Sie, mir für kurze Zeit Gehör zu schenken.

Welche Bedeutung die Glykosurie für die Versicherungsmedicin hat, ist Aerzten sowohl wie Laien gut bekannt. Wird bei der Untersuchung eines Lebensversicherungscandidaten Zucker im Urin gefunden, so ist hiermit eigentlich die Frage betreffend seine Annahme oder Abweisung schon entschieden, und zwar in negativem Sinne. Wenn das Attest des Vertrauensarztes noch weiter zur Begutachtung dem Oberarzt oder der Verwaltung vorgelegt wird, so ändert das die Sache wenig. Der Client wird abgewiesen, und nur wenige Versicherungsgesellschaften nehmen Glykosuriker mit bedeutendem Prämienzuschlag an.

Ein so vorsichtiges oder scheues Verhalten der Versicherungsgesellschaften gegenüber der Glykosurie hat natürlich seinen Grund in der ungünstigen Prognose, die der Diabetes melitus bietet, besonders bei Personen unter 40 Jahren, die ja das Gros der Versicherungscandidaten bilden. Daher ist es verständlich, dass in einigen Versicherungsgesellschaften, wie z. B. in der Gothaer Lebensversicherungsbank die Vertrauensärzte die Harnanalyse aus eigener Initiative in jedem Falle vornahmen, lange bevor sie von der Bank obligatorisch eingeführt war, indem sie sich dessen bewusst waren, dass eine Begutachtung des Gesundheitszustandes ohne Harnanalyse nicht für genau und wissenschaftlich begründet erachtet werden kann.

Auf den ersten Blick mag es befremden, dass trotz der grossen Bedeutung, die die Feststellung von Diabetes oder Nephritis für die Bewertung des Lebens des Antragstellers hat, solche solide und auf wissenschaftlicher Basis operierende Gesellschaften, wie die Gothaer Lebensversicherungsbank nicht von Anfang an die Harnanalyse als obligatorische Untersuchungsmethode eingeführt hatten. Aber die Urinanalyse ist eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe, die Deutung ihrer Ergebnisse ist nicht immer leicht, und es können hierbei oft Fehlschlüsse gemacht werden. Ein unerfahrener Arzt kann Albuminurie und Glykosurie dort finden, wo sie nicht vorhanden ist, und wenn infolgedessen ein gesunder Mensch abgewiesen wird, so erleidet hierdurch die Versicherungsgesellschaft einen Verlust, indem sie die Nutzniessung der Versicherungsprämie einbüsst und der Antragsteller wird geschädigt, indem er die Möglichkeit verliert, auf solche Weise Ersparnisse zwecks Sicherstellung seiner Angehörigen zu machen.

Aus der Statistik der Todesfälle unter den Ver-

sicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank für den Zeitraum von 5 Jahren 1890—1895 aus der Periode, wo die Urinanalyse noch nicht obligatorisch war, ist folgendes zu ersehen.

Im Laufe des ersten Versicherungsjahres kamen auf 59 Todesfälle 1 Todesfall an Nephritis und 1 an Diabetes melitus.

Im Laufe des zweiten Versicherungsjahres kamen auf 95 Todesfälle 1 Todesfall an Nephritis und 1 an Diabetes melitus.

Im Laufe des dritten Versicherungsjahres kamen auf 114 Todesfälle 6 Todesfälle an Nephritis und 5 an Diabetes melitus.

Im Laufe des vierten Versicherungsjahres kamen auf 136 Todesfälle 4 Todesfälle an Nephritis und 2 an Diabetes melitus.

Im Laufe des fünften Versicherungsjahres kamen auf 132 Todesfälle 7 Todesfälle an Nephritis und 1 an Diabetes melitus.

Im Ganzen kamen auf 536 Todesfälle im Laufe von 5 Jahren 19 Fälle von Nephritis und 10 Fälle von Diabetes melitus.

Diese Zahlen beweisen, dass die Sterblichkeit an Diabetes melitus sehr unbedeutend ist im Vergleich mit anderen Todesursachen, wie z. B. Lungentuberculose, andere Krankheiten der Luftwege, Erkrankungen des Herzens und der Gefässe. Dieser Umstand sowie die Möglichkeit, einen Antragsteller zu verlieren infolge von falsch ausgeführter oder falsch gedeuteter Harnanalyse bewogen die Gothaer Bank, die Urinuntersuchung nicht gleich als obligatorisch einzuführen. Allerdings hat ja die Versicherungsgesellschaft im Falle eines zweifelhaften Untersuchungsergebnisses die Möglichkeit, die Untersuchung noch einmal durch den Oberarzt oder einen anderen Arzt ausführen zu lassen, was auch in der Gothaer Bank geschieht, aber solche wiederholte Untersuchungen sind immer mit Zeitverlust verknüpft, und nicht jeder Antragsteller ist bereit, sich einer solchen zu unterziehen, vielmehr werden manche es vorziehen, ihren Antrag fallen zu lassen oder sich an eine andere Gesellschaft zu wenden.

Indessen haben trotz all dieser Erwägungen gegenwärtig alle Lebensversicherungsgesellschaften die Urinanalyse als obligatorische Untersuchungsmethode eingeführt, weil eben ohne eine solche die ärztliche Untersuchung nicht als vollständig angesehen werden kann, und weil kein gewissenhafter Arzt sich entschliessen wird, ein Urteil über den Gesundheitszustand eines Menschen abzugeben, ohne seinen Urin untersucht zu haben.

Leider gibt es in Russland bis jetzt keine statistischen Angaben über die abgewiesenen Versicherungsanträge. Nur in letzter Zeit hat die in Petersburg gegründete Gesellschaft für Versicherungswissenschaft es unternommen, hierüber eine ausgebreitete Enquete anzustellen. Aber auch so ist es bekannt, dass Fälle von ausgesprochener Nierenerkrankung oder Zuckerharnruhr dem Versicherungsarzt aus leicht begreiflichen Gründen nur sehr selten zu Gesichte kommen. Dagegen ist es allen Versicherungsärzten bekannt, dass gar nicht selten Albuminurie und Glykosurie zum ersten Mal gerade bei Gelegenheit einer Untersuchung zum Versicherungszweck constatiert wird — völlig unerwartet für den Antragsteller, der bis dahin nie etwas derartiges vermutet hatte. Um so wertvoller ist eine solche Untersuchung für die Versicherungsgesellschaft und fur den ihre Interessen wahrenden Arzt. Um aber diese Untersuchung richtig anzuwenden und aus ihr richtige Schlüsse zu ziehen, muss der Arzt mit allen Zuckerproben wohl vertraut sein, auch darf er nicht vergessen, dass das Vorhandensein von Zucker im Harn noch nicht das Vorhandensein von Diabetes melitus beweist.

Die Frage über die Herkunft des Zuckers im Harn, die Aetiologie des Diabetes melitus, die verschiedenen Theorien der Krankheit, ihren Verlauf und überhaupt alle klinischen Fragen will ich heute unberücksichtigt lassen und nur die verschiedenen Untersuchungsmethoden betr. den Zuckernachweis, ihre Bewertung und endlich die nichtdiabetische Glykosurie besprechen.

Bekanntlich enthält der normale Urin eines gesunden Menschen geringe Mengen von Zucker (0,04%—0,2%). Aber diese geringen Quantitäten haben für uns keine Bedeutung. Uns interessieren nur solche Zuckermengen, die diese Norm übersteigen, die daher als pathologisch gelten müssen. Daher sind allzu empfindliche Untersuchungsmethoden für unsere Zwecke nicht geeignet, wir müssen vielmehr die üblichen klinischen Methoden anwenden, die zum Nachweis von pathologischen Zuckermengen im Harn empfindlich genug sind.

Zum Nachweis von Traubenzucker im Urin wird gewöhnlich die Eigenschaft des Zuckers, die Metalloxyde in alkalischer Lösung in Metalloxydule umzuwandeln, benutzt. Auf diesem Princip beruhen die Proben von Trommer, Fehling, Boettger, Nylander, Almén u. a., die hinreichend bekannt sind, so dass ihre Beschreibung wohl überflüssig ist. Alle diese Proben dürfen erst vorgenommen werden, nachdem die Eiweissprobe stattgefunden hat. Bei Vorhandensein von Eiweiss muss dieses erst gefällt und die Zuckerprobe am filtrierten Harn vorgenommen werden. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass der positive Ausfall der Trommerschen oder Fehlingschen Probe noch lange nicht das Vorhandensein von Zucker beweist, denn im Urin gibt es viele andere Stoffe, die reducierende Eigenschaften besitzen. Hierher gehören Harnsäure, Kreatin, Kreatinin, Allantoin, Nukleoalbumin, Milchzucker, Hydrochinon, Gallenfarbstoffe. Ausserdem treten im Urin reducierende Substanzen auf nach dem Gebrauch verschiedener Medicamente, wie z. B. Salicylsäure, Benzoesäure, Rhabarber, Glycerin, Chloralhydrat u. a. Die Trommersche und Fehlingsche Probe ist nur dann beweisend für Zucker, wenn der positive Ausfall vor dem Kochen des Urins auftritt, was aber nur bei sehr grossem Zuckergehalt zu geschehen pflegt. — Die Böttgersche Probe und ihre Modification nach Nylander und Almén gilt für noch empfindlicher gegenüber Zucker als die eben besprochenen, andererseits ist sie weniger empfindlich gegenüber den anderen im Harn vorkommenden reducierenden Stoffen, mit Ausnahme des NH^4CO^2. Aber nach dem Gebrauch einiger Medicamente entsteht bei der Böttger-Nylanderschen Probe ebenso ein schwarzer Niederschlag wie bei der Anwesenheit von Zucker. Hierher gehören Rhabarber, Senna, Ol. Terebinthinae, Chinin, Arsen, Quecksilber, Salicylsäure, Salol, Sulfonal, Trional und einige Jodverbindungen. Ausserdem geben Spuren von Eiweiss ebenfalls einen Niederschlag von Schwefelwismut. Somit sind alle diese Proben, die bei der Untersuchung der Antragsteller zur Lebensversicherung in ausgedehntem Masse ständig gebraucht werden, sehr unzuverlässig, und die auf ihnen basierten Schlussfolgerungen sind mehr als zweifelhaft. Nur der negative Ausfall dieser Proben ist beweisend dafür, dass der betr. Urin keinen Zucker enthält. Der positive Ausfall beweist nur das Vorhandensein einer reducierenden Substanz; ob diese aber Traubenzucker ist, ist eine andere Frage.

Bedeutend zuverlässiger ist die Phenylhydrazinprobe, aber die hierbei sich bildenden Krystalle müssen mikroskopisch untersucht werden, oder noch besser, ihr Schmelzpunkt bestimmt werden, da sonst Verwechselungen mit den Krystallen, die sich bei Gegenwart von Glykuronsäure bilden, vorkommen können.

Unbedingt zuverlässig ist die Gährungsprobe, wenn vorher festgestellt ist, dass die Hefe zuckerfrei ist.

Diese Probe müsste in jedem Falle ausgeführt werden, sobald die anderen Proben ein positives Resultat ergeben, und ohne diese Probe dürfte eigentlich kein Antragsteller abgewiesen werden bloss auf den Verdacht einer Glykosurie hin. Die Polarisationsprobe kommt für Lebensversicherungszwecke nicht in Betracht, da die Versicherungsgesellschaften nicht alle Vertrauensärzte mit Polarisationsapparaten versehen können, ausserdem ist diese Probe insofern unzuverlässig als auch im diabetischen Harn linksdrehende Stoffe enthalten sein können (Fruchtzucker, Glykuronsäure und β-Oxy-Buttersäure), wodurch natürlich die Polarisation der Dextrose aufgehoben würde.

Aus dem Gesagten ist zu ersehen, dass die Diagnose „Glykosurie" in jedem Falle mit grosser Vorsicht und nur nach positivem Ausfall der Gährungsprobe zu stellen ist. Hierbei ist noch zu erwähnen, dass die Lävulose mit allen Zuckerreagentien genau ebenso positives Resultat ergibt wie der Traubenzucker, von dem sie sich nur durch die Linksdrehung unterscheidet. Die Lactose gibt bei längerem Kochen mit Trommers wie mit Nylanders Reagens ebenfalls positiven Ausfall, die Lactosurie kommt aber bei der Lebensversicherung kaum in Frage. Das Dextrin gibt mit Trommers Reagens ebenfalls einen gelben bis braunen Niederschlag, doch kommt dieser Stoff wohl nur in diabetischem Harn vor. Ferner wären hier noch die Pentosen zu erwähnen, die, wenn sie auch selten im Urin vorkommen und keine pathologische Bedeutung zu haben scheinen, doch zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben können.

Nachdem wir die verschiedenen Methoden des Zuckernachweises kritisch besprochen haben, wenden wir uns zu der Glykosurie.

Die Anwesenheit von Zucker im Harn beweist noch nicht das Vorhandensein von Diabetes melitus. Die Glykosurie ist ja nur ein Symptom des Diabetes. Freilich ist sie in der Mehrzahl der Fälle das erste Symptom, das den Kranken zum Arzt führt und dessen Entdeckung die frühzeitige Behandlung der Krankheit sowie die Verhinderung ihrer weiteren Entwickelung ermöglicht.

Sobald bei der Untersuchung eines Clienten die Anwesenheit von Zucker im Urin sicher festgestellt ist, drängt sich dem Versicherungsarzt die Frage auf, ob diese Erscheinung als das erste Symptom eines beginnenden Diabetes aufzufassen sei oder ob es sich um eine nicht-diabetische Glykosurie handelt. Um diese Frage zu entscheiden, müsste man sich zuerst mit den verschiedenen Formen der nicht-diabetischen Glykosurie bekannt machen.

Vor allen Dingen kommt die alimentäre Glykosurie in Betracht, die bei der Einführung grosser Zuckermengen in den Organismus beobachtet wird. Sie kann nicht-diabetischen Ursprungs sein und nur zeitweilig auftreten, es ist aber nicht zu vergessen, dass auch bei echtem Diabetes der Zucker im Urin auch nicht immer ununterbrochen gefunden wird, sondern zeitweilig schwindet. Die Zuckermenge, die nötig ist, um Glykosurie hervorzurufen, ist für die einzelnen Menschen und die verschiedenen Zuckerarten verschieden. Je leichter der Zucker assimilierbar ist, desto eher und vollständiger wird er in Glykogen umgewandelt und desto schwerer geht er in den Urin über. Für die verschiedenen Zuckerarten ist auf experimentellem Wege die Assimilationsgrenze festgestellt, die gewisse individuelle Abweichungen zeigt. Ausserdem bestehen Schwankungen in Abhängigkeit von dem Füllungszustand des Magens. Im Allgemeinen kann man sagen, dass diejenigen Zuckerarten, die leichter gähren, besser assimiliert werden. Bei übermässiger Zuckereinfuhr tritt die positive Reaction im Harn schon nach ³/₄—1 Stunde auf und hält 1—6 Stunden an. Vermehrte Zufuhr von Kohlehydraten oder Mehlspeisen ruft beim gesunden Menschen keine Glykosurie hervor; wenn sie hierbei auftritt, so weist das schon auf eine Stoffwechselstörung hin.

Unvollständige Assimilation des Zuckers oder Herabsetzung seiner Assimilationsgrenze wird unter verschiedenen Bedingungen beobachtet. Obgleich die Resorption des Zuckers hauptsächlich durch die Pfortader geschieht, so wird ein Teil desselben auch durch die Lymphgefässe resorbiert, sobald der Zucker in den unteren Abschnitt des Dünndarms gelangt ist. Dies geschieht hauptsächlich dann, wenn der Zucker sehr rasch den Darmtractus passiert, was z. B. bei Erregungszuständen, bei längerem Hungern und gelegentlich auch bei Dünndarmkatarrhen beobachtet wird [1]). Der durch die Lymphgefässe in den Ductus thoracicus gelangte Zucker gelangt ins Blut, ohne die Leber zu passieren, und kann direct durch die Nieren ausgeschieden werden. Die alimentäre Glykosurie wird recht häufig bei reichlichem Genuss von zuckerhaltigen Spirituosen, wie z. B. Sekt und süssem Bier beobachtet. Die vermehrte Diurese spielt hierbei möglicherweise auch eine Rolle.

Die Glykosurie kann toxischen Ursprungs sein, infolge von Vergiftung mit Säuren, Aether, Chloroform, Chloralhydrat, Ammoniak, Sublimat, Uransalzen, Chromsäureverbindungen, Kanthariden und Phlorizin. Letztere hat eine besondere Bedeutung für die experimentelle Glykosurie und nach v. Mering und Naunyn auch für die Simulation von Diabetes melitus.

Wie bereits erwähnt, passiert der Zucker bei leerem Magen oder bei längerem Hungern sehr rasch den Darmcanal, gelangt bald ins Blut und wird mit dem Harn ausgeschieden. Hoppe-Seyler hat unter dem Namen Vagantenglykosurie eine besondere Form von Glykosurie beschrieben, die bei Landstreichern und Leuten von stark reduciertem Ernährungszustand beobachtet wird. Diese Glykosurie schwindet leicht bei entsprechender Ernährung, und es wird bei solchen Personen nicht einmal eine Disposition zur Glykosurie bei vermehrter Zuckerzufuhr beobachtet.

Eine besondere Form der Glykosurie bildet die Lactosurie oder die Ausscheidung von Milchzucker in dem letzten Stadium der Schwangerschaft oder bald nach der Niederkunft. Die Menge der Lactose im Urin erreicht bisweilen 2—3%. Wahrscheinlich tritt der Milchzucker ins Blut direct aus der Brustdrüse und wird dann durch die Nieren ausgeschieden.

Glykosurie, die auch in Diabetes übergehen, aber auc spurlos schwinden kann, wird bei einigen Krankheiten beobachtet. Obgleich diese Art Glykosurie, genau genommen, keine directe Beziehung zur Versicherungsmedicin hat, die es nur mit gesunden Menschen zu tun hat, so will ich sie hier doch anführen im Hinblick auf das klinische Interesse dieser Form. Glykosurie wird beobachtet bei acuten Infectionskrankheiten, wie z. B. bei Cholera, Scharlach, Diphtherie, cruppöser Pneumonie, Septikämie, Syphilis, besonders bei Gehirnsyphilis. Die Erkrankung einiger Organe hat Glykosurie im Gefolge. An erster Stelle steht das Pankreas, ferner die Nebennieren, Nieren, Leber, Gehirn, Hypophysis.

Zucker tritt im Urin auf bei mangelhafter Sauerstoffzufuhr, z. B. bei Dyspnoe verschiedenen Ursprungs, bei schwerer Anämie, bei Collaps, bei Vergiftung mit CO, Amylnitrit, Curare und Strychnin.

Glykosurie, die mitunter in Diabetes übergeht, wird beobachtet bei Leukämie, Akromegalie, Gicht und Fettsucht. In letzterem Falle ist die Glykosurie auf eine Störung der Pankreasfunction zurückzuführen, indem nach Hansemann Fettgewebe in die Drüsensubstanz

[1]) H. L. Richartz. Zur Aetiologie transitorischer Glykosurien. Centralbl. f. innere Medicin, 1910, Nr. 13.

hineinwuchert und das specifische Gewebe zur Atrophie bringt. Ebenso zieht auch die operative Entfernung eines Teils der Bauchspeicheldrüse mitunter Glykosurie nach sich.

Viele Krankheiten des Centralnervensystems und der peripheren Nerven sowie functionelle Neurosen sind mit Glykosurie vergesellschaftet. Hierher gehören Apoplexie — und zwar sowohl Bluterguss in den grossen Hemisphären wie in dem pons Varolii, in der medulla oblongata —, Geschwülste derselben Gehirnteile, chronische Encephalomalacie, Tabes, multiple Sclerose, meningitis cerebrospinalis, ischias, neuritis saturnina, paralysis agitans, delirium tremens, Hysterie, Neurasthenie, die Reynaud-sche Krankheit, Chorea minor, Tetanus, die Basedow-sche Krankheit. Bei letzterer wurde sowohl spontane als alimentäre Glykosurie beobachtet und auch Diabetes. Wie es scheint, besteht hier ein Zusammenhang mit der Schilddrüse. Es ist bekannt, dass interne Verordnung von Schilddrüse zuweilen Glykosurie nach sich zieht. Es sind aber auch umgekehrt Fälle von Glykosurie nach Entfernung der Schilddrüse beobachtet worden.

Eine besondere Bedeutung hat für die Versicherungsmedicin die Glykosurie, die nach Traumen, nach psychischem Shock und bei der traumatischen Neurose auftritt. In solchen Fällen kann die Glykosurie ganz schwinden, sie kann aber auch in Diabetes übergehen, der zuweilen vollkommen heilbar ist, zuweilen chronisch stationär bleibt, oder einen progredienten Verlauf nimmt. Eine Grenze zwischen der nervösen Glykosurie und Diabetes zu ziehen, ist in solchen Fällen sehr schwer. Die vorhergehende Krankengeschichte und die Heredität spielen hier eine grosse Rolle. Die Bedeutung der Glykosurie oder des Diabetes bei der sogenannten traumatischen Neurose besteht darin, dass die gegen Unfall Versicherten bekanntlich geneigt sind, alle krankhaften Erscheinungen, die nach einem Trauma auftreten, mit diesem letzteren in Causalnexus zu bringen, indem sie zuweilen absichtlich früher vorhandene Krankheiten verheimlichen, zuweilen aber so sehr unter der psychischen Einwirkung des Unfalls stehen, dass sie die Fähigkeit verlieren, sich zu dem, was mit ihnen vorgeht, vollkommen objectiv und kritisch zu verhalten.

Solche Fälle bieten dem Versicherungsarzt grosse Schwierigkeiten, indem er einerseits verpflichtet ist, die Interessen der Versicherungsgesellschaft zu wahren, andererseits aber auch nicht vergessen darf, dass der Zweck der Unfallversicherung darin besteht, denjenigen, der einen Unfall erleidet, gegenüber allen möglichen, im Anschluss an den Unfall auftretenden Folgen, die seine Gesundheit schädigen oder seine Erwerbsfähigkeit mehr oder weniger herabsetzen, sicher zu stellen. Hierbei ist auch zu bedenken, dass die psychische Beeinflussung der Functionen verschiedener Organe einstweilen noch ein sehr dunkles Gebiet ist und Fehlschlüsse hier sehr leicht möglich sind. Um mit Bestimmtheit sagen zu können, dass die Glykosurie infolge des Traumas aufgetreten ist, muss man vorher beweisen, dass die betreffende Person früher nie Zucker im Urin ausgeschieden hat. Diese Forderung ist aber in der Praxis beinahe unausführbar, weil ein gesunder Mensch wohl kaum ohne Veranlassung seinen Urin untersuchen lassen wird. Wenn auch eine Analyse aus der Zeit vor dem Unfall vorläge und wenn auch aus ihr zu ersehen wäre, dass der Urin zuckerfrei war, so wäre doch der Einwand möglich, dass vielleicht die Analyse in dem zuckerfreien Intervall eines Glykosurikers oder Diabetikers gemacht worden sei.

Im Hinblick auf die Unmöglichkeit, alle diese Bedingungen in der Praxis zu erfüllen, dürfte es richtiger sein, sich auf den Standpunkt Naunyns[1]) zu stellen, welcher sagt, dass dem Arzt nur obliegt, die Frage zu entscheiden, ob der Versicherte früher gesund war oder nicht. Ferner muss eruiert werden, ob hereditäre Disposition zu Glykosurie oder Diabetes besteht. Bei vorhandener Heredität kann der Unfall die Veranlassung zur Entstehung der Glykosurie oder des Diabetes bilden. Ohne den Unfall wäre vielleicht nichts derartiges entstanden. Jedenfalls darf der Einfluss des Trauma auf die Entstehung der Glykosurie nicht geleugnet werden, im Gegenteil: seine Bedeutung ist in vollstem Umfang anzuerkennen. So Naunyn. Sache der persönlichen Ueberzeugung eines jeden Arztes ist es, sich dieser Auffassung anzuschliessen oder sie abzulehnen.

Es erübrigt noch, die Frage zu erörtern, welche Bedeutung den verschiedenen Formen der Glykosurie bei der Versicherung auf den Todesfall oder Erreichung einer gewissen Altersstufe zukommt.

Die Glykosurie, die im Anschluss an bestehende Kranheit auftritt, kommt hierbei nicht in Betracht, ebensowenig die Glykosurie der Schwangeren oder Wöchnerinnen. Es bleibt nur die alimentäre Glykosurie. Meines Erachtens können die Versicherungsgesellschaften und ihre Vertreter — die Vertrauensärzte — auch mit dieser Art Glykosurie nicht rechnen. Zur Entscheidung der Frage, ob wir es im gegebenen Fall mit einer alimentären Glykosurie e sacharo zu tun haben oder mit dem ersten Symptom des Diabetes, fehlen dem Vertrauensarzt meist alle sicheren, objectiven Anhaltspunkte. Wiederholte Controlluntersuchungen des Harns, wenn auch mit negativem Resultat inbezug auf Zucker, beweisen garnichts, und eine regelrechte, allseitige und andauernde klinische Beobachtung ist praktisch unausführbar. Es gibt nur folgenden Ausweg: entweder sind alle Fälle von Glykosurie abzulehnen wegen Befürchtung eines echten Diabetes, oder es sind nur solche Personen anzunehmen, bei denen ausser einer leichten Glykosurie keine anderen krankhaften Symptome vorhanden sind, keine Erblichkeit besteht und inbezug auf welche der Hausarzt mit Bestimmtheit versichern kann, dass bei ihnen früher weder Glykosurie noch andere Diabetessymptome je beobachtet worden waren; solche Personen sind aber auch dann nur mit entsprechender Prämienerhöhung und auf verkürzte Termine anzunehmen. Bevor aber die Diagnose Glykosurie gestellt wird, muss — das möchte ich hier nochmals betonen—muss der Urin aufs sorgfältigste mit allen uns zur Verfügung stehenden Methoden untersucht werden, man darf sich aber keinesfalls, wie üblich, mit der Reductionsprobe begnügen.

[1]) Naunyn. Der Diabetes melitus. Wien. 1906. A. Hölder.

Aus der Medicinischen Klinik des Prof. Dr. K. Dehio zu Dorpat.

Ein Instrumentarium zur objectiven Messung des systolischen und diastolischen Blutdruckes *).

Von

Dr. Walther Hollmann-Dorpat.

Der Riva-Roccische Sphygmomanometer setzt uns in den Stand, mit für klinische Zwecke genügender, allerdings bloss relativer Genauigkeit den jeweiligen im Arteriensystem herrschenden Blutdruck zahlenmässig auszudrücken. Die allgemein geübte palpatorische Bestimmung des maximalen oder herzsystolischen Blutdruckes mag für diesen zu Recht bestehen bleiben, namentlich, wo es sich um einmalige Aufnahmen handelt. Kommt es jedoch darauf an, Serien von Druckwerten am selben

*) Demonstriert auf dem 1. Balt. Aerzte-Congr. zu Dorpat im Aug. 1909. — Das compl. Instrumentarium ist zu beziehen durch B. B. Cassel in Frankfurt a/M.

Individuum unter verschiedenen Bedingungen oder zu verschiedenen Zeiten, ohne den Fehler der Subjectivität zu Vergleichszwecken nebeneinander zu stellen, so müssen wir uns notwendigerweise einer Methode bedienen, welche neben der Vermeidung subjectiver Fehlerquellen vor Allem ein schnelles und sicheres Registrieren der Druckwerte garantiert, womöglich ohne Hilfe eines Assistenten. Noch wichtiger scheint mir die Erfüllung dieser Forderung für die exacte Bestimmung des minimalen oder diastolischen Blutdruckes zu sein.

Masing [1]) und nach ihm Sahli [2]) und vor ihnen beiden Ganeway in New-York [3]) empfahlen ein Verfahren zur graphischen Aufzeichnung der Druckwerte für den minimalen und den maximalen Blutdruck. Masing benötigt bei der Ausübung seiner Methode eines Assistenten, mit dessen Hilfe die Messung in folgender Weise vor sich geht: „nachdem die Versuchsperson bequem gelagert ist, wird der Sphygmomanometerschlauch, wie gewöhnlich, um den Oberarm gelegt und der Sphygmograph am Handgelenk angebracht und befestigt. Nachdem nun das Manometer etwa auf die halbe zu erwartende Druckhöhe eingestellt worden ist — dadurch verändert sich die Grösse der Ausschläge des Sphygmographenhebels nicht — lässt man den Sphygmographen die Pulscurve schreiben. Nach einigen Secunden wird der Manometerdruck langsam und gleichmässig gesteigert, indem man möglichst gleichmässig den umstrickten Ballon des Gebläses mit der Hand comprimiert, bis die Ausschläge des Sphygmographenhebels verschwunden sind, dann lässt man den Druck ebenso langsam wieder sinken, womöglich bis die Pulswellen ihre ursprüngliche Grösse wieder erreicht haben. — Unterdessen marquiert die den Sphygmographen bedienende Person auf ein von der anderen Person gegebenes Zeichen, durch einen leichten Schlag auf den Schreibhebel den Moment, in dem sich der Manometerdruck um 20 mm verändert hat. Später werden dann die jeder einzelnen Marqierung entsprechenden Druckwerte im Sphygmogramm eingetragen — — —. Praktisch in Betracht kommen hier die Druckwerte, bei denen die Excursionen des Schreibhebels kleiner zu werden beginnen und ganz verschwinden".

O. Moritz [4]) bestimmt maximalen und minimalen Blutdruck nach Masing, vermeidet jedoch die durch den Schlag auf den Schreibhebel des Sphygmographen notwendigerweise entstehende Erschütterung des Apparates und die dadurch bedingte Entstellung des Curvenbildes, indem er eine von E. Moritz [5]) angegebene elektrische Marqiervorrichtung anwendet. Sahli gibt nicht näher an, auf welche Weise er die Marken für die entsprechenden Druckwerte der Hg.-säule des Manometers in die Pulscurve einträgt.

Die geschilderten Verfahren führen ja wohl zum Ziele, ihnen haftet jedoch der gemeinsame Fehler an, dass zu ihrer Ausführung zwei Personen notwendig sind: die eine zur Bedienung des Riva-Rocci, die andere — zur Versorgung des Sphygmographen. Durch Neuconstruction einer kleinen Vorrichtung, welche leicht an jedem Jaquetschen — auch mit entsprechender Abänderung an jedem Dudgeonschen — Sphygmographen angebracht werden kann, und durch bequeme Anordnung der Compressionsvorrichtung des Riva-Rocci bin ich in der Lage, graphische Aufnahmen sowohl des minimalen, wie auch des maximalen Blutdruckes allein, ohne Assistenz in kürzester Zeit vorzunehmen und zwar ohne Entstellung des Curvenbildes. Diese Momente gewährleisten eine grössere Genauigkeit der Messungsresultate und ermöglichen die Herstellung von Serienaufnahmen bei fortlaufenden Beobachtungen während bestimmter Vorgänge, wie z. B. Muskelarbeit, Wasserproceduren, etc.

Die Markiervorrichtung besteht im Wesentlichen aus einem Hebelsystem, welches durch Druck auf einen Gummiballon auf pneumatischem Wege in Bewegung gesetzt wird. Wie aus Fig. 1 ersichtlich, ist die

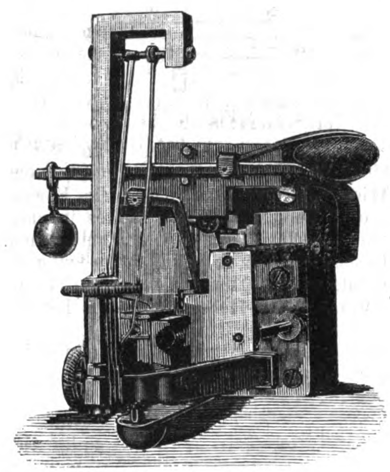


Fig. 1.

Markiervorrichtung unabhängig vom Sphygmographen auf einer Metallplatte montiert, welche vermittelst eines Metallbandes an das Gehäuse des Sphygmographentriebwerkes befestigt werden kann. In Fig. 2 entsprechen

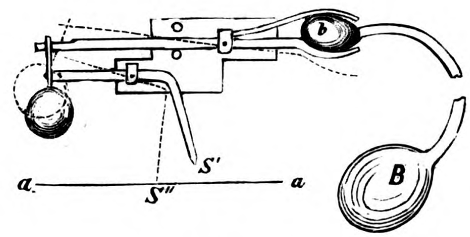


Fig. 3.

die ausgezogenen Linien der Ruhestellung des Apparates. Bei Druck auf den Ballon B dehnt sich der kleine Ballon (b) und veranlasst das Hebelsystem die durch die punktierte Linie angedeutete Stellung einzunehmen, bei welcher die Spitze des Schreibhebels S′ den laufenden berussten Streifen a — a bei S″ berührt, wodurch eine strichförmige Marke auf dem Curvenstreifen zustande kommt. Der ganze Apparat ist so montiert, dass S″ auf der gleichen Ordinate mit dem Schreibhebel des Sphygmographen den Curvenstreifen treffen muss — es resultiert daraus eine sehr präcise Markierung in jeder gewünschten Phase, ohne Störung des Curvenbildes (Fig. 3).

Um einerseits das Uhrwerk des Sphygmographen bequemer ein- und ausschalten zu können und andererseits die Fortbewegungsgeschwindigkeit des Russstreifens

[1]) Ueber das Verhalten des Blutdruckes des jungen und des bejahrten Menschen bei Muskelarbeit. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 74. Bd. 1902.

[2]) Ueber das absolute Sphygmogramm und seine klinische Bedeutung, nebst kritischen Bemerkungen über einige neuere sphygmomanometrische Arbeiten. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 81. Bd. 1904.

[3]) cf. Masing. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 75. Bd. 1903.

[4]) O. Морицъ. Вліяніе физической работы на артеріальное кровяное давленіе у здоровыхъ и больныхъ, страдающихъ болѣзнями сердца. Dorpater Dissert. St. Petersburg 1903.

[5]) E. Moritz. Ein Fall von einseitiger Bradykardie. St. Petersb. med. Wochenschr. 1897, Nr. 32.

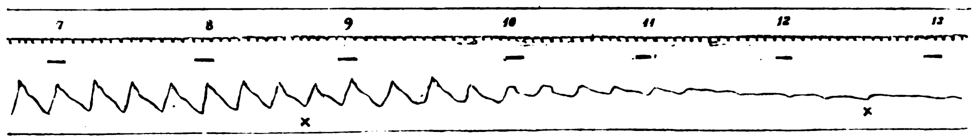


Fig. 3.

nach M ö g l i c h k e i t z u v e r l a n g s a m e n, habe ich am Metallbande, das zur Befestigung des Markierapparates dient, eine einfache Vorrichtung angebracht, deren Anordnung aus der Fig. 4 ersichtlich ist. Durch Druck

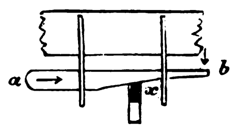


Fig. 4.

auf die Basis des Keiles a—b bei a in der Richtung des Pfeiles wird der Hebel x nur so weit herabgedrückt, dass das Triebwerk g e r a d e e b e n in Bewegung gesetzt wird, eine Verschiebung des Keiles in entgegengesetzter Richtung bringt das Uhrwerk zum Stehen. Wird die volle Geschwindigkeit in der Fortbewegung des Streifens gewünscht, so genügt ein Druck auf b von oben her, durch welchen der Hebel x vollends herabgedrückt wird.

Zur Messung des maximalen und minimalen Blutdruckes bediene ich mich des in Fig. 5 abgebildeten

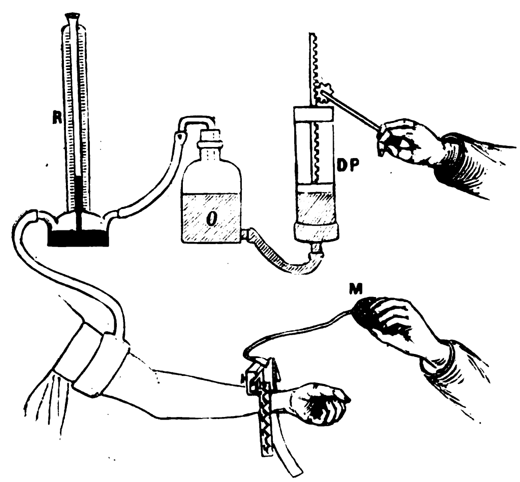


Fig. 5.

Instrumentariums, welches im Wesentlichen aus einem Apparat nach R i v a - R o c c i (R) besteht, bei welchem die Druckerzeugung vermittelst einer Druckpumpe (DR). durch Kurbelantrieb von statten geht. Diese Art des Antriebes im Verein mit einem zwischen Pumpe und Manometer eingeschalteten Oelreservoir (O), das Ol. vaselini [6]) enthält, gibt es dem Untersucher an die Hand, die Drucksteigerung durchaus gleichmässig und beliebig langsam zu gestalten und unnütze, sowie störende Oscillationen der Quecksilbersäule zu vermeiden. Der Gang der Untersuchung ist ohne Weiteres aus der Zeichnung ersichtlich. Mit dem Beginn der Drucksteigerung, welche der Untersucher mit der rechten Hand besorgt, wird das Uhrwerk des Sphygmographen in Gang gebracht, nun bringt die linke Hand durch Druck auf den Ballon des Markierapparates (M) die strichförmigen Marken auf den Curvenstreifen, welche einer Steigerung des Quecksilberdruckes im Manometer von 5 zu 5 oder 10 zu 10 mm. entsprechen, Bei diesen Marken werden später die zugehörigen Druckwerte eingetragen. Bei einiger Uebung gelingt es leicht, die einzelne Blutdruckbestimmung in $^1/_2$ bis 1 Minute zu erledigen, ein Vorteil, der namentlich bei Serienaufnahmen von grösster Wichtigkeit ist.

Manometer, Druckpumpe und Oelreservoir sind bequem und compendiös in einem Holzkasten untergebracht, welcher während der Benutzung des Instrumentariums durch eine Klemmschraube an jedem beliebigen Tisch fixiert, gleichzeitig als Stativ dient.

[6]) Das Oelreservoir schaltete ich auf den Rat von Herrn Prof. D e h i o ein.

Bücherbesprechungen.

Dr. A. B r o s c h. Das subaquale Innenbad und die Culturkrankheit (Enteromegalia superans). Ein Beitrag zur modernen Normo- und Makrobiotik. Leipzig und Wien. 1910. Franz Deuticke. V + 100 Seiten. Preis M. 3.

Verf. glaubt, ein Verfahren entdeckt zu haben, das dazu bestimmt ist, «ein constantes, gesundes, glückliches Normalbefinden» des Körpers zu garantieren. Das Verfahren besteht in einer permanenten Darmirrigation, die im Bade ausgeführt wird. Das Bad hat den Zweck, die Innendrucksteigerung im Darmcanal durch Erhöhung des Aussendruckes zu compensieren. Damit der Aussendruck genügend hoch ist, muss es ein Stehbad sein, und damit das Badewasser nicht verunreinigt wird von ausgespülten Kotmassen, muss es ein Strombad sein. Da unter diesen Bedingungen die Möglichkeit vorliegen soll, mit niedrigem Irrigationsdruck auszukommen, wodurch Darmdehnungen vermieden werden, und dennoch eine sehr vollkommene Waschung des Darmes stattfindet, mag zugegeben werden, dass die vom Verf. vorgeschlagene Combination einen principiellen Unterschied und specifische Vorzüge gegenüber einer einfachen Darmirrigation besitzt. Dazu wäre es aber kaum nötig, ein ganzes Buch zu schreiben, und der Schwerpunkt der Ausführungen des Verf. liegt auch garnicht darin. Der medicinische Teil, die theoretischen und philosophischen Betrachtungen enthalten nichts Neues, abgesehen von der Bezeichnung «Enteromegalia superans», und von dem Gedanken des Verf., dass das menschliche Glück seinen Sitz im Mastdarm hat. Neu und originell, und den Kern des Buches bildend ist die Beobachtung, dass an Stelle des Unbehagens, das mit hohen Darmeinläufen verbunden ist, durch das subaquale Innenbad eine «äusserst angenehme» Empfindung ausgelöst wird. Ueber den Annehmlichkeitsgrad können wir uns leicht eine Vorstellung machen, wenn wir lesen, dass diese Empfindung vom Verf. direct mit sexuellem Orgasmus identificiert wird. Theoretisch wäre das sehr interessant und von enormer praktischer Bedeutung. Denn, wenn das kühle subaquale Innenbad tatsächlich «die künstliche Orgasmusmechanik nachzuahmen vermag, und uns alle physischen und psychischen Vorteile des Orgasmus verschafft ohne die Nachteile des Coitus», so dürfte auch ohne ärztliche Beteiligung und entgegen derselben, der genialen Erfindung eine glänzende Carrière gesichert sein. Man sieht nur nicht recht, ob beide Geschlechter gleich stark bei dem Bade profitieren können. Der zukünftige Unternehmer findet in dem Buche eine Reihe schematischer Projecte zur Einrichtung eines «Orgasmusbadeortes», doch dürfte für die Details die Mitwirkung des Verf. unentbehrlich sein.

F. H o l z i n g e r.

Rosenheim. Die Erkrankungen der Flexura sigmoidea. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Herausg. v. Albu. Halle. 1910. Marhold. 78 Seiten. Preis 1,80 M.

Die Monographie erörtert: die entzündlichen Processe an der Flex. sigm., den Krebs derselben, die gutartigen Geschwülste; die functionell nervösen Störungen, die Hirschsprungsche Krankheit, den Volvulus der Flex. sigmoidea. Die Abhandlung ist ausgezeichnet geschrieben, und der praktische Arzt wird sich in einschlägigen Fällen aus derselben leicht Rat holen können. Beiläufig sei erwähnt, dass auch Rosenheim von der schematischen Trennung der Obstipationen in atonische und spastische nichts wissen will.

O. Moritz.

R. Bernert. Cardiale Dyspnoe. Leipzig und Wien. 1910. Deuticke. 111 Seiten. Preis 3 M.

Experimentelle Arbeit aus dem Laboratorium f. exper. Pathologie (weil. Prof. Basch). Hunde werden durch Verringerung der Luftzufuhr künstlich asphyctisch gemacht, und bei verschiedenen Versuchsbedingungen wird der Einfluss der Dyspnoe auf das Herz studiert. Sehr sorgfältige und mühevolle Untersuchungen. Der Verf. kommt zu folgendem Schluss: für das Zustandekommen der Dyspnoe muss man verschiedene Factoren verantwortlich machen, die Erregungen in den nervösen Centren, welche der Atmung und der Circulation vorstehen, das Verhalten der Lunge und des Kreislaufapparates und der durch sie bedingten chemischen Eigenschaften des Blutes und seiner Strömung, Reizimpulse z. T. reflectorischer Art, welche von der Peripherie den nervösen Centralorganen zufliessen, — demnach das Zusammenwirken einer Reihe von Componenten, deren Dignität einzeln zu bewerten am Krankenbette gegebenenfalls auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst.

O. Moritz.

Dr. G. Nobl. Der varicöse Symptomencomplex (Phlebektasie, Stauungsdermatose, ulcus cruris, seine Grundlagen und Behandlung). Mit 68 teils farbigen Abbildungen und 2 Farbentafeln. Wien und Berlin. 1910. Urban und Schwarzenberg. 252 Seiten. Preis 10 Mark.

Der Verf. hat sich durch diese mit 69 Abbildungen versehene Monographie ein entschieden grosses Verdienst erworben, denn diese Erkrankungen sind meist stiefmütterlich behandelt worden, da sie zu einem Grenzgebiet gehören, welches eigentlich keinen rechten Grundbesitzer hat, da innere Medicin, Chirurgie und Dermatologie in gleicher Weise daran beteiligt sind.

Nach einer kurzen Vorbemerkung gibt Verf. einen äusserst lehrreichen geschichtlichen Rückblick, von Hippocrates angefangen, in dem er unter anderem auf die interessante Tatsache aufmerksam macht, dass bereits Celsus operative Eingriffe empfahl und Oribasius schon im 4. Jahrhundert Exstirpationen der Varices vorgenommen hat, während die conservative Behandlung (Bindeneinwickelungen) im 15. Jahrhundert zur Methode erhoben wurde, bis Baynton (1797) die Bandagenbehandlung einführte.

Sehr eingehend werden Entstehung und Ursachen besprochen, sowie die Erscheinungen und der Verlauf auf Grund von einem Material von 2500 selbst beobachteten Fällen. Sehr interessant sind auch die auf Grund der Krankenziffern der Wiener Hospitäler und Genossenschafts-Cassen zusammengestellten Daten über die Häufigkeit dieser Leiden je nach Geschlecht und Alter. Von 47140 Fällen, betrafen Männer — 28965, Frauen — 18175. Bezüglich des Alters der Kranken gibt Verf. folgende Zahlen.

Es	standen	im	Alter	von	11—20	Jahren	— 471
»	»	»	»	»	21—30	»	— 870
»	»	»	»	»	31—40	»	—1070
»	»	»	»	»	41—50	»	—1130
»	»	»	»	»	51—70	»	—1628

Man ersieht daraus, dass die Zahl der jugendlichen Kranken durchaus nicht so gering ist, wie es allgemein angenommen wird. Sehr wertvoll ist das Capitel über die Anatomie der Venen an den Extremitäten. Eingehend werden Verlauf und Therapie der Erkrankung besprochen. Die zahlreichen Abbildungen sind äusserst instructiv.

Das Buch hat einen bleibenden Wert und ist daher den Collegen besonders zu empfehlen.

O. v. Petersen.

Paul Ehrlich und S. Hata. Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen. Mit Beiträgen von H. J. Nicholls (New-York), J. Jversen (St. Petersburg), Bitter (Kairo) und Dreyer (Kairo). Mit 27 Textfiguren und 5 Tafeln. Berlin. 1910. Verlag von Julius Springer. Preis 6 Mark.

Ein Beweis, wie dieses Buch mit der grössten Spannung erwartet wurde, liegt in der kurzen Notiz auf dem Titelblatt, dass von diesem Werke Uebersetzungen in englischer, italienischer, russischer und ungarischer Sprache demnächst erscheinen werden *).

In dem Vorwort Ehrlichs tritt wieder vor Allem der für den Autor so charakteristische Zug, die Dankbarkeit, hervor. Nachdem er damit begonnen, dass er sich seit 25 Jahren bemüht hat, den Grundsatz ins Praktische zu übersetzen, dass ein Arzneistoff nur auf die Körpersysteme wirken kann, von denen er aufgenommen wird, hebt er die Verdienste Carl Weigerts hervor, der ihn immer wieder anspornte, sich nicht durch Misserfolge entmutigen zu lassen, und dann heisst es gleich weiter: «dass es mir gelungen, zu einem günstigen Resultat zu gelangen, ist nicht allein mein Verdienst». Es folgt nun eine lange Liste von allen seinen Mitarbeitern, sowie ein Hinweis auf die wertvolle Unterstützung der Höchster Farbwerke, der Firma Leopold Casseller & Comp. und ein Dank an John D. Rockefeller, der ansehnliche Summen zu Versuchszwecken ihm zur Verfügung gestellt. Zum Schluss noch ein Dank Herrn Springer für die rasche und sachgemässe Förderung dieses Buches. Die erste Arbeit stammt von S. Hata, die experimentelle Grundlage der Chemotherapie der Spirillosen, in welcher er seine Versuche bei Recurrens mit 14 Arsenverbindungen darlegt und dann auf seine Versuche bei Hühnerspirillose und bei Syphilis an Kaninchen übergeht.

Dann folgen: die vorläufige Mitteilung von Henry J. Nichols, über die Wirkung der Ehrlichschen Substanz «606» auf Spirochäte pertenuis im Tierkörper, dann die Chemotherapie bei Recurrens von Jversen und eine kurze Mitteilung über die im «Cairo Infections-Hospital» behandelten Fälle von Rückfallfieber von Dr. Bitter und Dr. Dreyer.

Das Buch schliesst mit Schlussbemerkungen von Paul Ehrlich, die Chemisches über Dioxydiamidoarsenbenzol bringen, sowie Chemotherapie der Trypanosomerkrankungen und ihre Consequenzen, Taktik der praktischen Arzneimittelprüfung, Resultate und Ausblick sowie ein Literaturverzeichnis bis zum 5. October 1910, nicht weniger als 113 Arbeiten über die praktische Anwendung des 606. Den Hauptwert bei der Arbeit legt E. auf die Feststellung der Tatsache, dass es in zweifelsfreier Weise möglich ist, zielbewusst auf chemotherapeutischem Wege specifisch und aetiologisch wirkende Heilmittel gegen Protozoenerkrankungen, speciell gegen Spirillosen, und von diesen wieder in erster Linie gegen Lues zu finden. 606 ist das stärkste spirillocide Mittel, das wir gegenwärtig besitzen, doch fasst er es nur als Basis zum Bessern auf, eine Etappe auf dem Wege, auf dem wir uns dem Princip der Therapia magna sterilisans immer mehr nähern. Hieraus ersieht man, dass die unerhörten Erfolge Ehrlich nur dazu anspornen, auf dem betretenen Wege rüstig weiter zu schreiten, und wir noch viel von seinem genialen Geist und seiner erstaunlichen Arbeitskraft erwarten können.

Das Buch liest sich leicht und nur mit Mühe legt man es aus der Hand, um die Fülle des Inhaltes zu verarbeiten. Die Ausstattung ist musterhaft, die beigefügten Photogramme tadellos.

O. v. Petersen.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 27. April 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär: Fuhrmann.

1. Amburger: Ein Fall von Hypophysistumor.

Discussion:

Voss-Greifswald (als Gast): Die Akromegalie ist eine Modekrankheit, ihre Erscheinungen sind erst in jüngster Zeit bekannt geworden und eingehend studiert. Den von Amburger berichteten Fall macht der anatomische Beleg be-

*) Eine russische Uebersetzung ist bereits erschienen.
Die Red.

sonders interessant. In den Einzelheiten möchte ich jedoch dem Vortr. widersprechen. So dürfte z. B. von einer Analogie zwischen den Beziehungen der Schilddrüse zu der Basedowkrankheit einerseits und der Erkrankung der Hypophysis zu der Akromegalie andererseits kaum die Rede sein. Was die Schilddrüse anbetrifft, so kennen wir krankhafte Zustände, die auf einer Hypersecretion beruhen — den Morbus Basedowii, und solche, die auf einer Hyposecretion beruhen — die Kachexia strumipriva. Nun ist aber für die Hypophysis einstweilen nichts bekannt, was auf eine Hypersecretion zurückgeführt werden könnte.

Zweitens ist es doch wohl fraglich, ob der Arsentherapie wirklich die ihr von Amburger zugeschriebene Bedeutung zukommt. Bei dem Basedow sieht man doch, dass alle erdenkbaren Mittel gute Dienste leisten, vielleicht verhält es sich ebenso bei den Erkrankungen der Hypophysis. Allerdings scheinen Jodpräparate hier nur schaden zu können. Was nun die anatomischen Verhältnisse betrifft, so erinnere ich mich eines Falles, den ich mit Blessig beobachtet habe, wo der Hypophysistumor, dem auch von Amburger erwähnten canalis craniopharyngeus augenscheinlich folgend, in die Mundhöhle hineinwucherte.

In manchen Fällen von Amenorrhoe, Fettsucht und vagen Symptomen ähnlicher Ordnung handelt es sich möglicherweise um verdeckte Akromegalie.

In einem Falle, der in Wien zur Beobachtung gelangte, ging unter einer Röntgenbehandlung nicht nur der Hypophysistumor zurück, sondern mit ihm auch die Akromegalie.

Amburger: was die Arsentherapie anbetrifft, so wende ich sie beim Basedow nur selten und mit Ueberlegung an. Bei der Behandlung des in Rede stehenden Falles wusste ich zunächst nichts anderes, überzeugte mich aber jedesmal bei Wiederaufnahme der Arsenbehandlung von der rapiden Besserung. Bei der heutigen Operationsmethode ist es unmöglich, die ganze Drüse zu entfernen. Daher kann man von einer Hypofunction kaum reden. Es scheint übrigens ein bisher nicht ganz aufgeklärtes reciprokes Verhältnis zwischen Thyreoidea und Hypophysis zu bestehen.

II. Kreps: Ueber Irrigationsurethroskopie (erscheint im Druck).

Sitzung am 11. Mai 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär: Fuhrmann.

1. Wanach. Zur Diagnostik und Operation der Nierensteine. (Demonstration des Patienten).

2. Dörbeck. Ueber nicht-diabetische Glykosurie vom versicherungsärztlichen Standpunkt. (Erscheint in dieser Wochenschrift).

Discussion:

Serck schliesst sich durchaus der Forderung des Vortragenden an, nur dort von Glykosurie zu reden, wo die Gährungsprobe positiv war. In einem Falle erinnert er sich, bei einem Norweger starke Reduction im Harn wahrgenommen zu haben, der Mann hatte aber vorher reichlich Bier getrunken.

Amburger. Die prognostische Bedeutung der Glykosurie ist zweifelhaft und erfordert grosse Vorsicht. Es gibt keine statistischen Angaben darüber, wie häufig die Glykosurie in Diabetes übergeht. Manchmal ist die Glykosurie eine Folge von Intoxication, so sah Amburger in einem Falle Zucker im Harn auftreten unter einer Thyreoidinbehandlung. Später nach beendigter Behandlung verschwand der Zucker, dennoch wurde die Aufnahme in die Versicherung erschwert.

Westphalen. Was die Prognose der passageren Glykosurie bei verschiedenen Erkrankungen betrifft, so ist solche wohl immer als Ausdruck eines latenten Diabetes aufzufassen; so folgte in einem Falle von crupöser Pneumonie mit Glykosurie später ein Diabetes, desgleichen entwickelte sich bei einer Dame mit Schwangerschaftsglykosurie später ein Diabetes.

Prof. Petersen untersucht seit Jahren alle ins Hospital kommenden dermatologischen und venerischen Patienten auf Zucker, und es vergeht keine Woche, wo nicht ein oder das andere Mal Zucker bestimmt wird, der aber nach 2—3 Tagen schwindet. Auch bei Ekzematikern findet man des öfteren Zucker, das sind aber chronische Diabetiker.

Henking untersuchte einige Jahre hindurch jeden Kranken auf Zucker, denn er hatte in seiner chirurgischen Praxis einige unliebsame Collisionen mit Diabetes gehabt. Es kommen in der Tat kurze, vorübergehende, scheinbar rein alimentäre Glykosurien vor. Einige von diesen Patienten werden später Diabetiker. Auch die Erblichkeit scheint bei dem Diabetes, besonders bei Kindern, eine gewisse Rolle zu spielen. Also auch die passagere Glykosurie weist auf Disposition zum Diabetes hin, indem sie mit demselben in einem gewissen Zusammenhang steht.

Dörbeck betont noch einmal die zweifelhafte Prognose und dass der Versicherungsarzt und die Gesellschaft nicht mit vorübergehender Glykosurie rechnen können, und solche Fälle, wo die Gährungsprobe positiv ausfällt ganz abgewiesen werden sollten oder jedenfalls gegen erhöhte Prämie oder auf verkürzte Dauer aufgenommen werden dürfen.

Discussion zum Wanachschen Vortrag.

Tiling. Den positiven Röntgenbefund kann man als ausschlaggebend für die Operation betrachten, den negativen aber nicht. Dieser Satz kann im allgemeinen zugegeben werden, aber auch im Fall des positiven Befundes sind gute Röntgenphotographien erforderlich. In einem Falle z. B. war eine Dame wegen Steine nephrotomiert worden, wobei viele Steine entfernt wurden. Heilung. Nach Jahren — Pyelitis. Die Röntgenphotographie ergibt — zwei Steine. Wegen der bestehenden Pyelitis wird zur Nephrotomie geschritten — bei der aber keine Steine gefunden wurden, der Irrtum liess sich durch die narbigen Veränderungen an den Nieren erklären, die Schatten gegeben hatten. Es sind also auch die positiven Befunde nicht immer beweisend. Es ist dieses allerdings ein exceptioneller Fall.

Schiele hat neulich mit Kernig einen Fall beobachtet, wo Nierenkoliken vorlagen und Nierensteine vermutet wurden, auf der Photographie war aber nichts zu sehen. Später ging ein Stein ab, der kleiner war als ein Stecknadelkopf. Wenn das Concrement sehr klein ist, so kann es klinisch schon erkennbar, durch die Röntgenstrahlen aber noch nicht nachweisbar sein.

Wanach. Es kommt für die Röntgenphotographien in erster Linie auch auf die Zusammensetzung der Steine an, so geben z. B. Urate schlechten Schatten.

Sitzung am 21. September 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär: Moritz (stellvertr.).

1. Schiele stellt einen Patienten vor, dem er vor 8 Tagen eine Injection mit 0,5 gr. «606» gemacht hat, um den Collegen die Möglichkeit zu geben, sich durch den Augenschein von der Wirkung des Mittels zu überzeugen. Es handelt sich um einen Fall von frischer Lues; Pat. hat sich vor 4 Wochen inficiert und hat seit ca. 6 Wochen ein Ulcus im Sulcus coronarius beobachtet, das sich immer mehr vergrösserte, bis es am Tage der Injection die Grösse eines 2-Kopekenstückes erreicht hatte. Die Umgebung des Geschwürs war stark infiltriert, fühlte sich ziemlich hart an; der ganze Penis geschwollen, starke allgemeine Scleradenitis. Eine Inguinaldrüse links fast hühnereigross. Auf dem Körper bestand ein ausgebreitetes maculo-papulöses Syphilid; Angina specifica. Pat. war von einem Feldscher local mit Streupulver und allgemein offenbar mit Zittmannschem Decoct vorbehandelt. Da er keine Besserung sah, wandte Pat. sich an Dr. Wichert, der ihn zwecks Behandlung mit «606» Schiele überwies. 8 Tage nach der Einspritzung hat sich das Ulcus bis auf $^1/_3$ seiner ursprünglichen Grösse zurückgebildet, zeigt einen reinen Grund, die Sclerose ist weich geworden, die Drüsen bedeutend kleiner, vom Exanthem nur noch undeutliche Reste zu sehen. In weiteren 8 Tagen wird das Ulcus wohl vollkommen verheilt sein. Pat. hatte die ersten 4 Tage post. inject. leichte Temperatursteigerungen bis 37,6, litt an Schlaflosigkeit und klagte über Schwäche und schlechtes Allgemeinbefinden. Jetzt fühlt er sich sehr wohl, hat guten Appetit und Schlaf. An der Injectionsstelle am linken Schulterblatt sehen sieht man ein ziemlich beträchtliches, wenig empfindliches Infiltrat.

(Autoreferat).

2. W. Beckmann demonstriert aus der Zahl von 65 mit Eröffnung der Bauchhöhle im I. Semester dieses Jahres in der gynäkol. Abteilung des Obuchowhospitals operierten Fällen folgende Präparate.

a) 23 Tubarschwangerschaften aus den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten. In 15 Fällen wurden die Kranken bei profusem Bluterguss in die Peritonealhöhle im Collaps operiert. In den frühesten Stadien der Schwangerschaft fanden sich kaum verdickte Tuben mit kleinen Rupturstellen, die trotzdem zu lebensgefährlichen Blutungen geführt hatten. In einem Falle wurde der mit dem linksseitigen Tubarsacke verklebte Wurmfortsatz mit entfernt.

b) 1 rupturierte Tubenschwangerschaft von 6 Wochen. Die Pat. wurde im Collaps bei erheblicher Anämie operiert. Dieser Fall ist dadurch interessant, dass

bei derselben Frau im Februar dieses Jahres ein Tubenabort constatiert wurde. Pat. wurde damals conservativ behandelt und genas; im Mai, Juni und Juli war die Regel normal, im August trat die Catastrophe ein. Bei der Operation fand sich die rechte Tube bereits wenig verändert vor, in der Nähe ihres Ostium abdom. lag ein haselnussgrosser Körper, die Reste des beim Tubenabort in die Bauchhöhle ausgestossenen Eies. Die frische Ruptur fand sich in der linken Tube.

c) 8 nach der erweiterten Wertheim schen Methode operierte Fälle von Uteruscarcinom. Ein Fall war compliciert durch einen die ganze Bauchhöhle ausfüllenden Ovarialtumor. (Carcinom). In 5 Fällen wurden bis hühnereigrosse Drüsenpakete exstirpiert. In einem dieser Fälle musste das Drüsenpaket zwischen Vena iliac. interna und Beckenwand herauspräpariert werden, wobei die Vene im Bereich von 4—5 Cm. aus dem umgebenden Gewebe völlig frei präpariert werden musste. Alle 8 Pat. genasen.

d) Einen post partum exstirpierten Uterus mit Portiocarcinom. Die Frau kreisste 14 Stunden und die Eröffnung der Gebärmutter schritt wegen starrer Infiltration des Muttermundes durch die Krebsmassen nicht vor. Es wurde die Hysterotomia anterior gemacht, mit dem Forceps ein lebendes Kind entwickelt und im Anschluss daran der Uterus per vaginam mit sagittaler Spaltung seiner Wand entfernt. Die Frau ist genesen.

c) Eine kindskopfgrosse Dermoidcyste, die im kleinen Becken fest verwachsen war und als Geburtshindernis diente. Die Kreissende wurde aus einem städtischen Gebärasyl übergeführt. Der Kopf stand über dem Becken. Es wurde der Kaiserschnitt mit Fritsch schem Fundalschnitt ausgeführt, ein lebendes Kind entwickelt und darnach der Tumor mit einiger Mühe aus dem kleinen Becken ausgeschält. Die Frau ist glatt genesen.

(Autoreferat).

Discussion:

Dobbert betont, dass die bestehende Gravidität durchaus keine Contraindication für die Laparotomie bei Carcinoma cervicis uteri abgebe. Im Gegenteil sei die Gefahr des Recidivs und der Verbreitung des Carcinoms bei Schwangerschaft noch wesentlich grösser. D. ist daher durchaus gegen die Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes in derartigen Fällen.

W. Beckmann erwidert Dobbert, dass er schon früher von der seltenen Complication des Uteruskrebses mit Schwangerschaft 2 Fälle publiciert hat. Wie beim Krebs der nicht schwangeren, so auch der schwangeren Gebärmutter zieht B. die abdominale Radicaloperation vor. Dieselbe ist nach Angabe der Autoren (Wertheim, Trotta, v. Franqué) bei Gravidität leichter auszuführen und sind noch weiter vorgeschrittene Fälle operabel als im nichtschwangeren Zustande. Nach einer eigenen Statistik aus den allerletzten Jahren war die Mortalität bei der vaginalen Operation (6,2 pCt.) und abdominalen Operation (6,97 pCt.) fast gleich, dagegen läuft das Kind bei der abdominalen Entwickelung keinerlei Gefahr, während bei der vaginalen Entbindung ein geringer Procentsatz von Kindern verloren geht. In dem Falle, über den B. heute berichtete, wurde nur deshalb die vaginale Opepation gemacht, weil die Frau längere Zeit gekreisst hatte und auswärts vielfach untersucht war, so dass eine Infectionsmöglichkeit vorlag. Im Uebrigen verweist B. auf seine über dieses Thema demnächst in der Zeitschr. für Gebh. u. Gynäk. erscheinende Arbeit.

3. Schiele hält seinen Vortrag über die Anwendung des Ehrlich-Hata schen Präparates «606» bei Syphilis. (Erscheint in dieser Wochenschrift).

Discussion:

Iversen betont, dass die Allgemeinreaction nicht etwa nur bei Lues, sondern auch bei anderen Krankheiten — so bei Malaria, Recurrens, Pneumonie etc. auftrete. Was den Todesfall von Grouven betrifft, so dürfte die Schuld daran nicht etwa die intravenöse Anwendung an und für sich, sondern die zu starke Concentration der Lösung treffen. Statt in 200—250, wurden 0,45 gr. «606» in 15 ccm. eingespritzt.

E. Schmidt. Dem sehr günstig lautenden Urteil von Dr. Schiele über das Ehrlich-Hatasche Mittel kann ich auf Grund meiner in der Prof. Herxheimer schen Klinik in Frankfurt a. M. gewonnenen Eindrücke durchaus beistimmen. Das Arsenobenzol entfaltet auf die verschiedenartigsten Luesmanifestationen eine eminent schnelle Heilwirkung. Freilich kommen Recidive vor, sie werden aber durch eine wiederholte Einspritzung ebenso schnell beseitigt. In der erwähnten Klinik waren bis vor 2 Wochen über 400 Erwachsene und Kinder mit 20 Procent Rückfällen behandelt worden.

Die Injectionstechnik in vereinfachter Weise und mit geringerem Injectionsquantum unter Beobachtung peinlichster Aseptik ist daselbst folgende: 0,5 Gramm «606» (Hatol Hyperideal) wird mit 0,33 ccm. einer 20 pCt. NaOH-Lösung unter allmählichem Zusatz von Aqua destillata bis 10 ccm. gründlich in einem Porzellanmörser verrieben und alsdann diese neutrale Aufschwemmung intraglutäal, selten intrascapular, injiciert. Die Injection ist schmerzlos, und die nachher auftretenden Beschwerden und Infiltration sind geringer wie bei den anderen Methoden.

(Autoreferat).

Lezenius meint, dass alle Anomalien des Sehnerven eine Contraindication für die Anwendung des Mittels abgeben, cf. dazu auch Ehrlich und Gross.

Schiele: nach Neisser kommt die Allgemeinreaction nicht bei anderen Krankheiten vor. Lezenius erwidert S., dass entgegen den Befürchtungen 606-Injectionen bei Sehnervenerkrankungen gut vertragen worden sind.

Prof. v. Petersen: die Allgemeinreaction und Temperatursteigerung bleibt hier und da auch bei bestehender Lues aus. Es können aber auch Spätreactionen auftreten — nach mehreren Tagen. Klinische Behandlung ist bisher noch durchaus erwünscht.

Ucke meint, dass die Giftwirkung des Mittels weniger durch das Arsen als durch die freiwerdenden Toxine der abgetöteten Spirochäten zu erklären sei.

Iversen hält diese Deutung für höchst unwahrscheinlich. Beim Recurrens gehen auch grosse Massen Spirochäten zu Grunde, ohne dass derartige Giftwirkungen auftreten. Es handelt sich offenbar um Arsenwirkung, vielleicht um eine Idiosynkrasie.

Auszüge aus den Protocollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 1. III. 10.

Anwesend 26 Mitglieder und 8 Gäste.

P. 4. Blacher. 1. Ein Fall von Peritonitis mit seltener Aetiologie. Nachdem der Pat. an der l. Hand einen Abscess gehabt, der am 20. Tage verheilt war, erkrankte er am 21. Tage mit Schüttelfrost u. 39,5° an einer Peritonitis, die am 5. Krankheitstage unter Collaps zum Exitus führte. Die Section ergab 2 lt. dickflüssigen Eiters in der Bauchhöhle, die bakteriologische Untersuchung—eine Reincultur von Streptococcen. Da die übrigen Bauchorgane keine krankhaften Veränderungen zeigten, welche als Ursache der Peritonitis aufzufassen wären, ist der ätiologische Zusammenhang mit dem Abscess höchst wahrscheinlich, besonders da es eine reine Streptococcenperitonitis, die sonst nicht häufig ist, war. Die Streptococcen waren auf hämatogenem Wege ins Peritoneum gelangt, wo sie die Metastase erzeugten. Die Dauer des Intervalls zwischen Abscess u. Peritonitis spricht jedenfalls nicht gegen diese Annahme. 2. ein Pat. von 29 Jahren bot kurz folgendes Krankheitsbild: P. war mit Schüttelfrost erkrankt, hatte Seitenstechen, Husten, das Gesicht war etwas oedematös, kein Eiweiss im Harn, die T° war nicht hoch. Am 9. Tage trat Erbrechen auf, am 11.—ein urämischer Anfall; jetzt fand sich Eiweiss und Fett im Harn.—Venaesectio. Am 13. Tage T° 40,2°, am 14.—clonische Krämpfe der rechten Gesichtshälfte und der rechten oberen Extremität, am 15.—Coma (Kernig negativ) und Tod.

Sectionsergebnis: Gehirn: im l. lob. praecentral. zieml. bedeutende Hyperämie und Oedem der Pia mater, Gehirndurchschnitt feucht, glänzend, Windungen an der Oberfläche abgeflacht. In der r. Pleurahöhle 250 cc. etwas trüber Flüssigkeit, Hepatisatio rubra des l. unteren Lungenlappens. Im Pericardium 150 cc. seröser Flüssigkeit. Corticalsubstanz der Niere gelblich-grau verfärbt, Dicke 7 mm. In der Harnblase gelber, etwas trüber Harn, der beim Stehen in Masse gerann. Anatom. Diagnose: Hyperämia et oedema piae matris partialis; oedema cerebri; Pleuritis exsudativa dextra et adhäsiva sinistra, oedema pulmonum, hepatisatio rubra pulm. sin. e pneumonia cruposa; nephritis parenchymatosa acuta.

Discussion:

Weiss fragt, ob es sicher bekannt ist, auf welchem Wege die metastatischen Appendicitiden entstehen.

Blacher: Nach Canon geschieht dies ebenfalls auf hämatogenem Wege, doch ist ein Beweis hierfür nicht zu erbringen.

Greiffenhagen erinnert an die Pneumococcenperitonitis, die besonders häufig bei Kindern, und zwar Mädchen vorkommt und die Neigung hat, einen Durchbruch des Eiters durch den Nabel zu veranlassen; ebenso besteht eine merkwürdige Wechselbeziehung zwischen Gaumenmandelerkrankungen und Appendicitis, so hat man letztere denn auch Angina der Appendix genannt.

P. 5. Greiffenhagen. «Ueber den augenblicklichen Stand der Hypophysiserkrankungen».

Nach Besprechung der Aetiologie und pathologischen Anatomie, welch letztere besonders die Häufigkeit bösartiger Neubildungen betont, schildert Gr. die klinischen Symptome und den Krankheitsverlauf der Hypophysistumoren. In der Regel bildet sich die Krankheit allmählich aus und pflegt einen langdauernden Verlauf zu nehmen. Unter dem Bilde vieldeutiger Symptome (Kopfschmerzen, allgem. Schwäche, Ohrensausen, Herzpalpitationen und anderer Symptome, die auf Anämie u. Chlorose beruhen können, besonders häufig auch menstruellen Störungen) beginnt das Leiden und kann so, selbst mit nicht unerheblichen Besserungen jahrelang bestehen und unerkannt bleiben. Erst bei Ausbildung prägnanterer Symptome lässt sich eine Diagnose stellen. Schwund der Achsel- und Schamhaare, Veränderungen der secundären Geschlechtscharaktere im Sinne eines Hypogenitalismus, bei Männern besonders Impotenz, allgemeine Adipositas, Störungen der Schilddrüse, Acromegalie, Veränderungen der Intelligenz und Psyche, allmählich zum Unerträglichen sich steigernde Kopfschmerzen und endlich Sehstörungen, besonders die bitemporale Hemianopsie—das sind die classischen Symptome, die zur Diagnose einer Hypophysenerkrankung berechtigen; weisen die Röntgenstrahlen eine Erweiterung der Sella turcica nach, so ist die Diagnose gesichert.

Bei der absolut schlechten Prognose und der Aussichtslosigkeit jeder anderen Behandlung hat man versucht, den Hypophysentumoren auf chirurgischem Wege beizukommen. Die Operationsmethoden kann man in 2 Hauptgruppen teilen: die intracraniellen u. die extracraniellen. Erstere bezwecken die Freilegung der H. entweder von der mittleren Schädelgrube aus (Horsley, Dahlgren, Caton, Paul, Cosel-li) oder von der vorderen (Krause, Borchardt, Kilian). Die extracraniellen Methoden suchen auf 2 Wegen zur Schädelbasis zu gelangen: 1. vom Munde resp. Gaumen aus (Pharyngotomia suprahyoidea; König, Hertel, Löwe) oder 2. von der Nase aus (Schlosser, der die erste erfolgreiche Operation ausgeführt hat, v. Eiselsberg, Hochenegg, Kocher u. and.). Hirsch schlägt die successive Abtragung aller Muscheln endonasal in mehreren Sitzungen vor, um ohne verstümmelnde Operation den Keilbeinkörper zu erreichen, ein Vorschlag, dem Ref. sich aus theoretischen Gründen anschliesst. — Die operativen Heilerfolge sind im Allgemeinen gut, aber die Dauerresultate in Anbetracht des häufigen Vorkommens bösartiger Neubildungen bisher in keiner Weise befriedigend.

(Autoreferat).

Discussion:

Weiss meint, aus der langen Krankheitsdauer der Hypophysistumoren schliessen zu können, dass es sich hier, wenn auch um bösartige, so doch um relativ benigne Tumoren handle, die keine Neigung zur Metastasenbildung zeigten.

Greiffenhagen: Es verhält sich hier offenbar ebenso wie bei den Nebennierentumoren, die gewöhnlich auch erst nach längerem Bestehen bösartig werden.

Haller. Die Prognose eines chirurgischen Eingriffs ist hier deshalb besonders schlecht, weil es sich um ein lebenswichtiges Organ handelt, dessen völlige Entfernung nach dem Tierversuch an und für sich schon das Amlebenbleiben des Individiums unmöglich macht.

Meder glaubt, die klinischen Erscheinungen bei diesen Tumoren seien nur Folge der physiologischen Hypertrophie der Drüse, sobald sie bösartig entarten, trete der Tod rasch ein.

Greiffenhagen: theoretisch wäre es denkbar, dass auch für ein scheinbar lebenswichtiges Organ ein anderes vicariierend eintreten könne, dessen Function wir noch nicht kennen.

P. 6. Greiffenhagen: Röntgenbilder.

Gr. demonstiert Röntgenbilder von Exostosen, die seit ca 2 Jahren bei einem 14 jähr. Knaben in der Gegend des Condylus intern. des Oberschenkels nach einem Stoss an dieser Stelle aufgetreten sind.

Sitzung am 15. März 1910.

Anwesend 16 Mitglieder und 7 Gäste.

P. 2. Greiffenhagen demonstriert einen 21-jährigen Mann, der vor 9 Tagen operiert worden ist. Es handelte sich um eine linksseitige totale Hasenscharte, Spalte des linken Naseneingangs, vollständigen Schiefstand des knöchernen und knorpeligen Septums und der ossa nasalia, Hochstand des linken rudimentären Nasenflügels, Uranoschisis, Fibrom an der linken Cornea und teratoide Gebilde an beiden Tragi. Ob der abnorme Haarwuchs an der Stirnhaut auf eine intrauterin geheilte schräge Gesichtsspalte schliessen lässt, vermag Gr. nicht zu entscheiden. — Nach der Operation der Hasenscharte, blutigen Reposition der Nasenbeine und Verlagerung des linken Nasenflügels ist eine wesentliche kosmetische Verbesserung zu constatieren. Weitere Correcturen an der Nase und die Staphylorrhaphie sollen nach einem Jahr folgen.

(Autoreferat).

P. 3. Nottbeck hält seinen Vortrag über «exsudative Diathese». Er referiert über den von Adolf Czerny beschriebenen Symptomencomplex der exsudativen Diathese, der in exsudativen Vorgängen auf den Schleimhäuten, vornehmlich derjenigen des Respirationstractes und der Haut besteht, wozu secundäre Lymphdrüsenschwellungen und Combinationen mit Neuro- und Psychopathien treten. Die Pathogenese dieser dem Kindesalter eigentümlichen Krankheit ist unbekannt; Czerny nimmt einen congenitalen Defect im Chemismus des Körpers an, wobei die Störung hauptsächlich im Fettstoffwechsel beruhe. Berücksichtigung findet ferner das Verhältnis der exsudativen Diathese zur Scrophulose und zu dem Lymphatismus Escherichs.

Die Diathese wird ernährungstherapeutisch specifisch beeinflusst, indem jegliche Mästung vermieden wird, ausserdem ist der Zustand des Nervensystems und die intercurrenten Infectionen zu berüchsichtigen.

(Autoreferat).

Discussion:

Meder. Das von Czerny entworfene Krankheitsbild ist das der Scrophulose, aus dem nur die zur ausgesprochenen Tuberculose gehörenden Fälle ausgeschieden sind. Die Diät spielt in der Behandlung der geschilderten Zustände gewiss eine grosse Rolle, doch scheint es Meder, dass Czerny zu schematisch eine Ernährungsmethode als Heilmittel empfahl. Nach M—s Meinung ist genügende Zufuhr guter Luft von allergrösster Bedeutung. Das sieht man häufig selbst in wohlhabenden Häusern, wo die Kinderzimmer bei im übrigen guter und richtiger Pflege oft schlecht ventiliert sind; sobald für gute Luft gesorgt wird, bessern sich die scrophulösen Kinder. Czerny ist möglicherweise deshalb in seiner zu einseitigen Betonung der Ernährung zu Fehlschlüssen gelangt, weil er es doch mit klinischem Material zu tun hat: Kindern aus sehr schlechten hygienischen Verhältnissen werden in der gut ventilierten Klinik hauptsächlich durch die gute Luft genesen.

In praxi ist nach Meders Meinung die von Czerny empfohlene Diät schwer durchzuführen: oft nimmt das Kind einfach nicht die neue Diät, und man mus in diesen Dingen die Bedeutung des kindlichen Instincts nicht unterschätzen.

Rennenkampff stimmt Meder bei, dass reine Luft in der Behandlung der exsudativen Diathese von allergrösster Bedeutung sei, das entspreche auch ganz seinen Erfahrungen. In der Diät spielen die Salze der Milch jedenfalls gar keine Rolle, gefährlich ist für die Kinder nur der Fettgehalt; das Fett verbraucht die Salze der Milch zur Verseifung und es kommt dann zu den bekannten Fettstühlen. Das schädigende Moment ist eben das Missverhältnis der einzelnen Nahrungsstoffe zu einander. — Czerny hat sein neues Krankheitsbild, die exsudative Diathese, aufgestellt, weil der alte Begriff der Scrophulose ein Mischbegriff war. — In der vom V. angeführten Symptomatologie vermisst R. das sehr charakteristische Schwitzen der Kinder.

Haller: theoretisch ist es leicht, die beiden Krankheitsbilder — exsudat. Diathese und Tuberculose von einander zu scheiden, praktisch aber oft unmöglich: so wird man das z. B. bei Drüsenschwellungen oft nicht können. Die Pirquet sche Reaction wäre ein einigermassen sicheres Kriterium, ob die Kinder tuberculös sind, doch auch diese ist nicht immer eindeutig. Schliesslich ist in praxi eine genaue Scheidung der beiden Krankheitszustände nicht einmal von so grosser Wichtigkeit, da ja die Drüsentuberculose des Kindesalters eine verhältnismässig sehr gute Prognose gibt, ja, nach Meinung einiger sogar eine gewisse Immunität gegen späteres Erkranken an Tuberculose gewähren soll.

Greiffenhagen hält die neue Czernysche Nomenklatur: exsudative Diathese für den alten Krankheitsbegriff Scrophulose für unnütz; in praxi hat man dadurch nichts gewonnen. Er erinnert an die Schwellung der Rachenmandeln im Säuglingsalter (Tornwaltsche Krankheit) wo man meist in den Recessus, wenn nicht in den Mandeln selbst, Tuberkelbacillen findet.

Armsen betont das Verdienst Czernys, den Begriff exsud. Diathese aus dem alten der Scrophulose herausgeschält zu haben: in der theoretischen Aufstellung der Diagnose ist die Prognose zugleich gegeben. Ob die Trennung praktisch immer leicht durchzuführen, ist eine andere Frage, die an der Wichtigkeit theoretischer Klärung der Begriffe nichts ändert.

Thomson erinnert daran, dass bei einem der häufigsten Krankheitssymptome der exsudativen Diathese, beim Milch-

schorf, die Regelung der Nahrung jedenfalls von weit grösserer Wichtigkeit ist als die Einwirkung der Luft.

Nottbeck. Czerny hat den neuen Krankheitsbegriff aufgestellt, um die uralte Streitfrage der Beziehungen der Scrophulose zur Tuberculose ein für allemal zu beseitigen. Praktisch ist die Aufstellung der Symptomatologie der exsudativen Diathese von grösster Wichtigkeit; ein anscheinend so unschuldiges Symptom, wie der Milchschorf muss schon zu grosser Vorsicht mahnen. Nach seinen Erfahrungen ist die Betonung der richtigen Diät jedenfalls das grösste Verdienst Czernys: die Luftverhältnisse sind oft in einem Hause vorzüglich, aber erst nach geregelter Ernährung ist der Erfolg eclatant. Was die Drüsenaffectionen anbetrifft, so kommt es auf den Grad der Infection an: geringe Mengen von Tuberkelbacillen werden offenbar normalerweise durch die Drüsen selbst vernichtet.

P. 4. Greiffenhagen: ein Fall von sogen. essentieller Nierenblutung bei einem 36-jährigen Herren, den Gr. mit Nephrotomie und Decapsulation nach Edebohls operativ behandelt hat. Der augenblickliche Erfolg ist ein guter. Die ausführliche Mitteilung über den Fall wird veröffentlicht werden.

Discussion:

Meder: da Lebensgefahr durch die Blutung bestand, wäre es vielleicht geboten gewesen, gleich die Nephrectomie vorzunehmen, vorausgesetzt dass die andere Niere gesund war.

Greiffenhagen: trotz der Vollkommenheit der heutigen Untersuchungsmethoden könnten schlimme Folgen eintreten: Anurie infolge Versagens der anderen Niere, denn man kann immer einmal das Unglück haben, die Untersuchung in einem Stadium vorgenommen zu haben, wo die andere Niere vorübergehend kein Albumen ergab. Nach Gr. Meinung soll als erstes immer die Entspannung durch Kapselspaltung gemacht werden. Im vorliegenden Fall war die Nephrotomie aus diagnostischen Gründen nötig.

Meder: auch früher sind ja in diesem Fall sehr langdauernde Pausen zwischen den Blutungen vorgekommen, es ist also vielleicht verfrüht hier von Heilung durch die Operation zu sprechen.

Haller macht darauf aufmerksam, dass hier die Nephritis möglicherweise eine Folge der Hämaturie gewesen und fragt ob eine einseitige Nephritis sicher beobachtet worden sei.

Greiffenhagen: bei durch Trauma oder Stein entstandenen Nephritiden ist dieses theoretisch als durchaus möglich anzunehmen und zudem auch durch Sectionsbefunde de facto sicher gestellt. Beim sog. Morbus Brightii allerdings ist die Erkrankung wohl immer beiderseitig.

Dr. med. Constantin Frankenhäuser †.

Am 21. October starb plötzlich der Director des Evangelischen Hospitals in St. Petersburg, Dr. med. C. Frankenhäuser. Die Todesnachricht traf Alle, die ihm nahe standen, wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Wer den kräftigen, arbeitsfreudigen Mann kannte, dessen ganzes Wesen von blühender Gesundheit zu zeugen schien, wer ihn noch in den letzten Tagen und Stunden gesehen, der konnte sich gar nicht vorstellen, dass der Tod in so unmittelbarer Nähe vor ihm stand. Nur sehr Wenigen war es bekannt, dass er schon seit Jahren an stenokardischen Anfällen litt.

Wie das ganze Wesen Dr. Frankenhäusers das Gepräge sicherer Ruhe und eines inneren Gleichgewichts trug, so verlief auch sein Lebensweg in ruhiger, abgemessener Bahn, und wollte man ihn nur nach seinen äusseren biographischen Daten beurteilen, so würde man sich kein richtiges Bild von ihm machen und in seiner Wertschätzung weit fehlgehen.

Dr. Frankenhäuser wurde am 13. (1.) Juni 1852 als Sohn eines angesehenen Arztes in Wiborg geboren. Einer seiner Vorfahren war aus Thüringen in Finnland eingewandert, und hier hatte die Familie Frankenhäuser eine neue Heimat gefunden, mit der sie innig verwuchs und der sie in guten und schlimmen Zeiten mit gleicher Treue anhing. Nach Absolvierung des Gymnasiums in Wiborg bezog Frankenhäuser 1869 die Universität Dorpat, um Medicin zu studieren, und absolvierte sie 1875 mit dem Grade eines Dr. med. Nachdem er eine Zeitlang als Assistent Ernst von Bergmanns an der Dorpater chirurgischen Klinik gearbeitet, kam er 1876 nach St. Petersburg an das Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, wo er als Assistent unter der Leitung von C. Rauchfuss eine nicht minder gute Lehrzeit durchmachte. Nach Beendigung der Assistenzzeit wirkte Dr. F. 1879—1885 als Prosector am städtischen Peter-Paulhospital und war gleichzeitig als Arzt am Marien-Erziehungsinstitut angestellt, wo er bis 1906 verblieb. Im Jahre 1885 wurde er zum leitenden Arzt der therapeutischen Abteilung des Evangelischen Hospitals und 1890 zum Director desselben ernannt, wobei er die specielle Leitung einer therapeutischen Abteilung beibehielt.

Dem Evangelischen Hospital war somit die grösste Zeit seines Lebens und seine beste Kraft gewidmet, und welchen Erfolg seine Arbeit hier hatte, das ist am besten daraus zu ersehen, dass das Hospital unter seiner Leitung um das Doppelte an Umfang zugenommen und trotz der fehlerhaften ursprünglichen Anlage so umgestaltet worden ist, dass es sich jetzt den besten Krankenhäusern ruhig an die Seite stellen kann.

Die kurze biographische Skizze macht es z. T. erklärlich, wodurch Dr. Frankenhäuser zu einer leitenden Stellung befähigt war. Sein vielseitiger Bildungsgang — chirurgische Klinik, Prosectorat, Kinderklinik — hatte ihm Gelegenheit geboten, sich in den verschiedenen Disciplinen Kenntnisse anzueignen, und wer da weiss, mit welcher Gründlichkeit Frankenhäuser in allem, was er unternahm, zu Werke ging, der wird es auch leicht einsehen, dass er das wissenschaftliche Gebiet, das er bearbeitete, auch wirklich von Grund aus beherrschte. Freilich wissen nur Wenige davon, über welches Mass von Kenntnissen er verfügte, weil er sein ganzes Leben lang ein grosser Schweiger war und nur gelegentlich, wenn man ihn auf ein Thema brachte, das ihn interessierte, das zum Besten gab, was für den Frager wissenswert war. Wer Dr. Frankenhäuser bei den pathologisch-anatomischen Sectionen, die er auch als Director des Evangelischen Hospitals gelegentlich ausführte, gesehen, der hat es erfahren, wie meisterhaft er nicht nur die Technik beherrschte, sondern auch den pathologisch-anatomischen Befund allezeit kurz, klar und bündig zu deuten wusste. Aus seiner Prosectorzeit stammt eine reichhaltige Sammlung mikroskopischer Präparate, die viel Interessantes enthält und eigentlich den Grundstock für ein pathologisch-anatomisches Museum des evang. Hospitals bilden müsste.

Die Hospitaltätigkeit füllte nur einen Teil des Arbeitstages bei Dr. Frankenhäuser aus. Ausserdem hatte er noch eine weitausgebreitete Privatpraxis in der Stadt und eine Sprechstunde, die von Jahr zu Jahr immer mehr Zeit und Kraft beanspruchte. Um allen diesen Ansprüchen gerecht zu werden, bedurfte es einer solchen Arbeitskraft, wie sie Dr. Frankenhäuser besass, und ausserdem musste man, so wie er, es verstehen, seine Zeit auszunutzen, ohne einen Augenblick zu verlieren und dabei doch ohne zu hasten. Dafür war aber auch Dr. Frankenhäuser sein Leben lang ein Frühaufsteher und im Hospital war er immer als erster auf dem Platz.

Durch die gründliche Beherrschung der Klinik und der pathologischen Anatomie war Frankenhäuser in hohem Masse zum Consultanten geeignet; wenn seine consultative Tätigkeit nicht den Grad erreichte, den sie eigentlich hätte erreichen müssen, so lag das z. T. in Frankenhäusers Wesen begründet. Nur die Collegen, die ihn näher kannten, wussten seinen Wert zu schätzen, nur sie wussten, dass sie von ihm in jedem schwierigen Fall Rat und Hilfe erwarten konnten. Der grossen Menge zu imponieren, entsprach nicht dem Wesen Dr. Frankenhäusers. Alles Falsche, alles Gemachte, jede Wichtigtuerei lag ihm fern, und jeder Pomp, mit dem sich «grosse» Mediciner nicht selten gern umgeben, war ihm verhasst. Einfach und schlicht, war er allen Menschen gegenüber, mit denen er zu tun hatte, gleich freundlich, wenn auch der Ernst einen Grundzug seines Charakters bildete. Wer aber das Glück hatte, Dr. Frankenhäuser näher zu kennen und seine Sympathie zu besitzen, der wusste, dass er nicht immer schweigsam und verschlossen blieb. Er konnte auch recht fröhlich und heiter sein und verfügte über einen trockenen Humor, der das Komische treffend erfasste und charakterisierte. Es gab aber nur selten Gelegenheit zur Betätigung dieses Humors. Ernster Arbeit war das ganze Leben Dr. Frankenhäusers geweiht. In den letzten Jahren fand er kaum Zeit, die Sitzungen des Vereins St. Petersburger Aerzte und des Deutschen ärztlichen Vereins, denen er als Mitglied angehörte, zu besuchen. Wenn er spät am Abend von der Praxis heimkam, so machte er noch einen Rundgang durch das Hospital, um nach dem Rechten zu sehen, und seinem scharfen Blick entging nicht der geringste Fehler im Betriebe. So hat er in Treue seines Amtes als Leiter des Hospitals gewaltet, wie die Treue ein Grundzug seines Wesens war. Ein treuer Arbeiter, ein treuer Arzt, ein treuer College war Dr. Frankenhäuser.

Ehre seinem Andenken.

F. D.

Wöchentliche Chronik und kleine Mittellungen.

— Hochschulnachrichten.

Charkow. Der Prosector an der Universität, Dr. med. N. Bokarius ist zum Professor der gerichtlichen Medicin ernannt.

München. Die Privatdocenten DD. K. Kopp (Dermatologie und Syphilidologie) und W. Herzog (Chirurgie) sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt.

Tübingen. Prof. Dr. G. Perthes-Leipzig ist zum ord. Professor und Director der Klinik als Nachfolger von M. v. Bruns ernannt.

— Cholera. Oesterreich-Ungarn. In Triest erkrankte am 17. October ein aus Italien zugereister Arbeiter. Bis zum 15. October wurden in Ungarn 283 Erkrankungen und 139 Todesfälle festgestellt. — Italien. Vom 5. bis 11. October sind 155 Cholerafälle und 51 Todesfälle gemeldet. — Türkei. In Konstantinopel erkrankten vom 6. bis 10. October 12 Personen und starben 7. — Tripolis. In der Stadt Tripolis sind bis zum 14. October. 15 Cholerafälle festgestellt, von denen 5 tödlich verlaufen sind. — Japan. In Kobe wurden vom 12. bis zum 30. September 98 Erkrankungen und 51 Todesfälle gemeldet.

— Pest. Deutsch-Ostafrika. In Lindi ist am 5. Sept. ein Kind an der Pest gestorben. — Grossbritannien. Am 13. October ist ein Pestfall auf einem Dampfer aus Bombay festgestellt worden. — Aegypten. Vom 8. bis 14. Oct. wurden 18 Erkrankungen und 5 Todesfälle gemeldet. — Britisch-Indien. Vom 11. bis 17. Sept. wurden 3530 Erkrankungen und 2523 Todesfälle constatiert.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben: vom 10. bis zum 16. October		Erkrankt und gestorben: vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	76	(29)	4535	(1632)	7. Juni
» Kronstadt	—	(3)	246	(138)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	5	(3)	622	(318)	24. Juni
Stadt Archangelsk	—	(—)	2	(1)	10. »
Gouv. Olonez	—	(1)	24	(12)	7. Aug.
» Wologda	—	(—)	410	(225)	5. Juli
» Livland	—	(—)	55	(35)	14. »
» Kurland	—	(—)	23	(7)	25. Aug.
» Pskow	—	(—)	24	(8)	6. Juni
» Nowgorod	—	(—)	465	(259)	7. Juli
» Minsk	—	(—)	1317	(460)	18. Mai
» Mogilew	3	(2)	725	(341)	14. »
» Witebsk	15	(8)	402	(159)	21. April
» Smolensk	—	(—)	359	(193)	10. Juli
» Kowno	—	(—)	1	(1)	8. Sept.
» Podolien	15	(7)	1237	(560)	7. Juli
» Wolynien	—	(—)	157	(89)	10. Juni
» Kiew	17	(4)	3938	(1512)	3. Mai
» Tschernigow	—	(—)	2249	(946)	13. »
» Poltawa	—	(—)	3171	(1393)	3. »
» Charkow	—	(—)	7896	(4228)	8. »
» Orel	—	(—)	844	(398)	1. Juli
» Kursk	—	(1)	4476	(1977)	28. Mai
» Woronesh	5	(5)	8939	(4251)	27. »
» Tambow	—	(—)	5313	(2390)	29. »
» Pensa	—	(—)	2209	(1065)	27. Juni
» Kaluga	—	(—)	242	(120)	1. Juli
» Tula	—	(—)	336	(159)	11. Juni
» Rjasan	—	(—)	2188	(961)	19. »
» Wladimir	—	(—)	472	(249)	6. Juli
» Moskau	—	(—)	197	(88)	15. Juni
» Twer	—	(—)	52	(21)	6. Juli
» Jaroslaw	—	(—)	1481	(759)	27. Juni
» Kostroma	—	(—)	3635	(1773)	27. »
» Nishnij Nowgorod	—	(—)	2324	(1040)	24. »
» Kasan	—	(—)	3843	(1857)	19. »
» Ssimbirsk	5	(7)	3621	(1868)	10. »
» Ssamara	53	(20)	18497	(7771)	9. »
» Ssaratow	16	(8)	6158	(2571)	7. »
» Astrachan	—	(—)	1852	(823)	15. »
» Stawropol	—	(—)	9571	(4954)	3. »
» Perm	1	(—)	743	(274)	3. »
» Wjatka	—	(—)	429	(208)	26. »
» Ufa	—	(—)	3110	(1786)	29. »
» Orenburg	13	(4)	3303	(1613)	4. Juli
Turgai-Gebiet	—	(—)	207	(110)	13. »
Ural-Gebiet	—	(—)	336	(214)	30. »
Gouv. Jekaterinoslaw	8	(7)	18827	(8667)	10. Jan.
» Taurien	—	(—)	4763	(2405)	7. Mai
Stadt Ssewastopol	—	(—)	80	(48)	10. Juni
» Kertsch-Jenikale	—	(—)	606	(274)	14. Mai

	Erkrankt und gestorben: vom 10. bis zum 16. Oct.		Erkrankt und gestorben: vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Gebiet der Donkosaken	—	(—)	21547	(9918)	21. Mai
Stadt Rostow am Don	—	(—)	2917	(1010)	7. »
Gouv. Bessarabien	—	(—)	116	(58)	17. Juni
Stadt Odessa	1	(—)	603	(339)	17. Mai
» Nikolajew	—	(—)	508	(215)	4. Juni
Gouv. Cherson	8	(3)	10052	(4450)	11. Mai
Schwarzmeergouvernement	—	(—)	645	(224)	4. Juni
Kuban-Gebiet	2	(4)	23565	(12161)	26. Mai
Terek-Gebiet	—	(—)	4560	(1904)	28. »
Stadt Baku	1	(—)	1292	(537)	4. Juni
Gouv. Baku	—	(—)	1612	(907)	19. April
» Tiflis	1	(—)	1910	(725)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	—	(—)	1537	(737)	29. »
Gouv. Kutais	—	(—)	464	(199)	25. »
» Jelisawetpol	—	(—)	154	(115)	9. Juli
» Erivan	9	(2)	1212	(704)	8. »
Kars-Gebiet	—	(—)	1419	(650)	22. Juni
Batum-Gebiet	—	(—)	60	(29)	5. Aug.
Transkaspi-Gebiet	—	(—)	310	(183)	19. Juni
Ssyr-Darja-Gebiet	1	(—)	183	(117)	13. Juli
Fergan-Gebiet	8	(5)	111	(60)	7. Sept.
Akmolinsk-Gebiet	14	(9)	804	(337)	23. Juli
Semipalatinsk-Gebiet	—	(—)	39	(25)	6. Aug.
Gouv. Tobolsk	6	(2)	452	(216)	9. Juli
» Tomsk	1	(—)	396	(180)	8. Juni
Transbaikal-Gebiet	—	(—)	27	(20)	23. Aug.
Amur-Gebiet	15	(7)	133	(78)	29. »
Küsten-Gebiet	149	(140)	413	(256)	22. Sept.
Finnland	—	(—)	4	(—)	22. Juli
Im Ganzen	449	(279)	213557	(99545)	

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 11. Sept. in Charkow an Lungentuberculose Dr. W. A. Oboljaninow, geb. 1850, approb. 1876. 2) In Derbent Dr. N. Gladyschewskij, geb. 1872, approb. 1897. 3) In Sserpy (Gouv. Plozk) Dr. E. Gaisler, geb. 1856, approb. 1883. 4) Dr. I. Schimanskij, geb. 1840, approb. 1865. 5) In Warschau Dr. W. Paschkewitsch. 6) Am 15. Oct. in Moskau die Aerztin S. Gurwitsch, geb. 1867, approb. 1897. 7) In Heyden (Schweiz) im 83. Lebensjahre H. Dunan, Begründer der Gesellschaft des Roten Kreuzes. 8) Dr. R. Krönlein, ehmaliger Professor der chirurgischen Klinik an der medic. Facultät in Zürich. 9) Dr. I. N. Hyde, Professor der Dermatologie und Syphiligraphie am Rush Medical College in Chicago. 10) Dr. De F. Willard, ehmaliger Professor der orthopädischen Chirurgie an der University of Pennsylvania in Philadelphia.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 2. Nov. 1910.

Tagesordnung: Weber: Ueber Urachuscysten.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Nov. 1910.

Tagesordnung: Schiele: Einige Beobachtungen über das Antigonococcenserum.

FESTNUMMER

DER

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHEN WOCHENSCHRIFT

zum

70. Geburtstag Dr. Woldemar Kernig's.

Redaction: Prof. Dr. Karl Dehio, Dr. Paul Klemm, Dr. Franz Dörbeck.

№ 45 St. Petersburg den 6. (19.) November 1910. XXXV. Jahrgang.

Hochverehrter Herr College!

Es war uns leider nicht vergönnt, an dem Tage, an dem Sie die Feier Ihres 70. Geburtstages im Kreise Ihrer Familie begingen, Ihnen unsere Glückwünsche und unsere Festgabe zu überbringen. Wir konnten es uns aber nicht nehmen lassen, dieses Ereignis durch eine Betätigung unserer Verehrung auszuzeichnen.

Wenn man, wie Sie, hochverehrter Herr College, auf ein Leben zurückblicken kann, das fast ausschliesslich im Dienste der Wissenschaft und Humanität vergangen ist, so ist ja eigentlich das Bewusstsein, ein solches an Arbeit und Erfolgen reiches Leben gelebt zu haben, der beste Lohn, die schönste Befriedigung, das höchste Glück, und äussere Ehrungen können dagegen nicht aufkommen.

Seit mehr denn 30 Jahren haben Sie Ihre hervorragende Arbeitskraft zum grössten Teil dem Obuchow-Krankenhaus geweiht, und hier war es einer grossen Anzahl von Aerzten vergönnt, unter Ihrer Leitung sozusagen die hohe Schule der klinischen Medicin durchzumachen und sich so auszubilden, wie es nur bei dem grossen Krankenmaterial, das hier zur Verfügung stand und das Sie so meisterhaft auszunutzen verstanden, möglich war. Diese Ihre Schule hat manchen von uns befähigt, nicht nur in der praktischen Ausübung unseres Berufes seinen Mann zu stehen, sondern auch eine leitende Stellung an Hospitälern einzunehmen.

Und auch nachdem wir Ihre Schule verlassen, war es doch ganz selbstverständlich, dass wir in jedem schwierigen Falle uns an Sie mit der Bitte um Rat und Hilfe wandten. wussten wir doch, dass Sie, wie Sie stets Treue in Ihrem Beruf und gegen sich selbst geübt, auch den Freunden und Collegen immer ein treuer Freund und Berater blieben. Und nie haben Sie uns Ihren Rat, Ihre Hilfe versagt, stets waren Sie bereit, Ihr reiches Wissen und Können zum Besten der Kranken hinzugeben, mochten Sie auch noch so sehr von Arbeit überhäuft, ermüdet sein und mochte die Stunde auch noch so spät sein.—Dafür wissen wir Ihnen alle Dank.

Eine Anzahl von Collegen, die Ihnen so oder anders einmal nahe gestanden, haben sich zusammengetan, um Ihnen diese Festgabe—eine Sammlung von wissenschaftlichen Arbeiten—zu überreichen, die als Festnummer unserer Wochenschrift und als Festschrift zu Ehren Ihres 70. Geburtstags erscheint. Nicht um Ihre Verdienste um die Wissenschaft zu würdigen — dazu ist die Gabe zu bescheiden — sondern um unserem Dank für Alles, was Sie uns gegeben, und unserer Verehrung Ausdruck zu verleihen, bringen wir Ihnen diese Festschrift dar und wünschen, dass Sie noch möglichst lange in unserer Mitte weilen und dass es Ihnen, hochverehrter Herr College, vergönnt sei, in ungetrübter Frische Ihren Ihnen so teuren Beruf auszuüben.

Die Redaction und die Mitarbeiter dieser Festschrift.

Aus dem Deutschen Alexander-Hospital zu St. Petersburg.

Angeborene Minderwertigkeit und das Stiller'sche Symptom.

Von

Dr. med. O. Moritz.

Seit mehr als 10 Jahren kämpft Prof. Stiller in Budapest um die Anerkennung seiner Lehre von der Costa decima fluctuans. Hier und da von warmer Anerkennung begrüsst, stiess er doch auch auf entschiedenen Widerspruch. Zwar scheint seit einigen Jahren der Kern seiner Ausführungen von vielen massgebenden Klinikern acceptiert zu sein[1]), doch überrascht es den Unbefangenen, dass medicinische Lehrbücher wie bedeutende Professoren den Stillerschen Symptomencomplex, die Asthenia universalis congenita, noch immer mit Stillschweigen übergehen. Bei der grossen praktischen Bedeutung der Frage — mit Unrecht.

In seinem 1907 erschienenen Buch über die „asthenische Constitutionskrankheit" hat uns Stiller in meisterhafter Weise alle Punkte seiner Lehre zusammenfassend geschildert. In kurzen Worten liesse sich der Kern seiner Ausführungen folgendermassen präcisieren:

Die Spitze der X. Rippe liegt normaler Weise dem Knorpel der IX. Rippe fest an; ihre Knorpelspange hilft den Rippenbogen bilden. Bei einer beträchtlichen Anzahl von Menschen jedoch ist die Verbindung der X. R. mit den Knorpeln der übrigen eine so lockere, dass das Knorpelende sich gegen den Rippenbogen leicht verschieben lässt; ja zuweilen endet dasselbe frei nach innen, wobei denn oft die Knorpelspitze fehlt und die X. R. der normalen XI. Rippe gleicht. Diese Anomalie wird als Costa decima fluctuans bezeichnet. Sie ist ein Zeichen eines schwachen, „asthenischen" Organismus und lässt bei ihrem Träger eine Enteroptose, eine „Atonie", eine Neurasthenie und eine Neigung zu dyspeptischen Beschwerden erwarten. Die Costa dec. fluct. ist somit ein Stigma enteroptoticum, atonicum, neurasthenicum und dyspepticum.

In letzter Zeit hat nun Stiller noch die Hypothese aufgestellt, dass der asthenische Habitus mit dem phthisischen identisch sei. Der sogen. habitus paralyticus sei in erster Linie ein habitus asthenicus, werde aber dadurch auch zum habitus phthisicus.

Mit seiner scharfen Beobachtungsgabe hat Stiller in seinem Buch die Einzelheiten obiger Lehre beleuchtet. Die Enteroptose, Neurasthenie und Dyspepsie, so wenig sie auf den ersten Blick gemein zu haben scheinen, sie erscheinen als Grundzüge eines specifischen Krankheitsbildes. Diese Krankheit nun, die asthenische Constitutionskrankheit, oder, wie ich sie lieber bezeichnen möchte, die angeborene körperliche Minderwertigkeit, ist nach Stiller nicht nur angeboren, sondern direct ererbt. Der betr. Körpertypus hat nicht nur diagnostische Bedeutung, sondern auch eine prognostische und wird zu prophylactischer Therapie Veranlassung geben können. Stiller sagt: „Wenn ich bei einem Kinde den atonischen Habitus und sein Costalzeichen finde, so werde ich diese als prämonitorischen Index eines künftigen Neurasthenikers, Dyspeptikers und Enteroptotikers ansehn müssen" [2]).

Die Literatur, die von der Stillerschen Lehre veranlasst wurde, soll nur kurz gestreift werden. Wohl die meisten Autoren geben Stiller in der Hauptsache Recht: so Martius, Albu, Rosenbaum. Kuttner sagt, er habe bei wirklich freier beweglicher X. Rippe fast immer ausgesprochene Neurasthenie und Splanchnoptose gefunden. Cohnheim erklärt den habitus enteroptoticus als „Warnungssignal", das schweren Magenleiden vorangehn könne. Rubinstein findet bei 59 von 101 Patienten eine freie X. R., von denen 83% Enteroptose hatten. Zweig findet bei 65—67 von 100 nervös-dyspeptischen Kranken eine Costa X. fluct. und meint, die bewegliche X. R. könne zur Diagnosenstellung eines nervösen Magenleidens herangezogen werden, bilde jedoch kein sicheres Stigma neurasthenicum. Elsner bekämpft in mehreren Publicationen die Stillerschen Anschauungen bezüglich der Magenatonie und des von Stiller hoch bewerteten Plätschergeräusches. Schüle, Volland, Gockel nehmen in dieser Frage gegen Elsner für Stiller Partei. Strauss sieht in Rumpfabnormität wie Gastroptose eine Entwicklungshemmung. Wolkow und Delizin sprechen sich in ihrer Monographie über die Wanderniere skeptisch bezüglich der Stillerschen Auffassung aus, da die Costa dec. fluct. häufiger als die Enteroptose sei.

Die meisten Autoren machen keine näheren Angaben über die Grösse ihres Materiales, oder, wo die Zahlenangabe vorliegt, scheint das Material nicht gross gewesen zu sein. (cf. Rubinstein, Zweig). Wenn Stiller gern zugestanden werden mag, dass seine Lehre als „Abstraction eines Massenmaterials von über 7000 Kranken nicht des Ballastes der Krankenprotocolle bedürfe", so vermisst man doch bei seinen Gegnern wie Verteidigern eine statistische Uebersicht des untersuchten Materials. Der Zufall wie die Wahl des Krankenmaterials spielen gerade in dieser Frage eine grosse Rolle, wobei noch zu beachten ist, dass durchaus nicht alle Autoren mit einander darin übereinzustimmen scheinen, welche Rippe denn als bewegliche bezeichnet werden soll.

Um mir eine eigne Meinung in dieser mir wichtig scheinenden Frage zu bilden, habe ich systematisch eine Anzahl Patienten in der betr. Richtung untersucht.

Es liegen mir Notizen von 1006 Fällen vor. Sie betreffen 676 Patienten meiner Hospitalambulanz, 170 Kranke meiner Privatsprechstunde und 160 Patienten der Hospitalstation. Im Ganzen wurden untersucht 545 Männer und 461 Frauen.

Es wurden folgende 8 Punkte beachtet: 1) Wie verhält sich die X. Rippe? 2) Liegt eine Enteroptose vor? 3) Ist Magenplätschern nachweisbar? 4) Hat Pat. dyspeptische Beschwerden? 5) Werden neurasthenische oder hysterische Klagen oder Symptome beobachtet? 6) Liegt eine sichere Lungentuberculose vor, oder ist tuberculöse Familienbelastung vorhanden? 7) Wie ist der Ernährungszustand des Pat.? (Fett. Mittelernährt. Mager.) 8) Weswegen kommt Pat. in Behandlung?

Zunächst die Hauptfrage: Welche Rippe ist als abnorm beweglich zu bezeichnen?

Es schien mir anfangs notwendig, 4 bis 5 Uebergangsstadien zu verzeichnen, da in der Tat alle Uebergänge von der untrennbar mit der IX. R. verbundenen bis zu der ganz frei fluctuierenden X. vor-

[1]) cf. z. B. Brugsch und Schittenhelm. Klinische Untersuchungsmethoden. 1908.

[2]) Die nähere Ausführung passt nicht in den Rahmen vorliegender statistischer Mitteilung; ich verweise auf Stillers Buch. cf. z. B. die glänzende Zusammenfassung auf S. 189 ff.

kommen. Mit wachsender Uebung habe ich alle Fälle jedoch in 3 Kategorien geteilt. In die Gruppe I gehören alle Fälle, bei denen sich die Knorpelspange der X. R. gar nicht oder doch nur gerade eben von der IX. R. abheben lässt. Eine ganz geringe Beweglichkeit gehört namentlich bei mageren Subjecten m. E. nach zur Regel, da ja die Verbindung der beiden Rippenknorpel eine ligamentöse, nicht etwa eine knorplige ist. Nach Untersuchungen von Feldmann wird bei normalem Thorax die in vivo straffe Verbindung zwischen IX. und X. R. im Tode so weit gelockert, dass die Entfernung $^1/_2$ — 1 cm. beträgt. Leichenuntersuchungen bei Enteroptotikern jedoch ergaben, dass die Entfernung der X. Knorpelspitze vom Rippenbogen $1^1/_2$—3 cm. betrug[3]). Gehören somit in meiner Einteilung die Leute mit grade eben verschieblicher Knorpelspitze noch in die erste, normale Klasse, so rangieren in die II. alle diejenigen, bei denen eine deutliche, im Minimum etwa $^1/_3$—$^1/_2$ cm. betragende Beweglichkeit besteht. Immerhin lässt sich die Spitze des Knorpels nicht frei umgreifen, und die bindegewebige Verbindung lässt sich nachweisen. In die III. Klasse gehören die völlig frei beweglichen, gar nicht fixierten X-ten Rippen, bei denen die Knorpelspitze meist fehlt und die leicht für die XI. R. gehalten werden, falls keine genaue Zählung vorgenommen wird. In einer beträchtlichen Anzahl dieser Fälle lässt sich dann die XII. R. gar nicht mehr nachweisen. Und zwar fehlt nicht nur, wie Stiller angibt, die XII. R. auf einer Seite, sondern nicht zu selten auf beiden[4]).

Waren, wie das häufig vorkommt, die Verhältnisse auf beiden Seiten des Thorax verschieden, so habe ich den Fall derjenigen Klasse zugesprochen, welcher die stärker bewegliche Rippe angehörte.

Bei der von mir gewählten Klassifizierung bin ich mir wohl bewusst, manchen Fall als normal bezeichnet zu haben, der von einem anderen Untersucher schon als bewegliche Rippe gedeutet werden könnte. Doch schien mir vorläufig eine möglichst strenge Begrenzung des Gebietes der Costa fluctuans wünschenswert. Zwischen Klasse I und II ist eben eine genz scharfe Scheidung nicht möglich. Immerhin müsste, wenn Stiller Recht hat, Klasse II deutlich den Uebergang zu den Verhältnissen zeigen, wie sie bei Klasse III, mit völlig frei stehender, meist stumpfer X. R. in höchster Entwicklung sein sollten.

Das untersuchte Material setzt sich folgendermassen zusammen:

Tabelle I.

X. Rippe normal—Klasse I. 428 Männer = 78,53%, 261 Frauen = 56,61%. Summe 689=68,48%.

X. Rippe leicht beweglich—Klasse II. 71 Männer= 13,2%, 93 Frauen = 20,16%. Summe 164=16,3%.

X. Rippe frei—Klasse III. 46 Männer = 8,44%, 107 Frauen = 23,21%. Summe 153=15,2%.

(Die XII. Rippe fehlte bei 4 Männern u. 24 Frauen, Summe 28=18,3% von Klasse III.)

Im Ganzen untersucht 545 Männer und 461 Frauen, Summe 1006.

Ich gehe wohl nicht fehl mit der Annahme, dass viele Autoren, vor allem wohl Stiller selbst, die Fälle der Klasse II auch schon als abnorm beweglich. bezeichnen würden. Wir hätten somit normale Verhältnisse bei 68,48%, eine abnorme Lockerung der X. Rippe in 31,5%; eine exquisite Costa X. fluct. in 15,2%[5]).

Wir kommen zur 2. Frage: Wie oft liess sich eine sichere Ptose der Eingeweide nachweisen? Als Organe, die einigermassen leicht und schnell untersucht werden konnten, untersuchte ich nach Möglichkeit bei jedem Patienten in dieser Richtung den Magen und die Nieren, spec. die rechte[6]).

Tabelle 2.

	Klasse I.		Klasse II.	
Ptose des Magens	67	=13,47%	26	=31,64%
Nierenptose	12		10	
Magen u. Niere ptotisch.	13		16	
Keine Ptose	591	= 86,5%	112	= 68,29%

Klasse III.

Ptose des Magens ...	52	= 70,86%
Nierenptose	10	
Magen u. Niere ptotisch.	28	
Keine Ptose	37	= 29,1%.

Es ergibt sich somit, dass die Splanchnoptose mit der Lockerung der X. Rippe einigermassen parallel geht[7]).

Frage 3 und 4: Ist Magenplätschern vorhanden oder liegen dyspeptische Beschwerden vor?

Die Frage nach dem Plätschern habe ich mit aufgenommen, weil die meisten Autoren diesen Punkt besprochen haben. Ohne die Frage näher erörtern zu wollen, muss ich doch sagen, dass ich gleich Stiller, Volland, Schüle u. a. das leicht zu erzeugende Magenplätschern 3—4 Stunden nach einer mittleren Mahlzeit für pathologisch halte, ohne dass der Pat. deswegen freilich Beschwerden zu haben braucht. Die Untersuchung fand meist am Vormittag statt und es wurde stets eine eventuell kürzlich vorangegangne Mahlzeit berücksichtigt.

Tabelle 3.

	Klasse I.		Klasse II.	
Magenplätschern	24	=42,8%	8	=49,2%
Dyspeptische Beschwerden[8])	231		55	
Beides	38		18	
Keins von Beiden	390	= 57,1%	83	= 50,6%

Klasse III.

Magenplätschern	18	=69,4%
Dyspeptische Beschwerden[8])	45	
Beides	37	
Keins von Beiden	44	= 30,55%

Wie zu erwarten war, ergab es sich, dass ein grosser Teil aller Patienten irgend welche Hinweise auf „Verdauungsbeschwerden" hatte. Immerhin stehen hier 42,8% der Klasse I den 69,44% der Klasse III gegenüber. Ich kann mich nicht dem Eindruck verschliessen, dass die Leute mit beweglicher X. Rippe,

[3]) Citiert nach Stiller.

[4]) cf. hierzu Wolkow und Delizin: Récamier fand bei 63 von 100 Leichen die XII. R. über 7 cm. lang, bei 23 über $1^1/_2$ cm., unter $1^1/_2$ cm. in 14 Fällen.

[5]) Dem Alter nach waren unter 20 Jahren 94 Patienten, zwischen 21 bis 30 J. 304, 31—40 J. 291, 41—50 J. 162. 51—60 J. 93, 61—70 J. 36, über 70 Jahre 5 Patienten.

[6]) Bei 26 Fällen ergab die Untersuchung kein sicheres Resultat, weil die Pat. z. T. zu corpulent, z. T. gravid waren.

[7]) Wolkow und Delizin fanden bei 15 von 80 Leichen eine Nephroptose, d. h. etwa 20%. Demgegenüber konnte ich die Nephroptose in Klasse I bei 3,66%, bei Klasse II in 15,8%, in Klasse III bei 29,9% feststellen. Es ist das eine ganz gute Uebereinstimmung, wenn man bedenkt, dass 65 von Wolkows und Delizins 80 Leichen Phthisiker waren.

[8]) Schmerzen, Druck nach der Mahlzeit, Uebelkeit, Erbrechen Durchfälle, habituelle Obstipation.

die, wie wir gesehn haben, meist auch eine Splanchnoptose haben, häufiger an der Verdauung leiden als die mit normalem Thorax.

Frage 5: Nervosität?

Die Ergebnisse dieser Tabelle sind noch vorsichtiger aufzunehmen als die der vorigen: eine klinisch umfassende Untersuchung des Nervensystems konnte nur selten gemacht werden. Immerhin galten als Kriterien: Globus, Steigerung der Patellarreflexe, Tremor der Augenlider resp. Finger, Ueberempfindlichkeit des Plexus hypogastricus, vasomotorische Uebererregbarkeit, ausserdem der Charakter der subjectiven Beschwerden.

Tabelle 4.

Hinweise auf Neurasthenie u. Hysterie.	Klasse I.	Klasse II.	Klasse III.
Positiv	303=44,8$\%$	93=56$\%$	100=68,48$\%$
Negativ	373=55,1$\%$	73=43,9$\%$	46=31,5$\%$

Nervöse Beschwerden sind somit bei der Costa X fluct. noch häufiger als bei Fehlen derselben.

Frage 6: Tuberculose?

Wie oben angeführt, hat Stiller seinen habitus asthenicus mit dem habitus phthisicus identificiert. Bei der Registrierung habe ich mich nur von klinisch sicheren Erscheinungen leiten lassen, wobei ich deutliche Spitzendämpfung freilich als für Tuberculose beweisend notierte.

Tabelle 5.

	Klasse I.		Klasse II.	
Tuberculös	146	=34,69$\%$	48	=50$\%$
Tbc. Belastung	40		12	
Beides	51		22	
Gesund u. nicht belastet	446 = 65,3$\%$		82 = 50$\%$	

Klasse III.

Tuberculös	43	= 66,66$\%$
Tbc. Belastung	15	
Beides	36	
Gesund u. nicht belastet	47 = 33,3$\%$	

Selbstverständlich ist bei der Beurteilung dieser Tabelle zu beachten, dass die tbc. Belastung (Eltern oder Geschwister) jedenfalls seltener angegeben wurde, als sie vorhanden gewesen sein dürfte. Es ergibt sich zunächst, dass von den kurzweg als „tuberculös" zu bezeichnenden (413) Patienten (inclus. starke Familienbelastung) 57$\%$ eine normale X. R. hatten, 20$\%$ der Tuberculösen zu Klasse II gehörten und 23$\%$ ausgebildete Costa dec. fluct. zeigten. Wenn wir somit zum Schluss kommen, dass durchaus nicht die meisten Tuberculösen eine Costa X fluct. haben, so können wir doch feststellen, dass bei unserem Material die Leute mit Costa X fluct. procentual häufiger als andere tuberculöse Erscheinungen zeigen.

Dabei sei auf folg. wichtiges Moment hingewiesen: Stiller spricht (S. 35) ausdrücklich davon, dass das Wesen seines Stigma im Knorpeldefect zu suchen ist. Nun kennen wir ja die wichtige Rolle, die nach der Freundschen Auffassung die Verknöcherung der I. Rippe in der Aetiologie der Lungentuberculose spielt. Hansemann weist (in einer Debatte auf dem Congr. f. innere Medic. 1905) darauf hin, dass das Charakteristische bei dieser Thoraxanomalie eine Verkürzung des Rippenknorpels von 4 auf 2 cm. ist. Es liegt nur zu nah, somit anzunehmen, dass die Knorpelverkürzung an der ersten wie an der X. Rippe in denselben Fällen vorhanden sein dürfte, und ich zweifle kaum daran, dass daraufhin gerichtete Untersuchungen die häufige Coincidenz des Freundschen und des Stillerschen Symptoms am Thorax paralyticus nachweisen werden.

Wie bei der Splanchnoptose und der Dyspepsie ist besonders auch bei der Tuberculose der Einwand möglich, dass nicht bei Vorhandensein der C. X. fl. resp. des habitus asthenicus, der höhere Procentsatz an Tuberculose, Splanchnoptose etc. beobachtet wird, sondern dass der schlechte Ernährungszustand daran schuld ist, da naturgemäss die Klasse III mehr magere Subjecte aufweist als die Klasse I. Zur Klärung dieser Frage müsste zunächst die Frage des Ernährungszustandes der Pat. entschieden werden.

Tabelle 6.

	Klasse I.	Klasse II.	Klasse III.
Fett waren . .	106=17,46$\%$	13 = 8,7$\%$	7 = 5,38$\%$
Mittelernährt	338=55,68$\%$	76 = 51,$\%$	50=38,46$\%$
Mager	163=26,85$\%$	60=40,27$\%$	73=56,15$\%$

Es ergibt sich, dass in der Tat die C. X. fl. bedeutend häufiger bei mageren Leuten gefunden wurde. Immerhin war bei fast 44$\%$ der Pat. mit beweglicher X. Rippe der Ernährungszustand genügend.

Um den Einfluss des Ernährungszustandes als solchen möglichst genau zu bestimmen, habe ich in folg. Tabelle die 163 mageren Pat. der Klasse I den 73 mageren der Klasse III gegenübergestellt[9]).

Tabelle 7. (Magere Patienten).

	Klasse I.	Klasse III.
Magen- resp. Nieren-Ptose	44=26,9$\%$	53=84,1$\%$
Keine Ptose	119=73$\%$	10=15,87$\%$
Dyspept. Beschwerden resp. Plätschern	79=48,4$\%$	50=69,43$\%$
Keine Dyspepsie	84=51,5$\%$	22=30,55$\%$
Tuberculose resp. Belastung	112=68,7$\%$	54=77,13$\%$
Kein Tbc.-Verdacht	51=31,28$\%$	16=22,85$\%$

Obige Tabelle zeigt, dass zwar die mageren Subjecte der Klasse I in bedeutend höherem Procentsatz mit Ptose, Dyspepsie und Tuberculose behaftet sind als der Durchschnitt dieser Klasse (cf. Tabelle 2, 3, u. 5), dass aber die Mageren mit C. X. fl. doch noch viel ärger mit obigem Leiden behaftet sind als ihre Collegen aus Klasse I. Am deutlichsten ist der enge Zusammenhang der beweglichen X. Rippe mit der Splanchnoptose: 26,9$\%$ stehen hier 84,1$\%$ gegenüber!

Die Klinik u. Casuistik der C. X. fl. kann hier nicht besprochen werden. Nur wenige Beispiele für das „familiäre" Auftreten des Symptoms, resp. die Erblichkeit der Asthenia universalis congenita seien angeführt: 1) №№ 101, 104 u. 135 meiner Prot.: Mutter mit klimakterischen Beschwerden, gut genährt, C. X. fl., war in der Jugend sehr schwächlich. Der Sohn 25. a. n. hat Spitzentuberc. u. Dyspepsie; die Tochter Spitzentbc., Splanchnoptose, Magenplätschern; beide C. X. fl. Alle 3 sehr nervös; 2) 2 Schwestern, 39 und 23 Jahr alt (№ 340 u. 41). beide nervös, mager, ptotisch, tbc. Spitzen; beide C. X. fluct., der einen fehlt die XII. Rippe; 3) Mutter u. Tochter (№ 346 u. 47), 63 u. 33 a. n., beide C. X. fluct., beide nervös, dyspeptisch, ptotisch, Tuberculose in der Familie. Die Beispiele liessen sich leicht vermehren.

Hier sei darauf hingewiesen, dass im höheren Alter die Beschwerden und die Gefahren für den Träger der C. X. fluct. erheblich abnehmen. Es hängt dieses z. T. mit der geringeren

[9]) Für diese Tabelle, wie für mehrere der vorhergegangenen konnten nicht in allen Rubriken sämtliche Fälle verwertet werden, da einesteils hier und da Angaben vergessen worden waren, andererseits die Untersuchung nicht immer ein klares Ergebnis lieferte (z. B. Gravidität etc.).

Gefährdung durch die Tuberculose, z. T. mit dem stärkeren Fettansatz zusammen, der die Erscheinungen der Ptose mildert.

Anhangsweise möchte ich auf eine anatomische Studie von Boehm über die „numerische Variation des Rumpfskelets" hinweisen. Es ergibt sich aus dieser Arbeit, dass die Stiller-sche Lehre durch die anatomische Forschung gestützt wird. Fehlen oder Verkümmerung der XII. Rippe ist nicht allzu selten und geht fast stets mit der Costa X. fluct. einher. Der XII. Brustwirbel wird in diesen Fällen zum ersten Lendenwirbel mit dessen charakteristischen Eigenschaften. Nach Fischel fanden sich unter 524 Leichen 22% Varietäten der Wirbelsäule. In 0,5% waren nur 11 Rippen nachweisbar, in 0,9% war die XII. Rippe sehr kurz, in 0,3% waren nur 11 Brustwirbel vorhanden. Boehm weist auf die Theorie von Rosenberg hin, nach der die Wirbelsäule ontogenetisch wie phylogenetisch eine Reduction ihrer Segmente durchmache. Der eine solche Transformationsprocess beginne am caudalen Ende der Wirbelsäule und schreite nach dem Kopfe zu vorwärts, mit dem Bestreben, die sacralen Wirbel in coccygeale, die lumbalen in sacrale und die unteren dorsalen in lumbale umzuwandeln. Der andere Process setze am kraniellen Teile ein und sei caudalwärts gerichtet. Es gebe nun der normalen Wirbelsäule der meisten Menschen gegenüber sowohl Vorläufer wie Nachzügler. Die Costa dec. fluct. und das Fehlen der XII. Rippe wäre als „futuristische Varietät" zu bezeichnen. Nach italienischen Autoren soll die numerische Variation bei niederen Rassen und bei Verbrechern rel. öfter beobachtet werden. Der Rosenberg-schen Anschauung gegenüber betont Stiller entschieden, dass das Costalzeichen zwar Stigma einer inferioren Organisation sei, dass er aber gerade deswegen nicht glauben könne, dass „unser Geschlecht mit der Zeit immer weniger Rippen sein eigen nennen wird und die in seinem Besitz befindlichen immer lockerer werden. Dann sähen wir einer degenerativen Zukunft entgegen".

Fasse ich das Ergebnis meiner Statistik zusammen, so komme ich zu dem Resultat, dass die Beachtung der Costa decima fluctuans bei der klinischen Untersuchung durchaus wünschenswert ist. Da geringe Grade der Rippenlockerung nur schwer exact zu bestimmen sind, würde ich dem Praktiker raten, nur die von mir als Klasse III bezeichneten als typische C. X. fl. anzusehen. Individuen, die das besprochene Costalzeichen haben, weisen fast stets eine Splanchnoptose auf, neigen zu Dyspepsie und nervösen Beschwerden, sind häufig unterernährt und scheinen in hohem Grade durch Tuberculose gefährdet zu sein.

Literatur.

Albu: Berl. Klin. Woch. 1905 №44a. Bartenstein· Berl. Kl. Woch. 1905. Bial: Berl. Kl. Woch. 1896 № 50 Bial: Berl. Kl. Woch. 1897. S. 624. Bial: Congr. f innere Med. 1897. Boas: Berl. Kl. Woch. 1905. Boehm. Die numerische Variation d. Rumpfskeletts. Cohnheim: Berl. Kl. Woch. 1903 № 14 Elsner: Berl. Kl. Woch. 1901 u. 1902. Gockel: Archiv f. Verd.-Kr. Bd. 9 u. 10. Graul: Archiv f. Verd.-Kr. Bd. 13. Kuttner: Berl. Kl. Woch. 1901 № 50. Lenhoff: 17. Congr. f. innere Med. 1899. Loening: Congr. f. innere Med. 1905. Martius: Congr. f. innere Med. 1905. Obraszow: D. Arch. f. Kl. Med. 43. 1888. Pesthy: Arch f. Verd.-Kr. 9. Rosenbaum: Deutsche med. Woch. 1902. Rothschild: (u. Hansemann): Congr. f. innere Med. 1905. Rubinstein: St. Petersb. med Woch. 1904. Schüle: Arch. f. Verd.-Kr. 7. Stifler: Berl. Kl. Woch. 1901. Stiller: Die asthen. Const.-Krankheit 1907. Stiller: Arch. f. Verd. Kr. 7. Berl. Kl. Woch. 1899. 1901, 1905. Strauss: Zeitschr. f. Kl. Med. 53. 1904. Strümpell: D. Arch f. Kl. Med. 73. Volland: Berl. Kl. Woch. 1901. Westphalen: Arch. f. Verd.-Kr. 6 u. 7 u. Pet. med. Woch. 1903. Disc. Wolkow u. Delizin: Wanderniere. Monographie. Zweig: Arch. f. Verd.-Kr. Bd. 7.

Zur Rhinoplastik.

Von

P. Hellat.

I.

Wenn wir die Geschichte der Rhinoplastik überblicken, so stossen wir auf zwei eigentümliche Erscheinungen. 1) Die Rhinoplastik entstand im grauen Altertume, zur Zeit der Morgenröte der menschlichen Kultur nicht als physiologisches Bedürfnis, auch nicht als Ausdruck des schon beginnenden Kampfes gegen pathologische Erscheinungen. Sie entstand auf psychischer Grundlage und sie verändert ihren Charakter bis heute nicht, d. h. im Verlaufe von vielen Jahrtausenden. Die menschliche Psychologie drehte sich also im Verlaufe dieser gewaltigen Periode in denselben Kreisen, in denen sie sich heute dreht. Noch bis heute unterziehen sich die Patienten, wie Djakonow richtig bemerkt, „Leiden und zeigen bewunderungswürdige Beharrlichkeit" nicht deshalb, damit sie freier atmen und dadurch das Allgemeinbefinden heben könnten, nicht um das verlorene Riechvermögen zurückzuerhalten und dadurch sich einen grossen Genuss zu verschaffen, sondern lediglich, um der allgemeinen Aufmerksamkeit zu entgehen, um nicht Zielscheibe des Spottes zu sein.

Die Rhinoplastik bleibt bis heute im vollen Sinne des Wortes eine kosmetische Operation.

2) Die alten Inder vollzogen die Rhinoplastik, indem sie die zu Operierenden direct auf die Erde oder die Diele streckten und den Kopf zwischen die Beine fassten. Die Instrumente wurden während der Operation geschärft, von Waschen der Hände oder des Operationsfeldes hören wir nichts, dagegen wissen wir, dass der Lappen am Orte durch Pech und Kitt gehalten wurde. Der moderne Operateur verfügt über eine gewaltige Erfahrung von Jahrtausenden, den ganzen Apparat der Anti- und Aseptik und die bis zu Finessen ausgearbeitete Technik. Und doch wiesen die Resultate bis in die allerletzte Zeit nur einen geringen Unterschied gegenüber denen von D'havantaris und Susruta auf.

Es fragt sich also, wie soll man es verstehen, dass die ungeheuren Fortschritte der Chirurgie in diesem Falle nur wenig vollkommenere Resultate zeitigen, als damals, wo alle Vervollkommnungen fehlten, auf welche wir heute so stolz sind? — oder richtiger, wodurch erklärt sich die relative Vollkommenheit auf diesem Gebiete der Chirurgie schon vor einigen Jahrtausenden, während auf anderen Gebieten nichts Aehnliches geleistet wurde? —

Mir scheint es, dass bei dieser auf den ersten Blick merkwürdigen Erscheinung zwei Umstände massgebend sind.

Einerseits ist die Nase eines von unseren Organen, welche über sehr vollkommene Vorrichtungen zur Wiederherstellung der gestörten Gewebstätigkeit verfügen. Alle Versündigungen, die anderorts verhängnisvoll werden können, sind hier nicht imstande, die Natur zu hindern, ihre verteidigenden und heilenden Kräfte in Anwendung zu bringen.

Andererseits muss man im Auge behalten, dass die suggestive Wirkung der Schönheit, die durch den Gesichtssinn vermittelt wird, im hohen Grade auf die Nase concentriert wird. Das Maximum der hier geduldeten Abweichung wird an anderen Gesichtsteilen kaum wahrgenommen.

Es ist also verständlich, dass die Grenzen, in denen die Unvollkommenheiten der Rhinoplastik sich bewegen können, eng gezogen sind. Die Vervollkommnung der Chirurgie und der Technik hält nicht

Schritt mit den steigenden Forderungen der Aesthetik.

Wir haben also in der Rhinoplastik ein Problem, welches im Verlaufe von Jahrtausenden den menschlichen Verstand beschäftigt hat und noch bis heute nicht ganz von der Scene gewichen ist. Den zukünftigen Geschlechtern übergeben wir es nur zur Hälfte gelöst. Ich sage zur Hälfte. Zur Hälfte ist das Problem bereits gelöst. Seit der Einführung der Paraffinoplastik hat die Wiederherstellung der Form der Nase für die bedeutende Mehrzahl der Fälle eine ideale Lösung gefunden. Ein weiterer Forschritt ist kaum denkbar.

Von einer teilweisen Lösung des Problems durch die Paraffinoplastik können wir schon jetzt reden, nachdem es gelungen ist, durch Verbesserung der Instrumente und der Art der Einführung die Gespenster des Lungenödems, der Erblindung und des plötzlichen Todes infolge dieser Operation zu verscheuchen. Wir hegen begründete Hoffnung, dass bei dem gegenwärtigen Stande der Kunst die Embolien und embolischen Infarcte in den Lungen, der Retina, dem Herzen und Gehirn sich nicht mehr wiederholen werden.

Es ist nicht unsere Aufgabe, die einzelnen Phasen der Entwickelung der Paraffinoplastik durchzugehen. Bekanntlich erwarb die neue Methode nach der ersten Publication von Dr. Aue[1]) im Jahre 1902 und meiner Demonstration im Syphilidologischen Verein im selben Jahre[2]) in Russland schnell das Bürgerrecht.

Zahlreiche Publicationen und Demonstrationen in ärztlichen Vereinen (Slatowerow, Swershewski, Burak, Shirmunski, Hellat, Lewin, Rydnik, Bramson u. a.) trugen viel zur Festigung und Verbreitung der Methode bei. Ihre Einfachheit, Billigkeit, aber vor allen Dingen ihre Resultate hatten dieselbe Wirkung in anderen Ländern. Tausende von Unglücklichen kehren jährlich dank der Paraffinoplastik zur menschlichen Lebensweise zurück. Mit der Paraffinoplastik beginnt für die Rhinoplastik eine neue Aera.

Trotzdem ist die Jahrtausendfrage der kosmetischen Operation an der Nase, wie schon erwähnt, nicht erschöpft. Auch gegenwärtig gibt es nicht wenige, von denen Gräfe, einer der ersten Pioniere der Europäisierung der Rhinoplastik, sagt, dass sie „infolge der grossen Entstellung gleich Schatten herumschleichen“[3]) und bei denen auch die Paraffinoplastik machtlos ist.

Noch immer hat jeder beschäftigte Operateur Gelegenheit, Fälle zu beobachten, bei denen er sich gestehen muss, dass weder die indische, italienische, deutsche oder russische Methode noch ihre zahlreichen Variationen imstande sind, dem Kranken das wiederzugeben, was er verloren hat.

Wie weit noch die blutige Methode — sit venia verbo — der Rhinoplastik vom endlichen Ziel entfernt ist, illustrieren die Worte des verstorbenen Djakonow, nach denen man über die Erfolge der Rhinoplastik mehr nach der Aussage der Operierten als der Operateure urteilen soll[4]).

Erheblich vorwärts gerückt hat sie weder die beständige Erweiterung der plastischen Operationen, noch die Mitwirkung und Concurrenz dreier Specialitäten — der Chirurgie, Rhinologie und Odontologie, — welche auf dem Gebiete der Rhinoplastik einander begegnen. —

Die Worte von Tillaux, dass bei der Rhinoplastik gewöhnlich „anstatt der Nase eine fleischige, formlose Masse erhalten wird“, haben ihre Bedeutung noch nicht verloren.

Um leichter auseinander zu halten, was wir können und worin wir ohnmächtig sind, ist es zweckmässig zu sprechen

1. von der Rhinoplastik vermittelst unorganischer Substanzen und

2 von einer solchen vermittelst Transplantation organischer Teile.

In die erste Kategorie muss man die Paraffinoplastik mit allen ihren Variationen und die Anwendung von Stützapparaten nach Aeyräpää*) unterbringen.

Zur zweiten Kategorie gehören alle Methoden mit Lappenbildung aus der Nachbarschaft, wie Stirn, Wangen, Lippen und auch aus entfernteren Gegenden, wie Brust, Arme, Unterschenkel. Ebenso gehört hierher die Ueberpflanzung von organischen Teilen, die einer zweiten Person entnommen sind. Endlich gehört zu dieser Kategorie die Ueberpflanzung von organisierten Teilen, Transplantation von Phalangen des Fingers, Benutzung der Ohrmuschel u. a. (Hardie[5]), Wreden[6]) Finney[7]), Suslow[8]).

Die Rhinoplastik vermittelst Metallstützen nimmt in gewissem Sinne eine Mittelstellung ein. Sie kann ja mit und ohne Lappenbildung ausgeführt werden.

Die Schematisierung ist nicht nur wichtig für eine bequemere Uebersicht. Sie hat noch einen anderen Sinn.

Der Umschwung, welcher durch die Paraffinoplastik angebahnt wurde, zwingt uns zu einer Umschätzung der Indicationen für die eine und die andere Kategorie, zu welcher, soviel mir bekannt ist, noch nicht geschritten worden ist.

Gegenwärtig das Facit zu ziehen, sind wir umsomehr berechtigt, als nach der Methode von Corning-Gersuny im Verlaufe von 10 Jahren gewiss ebenso viel oder gar noch mehr operiert worden ist als nach allen anderen Methoden zusammen im Verlaufe von Jahrhunderten.

An die Spitze unserer Erörterungen über die Indicationen zur Paraffinoplastik muss die selbstverständlich klingende Behauptung gestellt werden, dass 1. die Correctur durch Paraffinoplastik umso leichter und vollkommener gelingt, je geringer der Defect ist.

Das Unnütze dieser These chokiert denjenigen weniger, der dessen eingedenk ist, dass wir noch unlängst vor allen Dingen solche Nasen chirurgisch anzugreifen fürchteten, wo es sich nur um geringe Einsenkungen handelte. Wir wussten genau, dass jeder Schnitt eine Narbe hinterlässt, ob er aber irgend ein Aequivalent der Narbe bringt, blieb immer zweifelhaft.

2. Zur Domäne der Paraffinoplastik müssen solche Fälle gezählt werden, wo keine organischen Zerstörungen vorliegen, wo es sich nur um Atrophie resp. Aplasie handelt.

3. Paraffinoplastik ist immer indiciert bei der sogenanten Sattelnase und endlich

[1]) P. Врачъ 1902 г., стр. 1205 и Труды P. X. Об. Пирогова. 1902–1903 г., стр. 96.

[2]) Протоколы С.-Пб. Сифилидологич. Общ.

[3]) Ринопластика или искусство органически возстановлять потерю носа. Русскій переводъ Никитина. С.-Пб., 1821 г.

[4]) Возстановленіе разрушеннаго носа. Separatabdruck aus dem R. Arch. für Chirurgie.

*) Von der Verbesserung der Form, welche durch einfache mechanische Anfügung von Prothesen erzielt wird, sprechen wir nicht.

[5]) König. Handbuch der speciellen Chirurgie.

[6]) Separatabdruck aus dem R. Wratsch. 1902.

[7]) Central-Bl. für Chirurgie. 1908. p. 376.

[8]) Separatabdruck aus der „Chirurgia“. 1898.

4. Durch Paraffinoplastik lassen sich solche Defecte wiederherstellen, wo die äussere Hautdecke intact ist und die Nasenspitze ihre normale Lage behalten hat.

In allen diesen und ähnlichen Fällen haben wir keine Ursache, zu mehr eingreifenden und weniger Erfolg versprechenden Operationen zu greifen.

Die Correctur von Aeyräpää, welche wir auch in diese Reihe zählen, wurde vom Autor in 20 Fällen versucht [9]) Dr. Aeyräpää, bekannter Specialist für Zahnarzeneikunde in Helsingfors, versuchte die Nase vermittelst orthopädischer Stützapparate, welche an künstliche Gebisse befestigt und mit Hilfe von Schraubenvorrichtungen bewegt wurden, zu heben. Ich verfüge nicht über Angaben, ob Aeyräpää Nachahmung gefunden hat. Nach den Zeichnungen zu urteilen, hat die Methode schöne Erfolge aufzuweisen. Doch muss sein Vorgehen zu compliciert genannt werden, wie Krasin richtig bemerkt, um Verbreitung zu finden. In Anbetracht des unbedeutenden Materials muss man sich von Verallgemeinerungen und genauen Indicationen inbetreff seiner Methode enthalten. Unter seinem Krankenmaterial gehörte die Mehrzahl der Fälle zu denen, welchen gegenwärtig der Autor wahrscheinlich nicht mehr seine teure und langwierige Behandlungsmethode proponieren würde.

Was nun die zweite Kategorie, oder wie wir sie nannten, die blutigen Operationen mit Hilfe von Transplantationen organischer oder organisierter Bestandteile anlangt, so muss man zugeben, dass hierin Unsicherheit inbezug auf die Indicationsstellung vorliegt.

Wir sprechen nicht von den Zeiten, wo nach Djakonow „heilgebliebene Teile der Nase für unnütz gehalten und häufig entfernt wurden, also künstlich eine völlige Nasenlosigkeit hergestellt wurde". Unsere Selbstüberschätzung bewegt sich nicht mehr auf den Höhen von Gräfe, welcher wähnte, einen Zweig des menschlichen Wissens „auf die Stufe der Vollkommenheit" gehoben zu haben [10]). Zu unserer Zeit wird der Rat „jeden kleinsten Rest zu utilisieren" nach Gebühr von den erfahrensten Operateuren geschätzt.

Die complete Rhinoplastik hat ihre Zeit hinter sich. Aber dennoch wurden noch unlängst und werden gewiss auch noch gegenwärtig blutige plastische Operationen proponiert und ausgeführt, wo sie nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft sich überlebt haben.

Wenn wir die Indicationen für die Paraffinoplastik als feststehend ansehen, so ergibt sich von selbst, dass die blutige Plastik mit Ueberpflanzung von Lappen nur für solche Fälle zu reservieren ist, wo 1. auf mechanischem Wege Teile der Nase entfernt worden sind. (Abschneiden mit kalten Instrumenten, Zerstörung vermittelst Kugeln, Abbeissen etc.) 2. Fälle, in denen durch Krankheiten äussere Teile, namentlich die Spitze und andere bewegliche Bestandteile zerstört worden sind. Defecte dieser Art entstehen, wie bekannt, hauptsächlich infolge von Lupus und bösartigen Neubildungen. Syphilis führt in dieser Region nicht allzuhäufig zu äusseren Substanzverlusten, es sei denn, dass wir mit äusserst bösartigen Formen zu tun haben.

Plattheit und Einsenkungen, welchen Grades sie auch sein mögen, unterliegen jedenfalls nicht der Plastik mit Lappenbildung, solange die äussere Haut unverletzt bleibt.

Wenn wir jetzt, das Gesagte im Auge behaltend, die Arbeiten der letzten Zeit, sei es auch nur die russischen, einer Durchsicht unterziehen, so finden wir, dass den grössten Teil der Operierten solche Kranke ausmachen, welche wir aus dem Gebiete der blutigen Operation in das Gebiet der Paraffinoplastik überführen müssen. So gehört z. B. die ganze Abteilung, welche Djakonow unter § 6 seiner Arbeit in der „Russischen Chirurgie" anführt, in die erste Kategorie hinein. Ebenso müssen alle Vorschläge desselben Autors zur Correctur der eingefallenen oder Sattelnasen als Anachronismen aufgefasst werden. Zum selben Resultat kommen wir inbezug auf die Schlussfolgerungen von Bobrow [11]).

Ein Blick auf die Abbildungen 1 u. 2 genügt, um das Gesagte zu erhärten. — Dasselbe muss gesagt werden vom Falle Sklifasowski's, den er in Хирург. Лѣтопись vom Jahre 1892 mitteilt, von der Kranken Kusnezow's [12]) und von den beiden Kranken von Djakonow mit Ausschluss der Septumbildung, welche er nach eigener Methode im Jahre 1891 operierte [13]).

Uebrigens war die äussere Haut bei der ersten Kranken stark lädiert, so dass in diesem Falle vielleicht die Paraffinoplastik nicht ausgereicht hätte. Endlich bezieht sich das Gesagte im vollen Sinne des Wortes auf alle Kranken von Studenski und Krasin, welche plastisch operiert wurden, ausgenommen Fall 1 u. 19.

Bei Substanzverlusten, welche mit Verletzung der Haut verknüpft sind, seien sie auch noch so gering, müssen wir, wie erwähnt, auch heute noch zur blutigen Plastik greifen.

Ich erlaube mir zwei Fälle anzuführen, wo eine partielle Plastik ausgeführt werden musste.

Im Frühjahr 1903 wandte sich an mich ein junger Dorfbursche, dem während des Raufens ein Teil des linken Nasenflügels abgebissen war. Der Defect war recht auffällig.

Durch einen Schnitt parallel dem Rande des Flügels wurden alle Weichteile durchtrennt und in diesen Schnitt ein Lappen aus der Seitenwand der Nase übergepflanzt. Dadurch wurde aber bloss eine teilweise Besserung erzielt. Als der erste Lappen gut angeheilt war, wurde in derselben Weise eine nochmalige Plastik ausgeführt mit sehr gutem Erfolge.

In zweiten Falle handelte es sich um eine Magd, der durch Syphilis das ganze Septum und ein Teil des linken Flügels zerstört war, so das die Nasenspitze eingedrückt und der rechte Flügel bedeutend verlängert erschienen.

Der Anblick war stark abstossend, obgleich schon eine teilweise Correctur vermittelst Paraffinoplastik von Dr. Sworykin ausgeführt worden war. Zur weiteren Correctur wurde sie von Collegen Sworykin an mich gewiesen. Die Aufgabe war hier eine zweifache: 1. die beiden Flügel auszugleichen und 2. das Septum mobile herzustellen. Ich versuchte dieses auf folgende Weise zu erreichen.

Vom rechten Flügel wurde der freie Rand in einer solchen Breite abgetrennt, dass die beiden Flügel gleich lang wurden. Der abgetrennte Rand blieb oben in Verbindung mit der Spitze der Nase, während das untere Ende desselben am oberen Ende des Filtrum, das natürlich vorher angefrischt war, eingepflanzt wurde. Auf diese Weise waren die Flügel ausgeglichen, und wir verfügten schon über eine Art von Septum, wenigstens der vorderen Abteilung desselben. Das obere Ende des neugebildeten Septums hatte aber noch keine anormale Lage; es war in Verbindung mit der rechten Seite der Nasenspitze. Daher hatte es eine schiefe Stellung und auch der Rand des rechten Flügels sah nicht gut aus. Er repräsentierte eine scharfe Kante. Diesem Uebelstande konnte dadurch abgeholfen werden, dass vom neugebildeten Septum der äusserste Teil wieder auf den Rand des Flügels zurückverpflanzt wurde und die obere Spitze desselben in die Mitte der Spitze versetzt wurde. Dadurch gewann die Nase

[9]) Satulanenän orthopedisesta parantamista Kuopio. 1891.

[10]) l. c. Einleitung der russischen Uebersetzung.

[11]) Возстановленіе сѣдлообразно запавшаго носа. Separatabdruck.

[12]) Случай ринопластики при западеніи носа (Aus der chirurg. Abteilung des alten Katherinen-Krankenhauses in Moskau). Separatabdruck.

[13]) Клинич. наблюденія. Separatabdruck aus Хирург. Лѣтопись.

ein bedeutend besseres Aussehen. Leider wurde ein Teil vom Paraffin, der zur Hebung der Spitze eingeführt worden war, wieder ausgeschieden, so dass eine Schrumpfung von neuem eintreten musste.

Welches sind nun schliesslich die Indicationen zur Rhinoplastik vermittelst Metallstützen?

Seit der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts, wo Rust, Martin und Klein die Idee von Metallstützen in Fluss brachten, haben viele Autoren, darunter solche Meister wie Dieffenbach, Ollier und Mikulicz, Versuche mit Stützapparaten gemacht.

Bei uns nahm sich dieser Methode besonders warm Studenski, weiland Professor in Kasan und sein Schüler M. Krasin an. Sie wurde inbezug auf die Technik im Verlaufe von Jahren bedeutend verbessert und, wie Krankengeschichten beweisen, vielfach mit Erfolg ausgeführt. Anhänger hat die Methode jedoch wenig gefunden. Soviel ich weiss, wurde sie bei uns nur in der Klinik von Subotin versucht[14]).

Wenn wir zur Casuistik von Krasin uns wenden, so ergibt es sich, dass von 20 Fällen 9 als nicht gelungen angeführt wurden. In 11. Fällen war das Resultat zufriedenstellend.

Eine Statistik, in welcher fast die Hälfte der Fälle mit nicht gelungen figurieren, darf nicht als besonders aufmunternd angesehen werden.

Krasin spricht freilich von 2 Perioden. Aus der 2. Periode, wo Verbesserungen inbezug auf die Technik und die Stützapparate durchgeführt wurden, gingen alle Fälle mehr weniger gelungen hervor. Aber auch hier gibt es ein recht grosses „aber". Von allen 7 Fällen dieser Periode wurden 5 nur 1—3 Monate beobachtet, 1 starb an Typhus, und bei einem entwickelte sich ein Infiltrat an der Befestigungsstelle des Stützapparates. Ungefähr um dieselbe Zeit, als Krasin[15]) und Studenski arbeiteten, wurden in Frankreich verschiedene Versuche von Berger[16]) Nelaton[17]) u. a. in dieser Richtung angestellt, in denen von guten Erfolge gesprochen wird.

Ganz abgesehen davon, wie wir auf die Resultate der Plastik mit Stützapparaten sehen, können wir uns den Indicationen, welche Studenski und Krasin als Richtschnur dienten, nicht anschliessen. Wir müssen hier dieselben Einwände vorbringen, die wir bei der reinen Plastik geltend machten: alle angeführten Operationen datieren aus der Zeit vor der Paraffinoplastik, wobei fast ausnahmslos bei einfacher Sattelnase operiert wurde.

Es ist also kaum notwendig, auszuführen, dass gegenwärtig bei einfacher Einsenkung Stützapparate nicht mehr indiciert sind.

Ferner muss hervorgehoben werden, dass solange nicht festgestellt ist, inwiefern sich die Gewebe mit dem Fremdkörper dauernd vertragen, die Ausarbeitung von Indicationen nur einen bedingten Wert hat. Wenn es sich auch herausstellen sollte, dass Stützapparate der Entfernung zu guterletzt nicht unterliegen, so liegt jedenfalls ihre Anwendung jenseits der Paraffinoplastik. Sie können lediglich als Ersatz für Knochen- oder Hautlappen dienen. Leider muss aber gerade die Verträglichkeit der Gewebe nach den Debatten im chirurg. Verein und daher auch die Nützlichkeit der Idee von Rust, Martin und Klein als zweifelhaft angenommen werden. Theoretisch geurteilt, würden sich Bedenken gegen Metall als geeignetes Stützmaterial für ein Organ, welches beständig Insulten ausgesetzt ist, erheben lassen. Bedeutend mehr geeignet erscheint z. B. weicher Kautschuk.

II.

In Anbetracht der noch immer sehr bescheidenen Erfolge der blutigen Rhinoplastik sind wir leicht geneigt, eigene Erfindungsgabe in Anwendung zu bringen.

In zwei Fällen betrat auch ich diesen Weg. In beiden Fällen war das Resultat befriedigend, deshalb erlaube ich mir die Krankengeschichten folgen zu lassen. Beide Fälle wurden in der St. Petersburger Oto-Laryngol. Gesellschaft und der eine auch im Medico-chirurg. Verein vorgestellt.

1. W. N., 14-jähriges in der Entwickelung zurückgebliebenes, geistig deprimiertes Mädchen. Schaut immer auf den Boden und hält entsprechend dem Blicke den Kopf nach vorn gebeugt. Sie wird in einem Asyl erzogen, da sich keiner findet, der ihr Arbeit geben oder sie in Dienst nehmen wollte. Leider habe ich sie vor der Operation nicht photographieren lassen. — Die Nase unterschied sich wenig von der Abbildung, welche Djakonow in der P. Хирургія unter № 21 gibt. Nebenbei eine schematische Zeichnung.



Fig. 1.

Die Nasenknochen abgeplattet. Der bewegliche Teil der Nase soweit atrophiert, dass die Spitze wie ein Knopf über der in die Höhe gezogenen Oberlippe baumelt. Das Septum völlig zerstört. Die Nüstern narbig verwachsen.

Aus der Anamnese ist soviel hervorzuheben, dass sie mehrere Jahre einen eitrigen Ausfluss aus der Nase hatte, bis sie ins Kalinkinhospital gebracht und einer specif. Behandlung unterzogen wurde.

Mein anfänglicher Plan war, die Nasenöffnungen zu eröffnen und dann zu versuchen, die atrophische Nasenspitze etwas zu heben. In der Heilanstalt der Specialärzte wurde die Kranke untergebracht.

Bei der Operation stellte es sich aber heraus, dass wir beim Einstich in die Nasenöffnung auf knöcherne Verwachsung der Apertura pyrif. stiessen. Es konnte also weder die Nasenatmung hergestellt werden, noch konnte von einer äusseren Correctur die Rede sein, bevor die Apert. pyrif. nicht wiederhergestellt war.

Die Wiederherstellung der birnförmigen Oeffnung schien am bequemstem erreichbar durch die sogenannte Decortication, d. h. zeitweilige Separierung der Gesichtsweichteile von der knöchernen Unterlage.

Diese Operation wurde unter allgemeiner Narcose in folgender Weise ausgeführt: Schnitt bis auf den Knochen von dem Prämolaren der einen bis zu dem der anderen Seite in die Schleimhaut beim Uebergange derselben vom Alveolarfortsatz auf die Oberlippe. Darnach werden die Weichteile vom Knochen bis zu den Nasenknochen abgelöst. Als darnach vermittelst stumpfer Haken die Oberlippe, ein Teil der Wangen und die Reste der Nasenweichteile nach oben gezogen waren, lag die Gegend der Apert. pyr. vollkommen frei vor uns. Es erwies sich, dass dieselbe tatsächlich fast vollständig in eine solide Knochenmasse verwandelt

---

14) Protocolle der Russ. Chirurg. Gesellsch. 1902 1903. Genauere Beschreibungen der Fälle liegen nicht vor.

15) Krasin l. c. p. 63—70.

16) Centralbl. für Laryng. 1900. p 6.

17) Société de Chirurgie. Juin 1900 (Centr. für Laryng. 1902. p. 122).

war. Nur im untersten Teile derselben fand sich eine federkielbreite Oeffnung. Mit Hammer und Meissel wurde die Apertur in der normalen Grösse und Form wiederhergestellt und die Narbenmasse in der Nasenöffnung durchschnitten. Nachdem wir nun die Weichteile wieder replantiert und die Wunde unter der Oberlippe mit einigen Nähten geschlossen hatten, lag vor uns ein Näschen, das sich nur durch seine Miniatur von einer normalen Nase unterschied. Die Nasenöffnungen wurden mit Marly austamponiert. Eine gewisse Ueberraschung bereitete uns der Verbandwechsel am nächsten Tage. Es ergab sich, dass durch eine leichte entzündliche Infiltration die Nase neben der normalen Form im Ganzen auch eine normale Grösse angenommen hatte. Es erübrigte nur, sie in diesem Zustande zu fixieren. In der ersten Zeit wurde das Ziel durch Tamponade erreicht; nachträglich aber durch eine Prothese, welche vom Zahnarzt Salkindson sehr passend hergestellt wurde. Die Prothese hat die Aufgabe, den knorpligen Teil der Nase vor narbiger Schrumpfung zu schützen und zugleich den vorderen oder häutigen (sichtbaren) Teil des Septums zu repräsentieren.

Seit der Operation sind mehr als 1½ Jahre vergangen. Die Fülle, welche die Nase in den ersten Tagen nach der Operation hatte, blieb nicht vollkommen erhalten. Es trat eine gewisse Schrumpfung in der Gegend auf, wo gewöhnlich die Einsenkung sich bildet. Diese liess sich aber durch Paraffin recht gut bekämpfen.



Fig. 2.

Wie die vor kurzem angefertigte Photographie nebenbei anzeigt, ist die äussere Form der Nase eine recht gefällige. Als einzig störendes Moment für die Aesthetik muss der Septumteil der Prothese angesehen werden, welchem man schwer die entsprechende Fleischfarbe geben kann und der daher auch auf der Photographie recht bemerkbar ist.

Der psychische Zustand der Patientin hat sich jedenfalls um mehrere Grade gehoben. Ihr Blick ist nicht mehr an den Boden gefesselt.

In diesem Falle führte uns zur Decortication die Verknöcherung der birnförmigen Apertur. Die Entdeckung über den Wert derselben für die Rhinoplastik war eine zufällige. Ebenso zufällig wurde die Beobachtung gemacht, dass die nachoperative ödematöse Durchtränkung der Weichteile für die Rhinoplastik von grosser Bedeutung werden kann.

Im 2. Falle machte ich mir die Erfahrung zu Nütze und schritt bewusst zur Decortication. Der Erfolg war auch hier befriedigend. Photographische Aufnahmen vor und nach der Operation erleichtern die Beschreibung.

Es handelte sich um eine Magd von 28 Jahren, welche vor 4 Jahren infolge von Lues die normale Form der Nase eingebüsst hatte. Wie die Abbildung zeigt, sind die Weichteile der Nase stark atrophiert, an der typischen Stelle starke Einsenkung und die Nasenflügel, bes. links geschrumpft und muldenförmig gekrümmt. Ein Blick auf die Photographie lehrt uns, dass die Paraffinoplastik hier unzureichend wäre. Es wurde also beschlossen, durch Decortication die Weichteile von den Nasenknochen abzulösen und die Narben zu durchtrennen, welche den linken Flügel verunstalteten.

Die Operation wurde unter Localanästhesie nach demselben Schema ausgeführt, wie im vorhergehenden Fall.



Fig. 3.

Sobald die Weichteile vom Rande der Nasenknochen abgetrennt waren, glich sich die Einsenkung sofort aus. Die Verkrümmung im Flügel konnte aber erst durch tiefe Einschnitte, die bis unter die Oberhaut reichten, zum Schwunde gebracht werden. Beim Zurückklappen der Weichteile ergab sich, dass die Nase sozusagen im Moment eine vollständig normale Form angenommen hatte. Das machte einen ganz besonders tiefen Eindruck, ungefähr einen eben solchen, wie die erste Paraffinoplastik. Um nun einem neuen Schrumpfungsprocess und der Narbenbildung vorzubeugen, wurde beschlossen, direct auf dem Operationstisch eine Prothese aus der Masse herzustellen, welche die Zahnärzte gewöhnlich zur Abformung der Kiefer benutzen. Leider gelang das wegen der zu geringen Plastik dieser Masse nicht. Sie wird beim Abkühlen fast momentan vollständig hart. Wir mussten zur gewöhnlichen Marlytamponade greifen. Die postoperative Infiltration war unbedeutend, aber doch genügend, um alle Unebenheiten auszugleichen, so dass die Nase in den ersten Wochen nach der Operation ein der Aesthetik in jeder Weise entsprechendes Aussehen gewann.



Fig. 4.

Doch konnte man sich der Täuschung nicht hingeben. Eine einfache Marlytamponade konnte die eintretende Schrumpfung nicht zurückhalten, ganz abgesehen von der Unbequemlichkeit, welche sie verursacht (schlechter Geruch, Atmungsstörung). Es wurden daher Stückchen von gewöhnlichen Drainröhren in genügender Menge in die Nase geführt. Leider war auch diese Art von sonst sehr zweckmässiger Tamponade nicht durchführbar, da durch die Abwesenheit des Septums das Ausgleiten der Röhrchen nach dem Nasenrachenraum durch nichts verhindert wurde. Die Operation war im October 1909. Anfang December desselben Jahres fing die Nase wieder an einzuknicken. Durch Paraffin konnte dem freilich Einhalt geboten werden; die gegenwärtige Form der Nase ist befriedigend, obgleich die anfängliche durch Operation erreichte Eleganz verloren gegangen ist.

Zwei Operationen können kaum als genügender Beweis für die Anwendbarkeit einer Operations-

methode angesehen werden, aber sie sind genügend, um an der Hand derselben einige wertvolle Vorzüge der angewandten Methode zu illustrieren. Die Operation selbst ist einfach, auch mit Localanästhesie ausführbar. Sie eröffnet freien, breiten Zutritt zur Apert. pyrif. und zu den Nasenknochen, erlaubt im vollen Sinne des Wortes die Weichteile umzuwenden, die Narben und Verklebungen zu entfernen, Knochenteile abzumeisseln u. s. w. Und was das wertvollste ist, wir fügen keine äussere Wunde hinzu und wir geben keinen Anlass zu neuen Narbenbildungen. Wir opfern nicht das Geringste von dem teuren Material — den Resten der äusseren Haut. Die nachoperative Infiltration gibt sogar ein Plus, welches man ausnutzen kann *).

Die Blutung während der Operation ist mässig, obgleich individuell verschieden. Bei der örtlichen Anästhesie ist ja keine Gefahr für Aspiration, bei der allgemeinen kann der Nasenrachenraum tamponiert werden, wenn man nicht vorzieht, bei leicht hängendem Kopfe zu operieren. Die Verwachsung der Weichteile mit den Gesichtsknochen vollzieht sich schnell, wie ich noch in einem Falle zu beobachten Gelegenheit hatte, wo ich auf diesem Wege einen Sequester aus dem Nasenboden entfernte. Nebenbei erwähnt, kann die Decortication als Voroperation zur Sequestrotomie durchaus empfohlen werden.

Zu den kitzlichsten Fragen jeder Operationsmethode gehört natürlich diejenige nach dem endlichen Erfolg und der Dauer desselben. — Man muss zugeben, dass vor secundären Verwachsungen und Schrumpfungen der von mir eingeschlagene Weg nicht schützt. Es wäre naiv, zu erwarten, dass eine einfache Durchschneidung vor dem Wiedererscheinen von Narben bewahren könnte. In dieser Hinsicht ist die Decortication weder besser noch schlechter als andere Methoden. Aber diese Operation eröffnet, wie schon erwähnt, ohne neue Verwundung hinzuzufügen, eine breite Möglichkeit zur Entfernung von Abnormitäten und pathologischen Zuständen sowohl am knöchernen Skelett als an den Weichteilen. Sie gestattet, als Voroperation bequem und leicht Transplantation von organischen und organisierten Bestandteilen, Einführung von Prothesen und Stützapparaten nach Studenski-Krasin. Darin liegt ihr grosser Vorzug vor allen anderen Voroperationen.

Endlich muss als nicht unbedeutender Vorzug dieser Methode angesehen werden, dass der Patient fast keiner Pflege bedarf. Er kann das Krankenhaus einige Stunden nach der Operation verlassen.

Im ersten Falle können wir von einem idealen Erfolge nicht sprechen, da der Teil der Prothese, welcher das Septum ersetzt, merklich von der Umgebung absticht. Aber im Verhältnis zu dem Zustande vor der Operation und auch den gewöhnlichen Resultaten der Rhinoplastik gegenüber bleibt er nicht sehr weit vom idealen zurück. Man könnte ja hier an die Bildung des Septums mobile nach Wreden oder Suslow denken. Ob wir aber dadurch eine Verschönerung der Nase erreichen, bleibt fraglich.

Endlich könnte die Bildung des Septums durch Einpflanzung eines entsprechenden Tierseptums versucht werden. Solche Operationen sind ausgeführt. Ich habe in einem Falle den Versuch mit einem Schafsseptum gemacht. Der Versuch fiel nicht glänzend aus, daher kann ich mich nicht so leicht entschliessen, ihn zu wiederholen, umsomehr als im vorliegenden Falle wegen Abwesenheit des Vomer die Verhältnisse für eine Einheilung organisierter Bestandteile viel zu ungünstig sind.

III.

In der letzten Zeit wird die Frage der rein kosmetischen Operationen an der Nase immer häufiger und häufiger ventiliert. Der erste Anstoss zu dieser Plastik, die nicht pathologische Folgezustände beseitigen will, sondern eine vollkommenere Form rein physiologischer Zustände zu geben sich bemüht, ging von Amerika aus. Jetzt wird sie garnicht selten in West-Europa ausgeführt [18]. Leider trägt sie bisher einen gewissen conspirativen Charakter. Die Aerzte, welche sich mit diesen Operationen befassen, haben sich in die Kaste der Händler mit Geheimmitteln eingeschrieben. Sie halten ihre Methode und ihre Instrumente geheim. Unberufene werden zur Operation nicht zugelassen. Das Publicum wird mit geheimnisvollen, trügerischen Publicationen herangelockt. Broschüren mit ähnlichem Inhalt erscheinen in der letzten Zeit auch auf dem russischen Büchermarkt.

Der Stempel, der auf diese Weise der kosmetischen Plastik aufgedrückt wird, ist nicht besonders aufmunternd. Dennoch müssen wir zugeben, dass dieser Zweig der Rhinoplastik sich entwickeln wird.

Die suggestive Kraft des Gesichtssinnes, von der wir am Anfang sprachen und welche von jeher die Rhinoplastik als Notwendigkeit hat erscheinen lassen, schrumpft nicht, sondern steigt. Mit blossen Reden können wir sie nicht abtun. Wir müssen entweder nous soumettre ou nous démettre, d. h. die Hand anlegen oder aber dieses Gebiet der Chirurgie den Charlatanen überlassen.

Für rein kosmetische Operationen ist die in Rede stehende Methode besonders geeignet, da sie keine äusseren Narben setzt. Der weitere Vorzug liegt darin, dass der Operierte nicht benötigt ist, einen Verband zu tragen. Man kann sie also auch den Allerempfindlichsten, denen jeder fremde Blick einen Vorwurf zu bergen scheint, proponieren.

Zur Illustration, von welchem Werte eine Operationsmethode wäre, welche keine äusseren Narben setzt, führe ich folgenden Fall an.

Ein junges Mädchen R. hatte wahrscheinlich anfangs eine unbedeutende Einsenkung. Sie liess sich dadurch für Paraffinoplastik hinreissen. Die Folge der von einem erfahrenen

---

*) Als dieser Aufsatz schon geschrieben war, habe ich noch einen Fall nach der obigen Methode zu operieren Gelegenheit gehabt.

Auf den Rat von Dr. Ketschek wandte sich an mich Herr O. aus Archangelsk, welchem im März des vergangenen Jahres durch einen Steinhieb die Nase platt geschlagen war. - Eine leichte Einsenkung im Knorpelteile und Höckerbildung auf beiden Seiten der Nasenknochen. Wir hatten vor uns eine sogenannte „Hammelnase", mit wenig ästhetischem Aussehen.

Die Einsenkung wäre unschwer durch Paraffin zu verbessern gewesen, aber nicht die abnorme Breite. Durch Paraffinoplastik kann man nur etwas hinzufügen, aber nichts abnehmen. Es wurde die Decortication unter Localanästhesie ausgeführt und nun erwies es sich, dass die Breite durch unbedeutende Periostverdickung hervorgerufen war.

Es wurden ganz winzige Stückchen entfernt, und doch war das genügend, um der Nase ein ganz anderes Aussehen zu verleihen. —

Nach einigen Tagen wurde die Paraffinoplastik gemacht.

In diesem Falle musste ich zum ersten Male zwecks der vollständigen Decortication das normale Septum durchschneiden. In allen vorhergehenden Fällen war dasselbe schon früher abhanden gekommen. Nach Löwe, der über 50 mal die Septumdurchtrennung ausgeführt hat, zieht das keine nachteiligen Folgen nach sich. Es verwächst anstandslos. In unserem Falle bleibt wahrscheinlich eine kleine Perforation nach.

[18]) Joseph berichtet, dass er bereits bis zum Jahre 1906 210 Nasen verkleinert hat (Berl. Kl. Woch. 1907, № 16).

Collegen ausgeführten Operation war eine Verunstaltung im umgekehrten Sinne. Jetzt war Patientin ganz unglücklich. Sie zeigte sich nur unter dem Schleier. Zur Entfernung des Paraffins, die ich ihr proponierte, konnte sie sich aus Furcht vor Narben nicht entschliessen. Mehrere Jahre quälte sie sich. Endlich war sie entschlossen, das Paraffin entfernen zu lassen. Durch einen Schnitt auf den Nasenrücken wurden hyperplastische Bindegewebsteile und Paraffinbestandteile entfernt. Die Form der Nase befriedigt sie jetzt vollkommen, aber sie ist unglücklich über die 1 cm. lange, kaum sichtbare Narbe auf dem Nasenrücken. Wenn ich damals die Decortication gekannt und geübt hätte, wäre eine Unglückliche weniger auf der Welt.

Es muss hervorgehoben werden, dass es nach der hier proponierten Methode unschwer ist, Verkrümmungen und verunstaltende Vergrösserungen zu entfernen. Schwerer dürften Verdickungen der Nasenspitze zu beseitigen sein.

Bisher habe ich in dieser Richtung die Decortication noch nicht ausversuchen können.

Die Decorticatio faciei wurde zuerst von Rouge in Lausanne zur Behandlung von Ozaena ausgeführt [19]). Darnach wandte sie Bardenheuer zur Eröffnung von Highmoritiden an [20]), ohne dass er irgenwo über seine Methode schriftliche oder öffentliche Mitteilungen gemacht hätte.

Goris demonstrierte die Methode auf dem internationalen Congress in Paris 1900 und berichtet über dieselbe in der citierten Abhandlung. Als besonders warmer Anhänger der Methode ist Loewe in Berlin zu nennen, der zu wiederholten Malen zur Propaganda das Wort genommen hat (Monatschrift für Ohrenheilkunde, Central-Blatt für Chirurgie) und schliesslich in einer Monographie sie behandelt hat [21]). Loewe befürwortet die Methode besonders für endonasale Eingriffe, namentlich zur Correctur des Septums.

Der Rhinoplastik habe ich, so viel ich weiss, als erster diese Methode dienstbar gemacht. Ausserdem bediente ich mich derselben noch in einem Falle, wie erwähnt, zur Entfernung eines grossen Sequesters aus der Nasenhöhle. Auch dort erwies sie sich als praktisch. Den Fall habe ich in der St. Petersburger Gesellschaft für Oto-Laryngologie demonstriert.

IV.

Viele Autoren (Djakonow [22]), Krasin [23]) u. a.) erwähnen, dass bei glücklicher Rhinoplastik das Riechvermögen sich wieder einstellt.

Gräfe [24]) und Czymanowski [25]) weisen auf Störungen der Stimme, Gehörstörungen, Kopfschmerzen, Bronchitiden etc. hin. Es unterliegt keinem Zweifel, dass solche Störungen durch Aufhebung der Nasenatmung induciert werden. Fraglich erscheint es aber, inwiefern selbst die geglückteste Rhinoplastik alle diese Störungen heben kann.

Nach meinem Dafürhalten kann: 1) nur in vereinzelten Fällen auf Wiederherstellung der Function der Nase in vollem Sinne des Wortes gerechnet werden. Im selben Masse können natürlich auch die von der gestörten Function abhängenden secundären Leiden beseitigt werden. 2) Ist mit den obigen Leiden das Register der functionellen Störungen noch nicht erschöpft. Dieselben scheinen viel ernsterer Natur zu sein.

Es ist nicht unsere Aufgabe, alle Theorien betreffend diese Frage zu erörtern. Aber es scheint nicht ganz fernliegend, nachzuforschen, ob die Furcht, die Nase zu verlieren, und das Leiden derjenigen, die sie schon verloren haben, nur als Folge der suggestiven Wirkung resp. des abstossenden Aussehens anzusehen oder ob sie als Ausdruck von tieferen Ursachen aufzufassen sind. — Vieles spricht für das Letztere.

Seit W. Meyer hat sich eine gewaltige Anzahl von Beobachtungen gesammelt, aus welchen hervorgeht, wie tief die Nasenatmung auf den Organismus einwirkt, oder richtiger, wie eingreifende Veränderungen die Störung der Nasenatmung im ganzen somatischen Wesen hervorruft. Der Zustand, der bei gestörter resp. aufgehobener Nasenatmung beobachtet wird, ist so sehr charakteristisch, dass sich ein besonderer Ausdruck für denselben als notwendig herausgestellt hat. Es ist aber bedeutungsvoll, dass der umgekehrte Zustand, — die zu weite Nase — der Aprosexie analoge psychische Störungen hervorruft.

Ueber ähnliche Beobachtungen habe ich im Verein St. Petersburger Aerzte gesprochen und in der Folge sie auch veröffentlicht [26]).

In Anbetracht dieser Beobachtung liegt der Schluss nahe, dass nicht Behinderung der Nasenatmung und folglich auch nicht Luftmangel, wie gewöhnlich supponiert wird, die Ursache der psychischen Veränderungen sind, sondern etwas anderes.

Worin nun dieses andere liegt, ist noch lange nicht aufgeklärt. — In meiner citierten Arbeit wird die Idee durchgeführt, dass eine gesunde Nase und ihre ungestörte Function zum integrierenden Bestandteile der normalen psychischen Entwicklung des Individuums notwendig sind. Wir wissen, dass der Ausfall eines beliebigen Organes, besonders der höheren Sinnesorgane, tiefe Spuren in der psychischen Auffassungsweise, wie überhaupt in der Structur der Seele hinterlässt. Analog diesen Vorgängen müssen auch die Veränderungen infolge der gestörten Nasenfunction sein.

Gegen diese Ausführungen lässt sich wahrscheinlich nicht viel einwenden. Sie sind aber noch zu allgemein gefasst.

Vorliegende Beobachtungen gestatten gegenwärtig eine präcisere Differenzierung.

1. Die in der citierten Arbeit erwähnten psychischen Veränderungen stellen sich ein, wenn die Entwicklungsperiode gestört wird.

Unlängst beobachtete ich einen charakteristischen Fall.

Aus der Provinz erschienen bei mir Vater und Tochter. Die Tochter hat eine typische Sattelnase. Der Vater fleht mit Tränen um eine Correctur und demonstriert seine Dankbarkeit nach gelungener Correctur in der bekannten Bauchlage. Die Tochter aber, ein junges Mädchen, der alle die Unannehmlichkeit, von denen der Vater sprach, näher liegen sollten, blieb teilnahmlos vor und nach der Correctur.

2. Der psychische Defect ist um so ausgesprochener, je weiter die Zerstörung auf die Nebenhöhlen übergreift.

Demnach liegt der Schluss nahe, dass hauptsächlich die Nebenhöhlen und ihre Function es sind, deren Ausfall die erwähnten Veränderungen nach sich zieht.

Diese Deutung gewinnt fernerhin durch die experimentellen Forschungen und die an dieselben geknüpften Ausführungen von Mink eine Stütze [27]).

---

19) cit. nach Loewe.

20) Goris. Sur huit décortications de la face pour empyèmes des sinus. Brüssel 1900.

21) Zur Chirurgie der Nase I. Berlin 1905, II. Berlin 1907.

22) Къ вопросу о ринопластикѣ при западавшемъ носѣ. p. 5.

23) l. c.

24) l. c.

25) l. c.

26) Zur Diagnose und Therapie der Nasenlues. St. Pet. Med. Woch. № 22—23. 1904.

27) Die nasalen Lufträume. Arch. für Laryngol. Bd. XXI. p. 215.

Wenn wir nun genötigt sind, den Schwerpunkt in die Nebenhöhlen zu versetzen, so müssen wir andererseits zugeben, dass die Theorien, die bisher über die Nebenhöhlenfunctionen veröffentlicht sind, schwer mit den eben niedergelegten Deductionen in Einklang gebracht werden können.

Es wird also immer mehr und mehr wahrscheinlich, dass das complicierte System von grossen und kleinen Höhlen, die in ihrer Gestalt und Lage zueinander so sehr wechseln können, die aber doch in der nächsten Nachbarschaft des Gehirns und im unmittelbaren Zusammenhange mit dem beständig ein und austretenden Luftstrom bleiben, eine bisher unbekannt gebliebene Aufgabe haben.

Mich persönlich will es dünken, dass die eben erwähnte Stellung in der nächsten Nachbarschaft des Gehirns und des Luftstromes kein zufälliges Zusammentreffen ist. Worin der Zusammenhang zu suchen sein könnte, darauf kommen wir am ehesten, wenn wir uns errinnern, welche gewaltige Impulse wir am Meeresufer, im Gebirge, hauptsächlich aber immer und beständig in der frischen Luft empfangen.

Diese Impulse, der Einfluss der frischen Luft wird gewiss zum grossen Teile durch den Blutstrom und die Gewebsatmung übermittelt.

Doch will es uns scheinen, dass die Gewebsatmung nicht imstande wäre, die eigentümliche und grossartige Einwirkung, die auf uns der erste Atemzug schon hervorbringt, sobald wir nach unserer Zimmerluft den Kopf durch das Fenster hinausstrecken, zu übermitteln. Es muss das die unmittelbare Einwirkung der Luft auf das Gehirn sein. Und diese unmittelbare Berührung wird durch die lufthaltigen Räume zu Wege gebracht. Die Nebenhöhlen hätten also die Aufgabe, die Luft zu empfinden und zu qualificieren.

Im Lichte dieser Theorie hat die Furcht vor dem Verlust der Nase einen tieferen Sinn als blos die Vorempfindung der zu erwartenden Verspöttelung. Sie erscheint als Ausdruck des instinctiven Selbsterhaltungtriebes. Und die Depression bei Verlust der Nase ist zum grossen Teil auf den Verlust der Luftqualification zurückzuführen.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchow-Krankenhauses für Männer zu St. Petersburg. (Chefarzt Prof. Dr. H. Zeidler).

Zur Casuistik der Milzabscesse nach Typhus.

Von

Dr. L. Stuckey.

Der Milzabscess*) ist eine verhältnismässig seltene Erkrankung. Küttner konnte für 7 Jahre, bis 1907 eine Casuistik von nur 117 Fällen aus der Literatur zusammenstellen.

Die Ursachen für die Entstehung des Milzabscesses sind sehr verschieden. Die subcutanen und offenen Verletzungen können einen Anlass zur Entwickelung einer Eiterung in diesem Organ geben. Der Abscess kann auch als eine partielle Erscheinung einer allgemeinen eitrigen Infection auftreten. Die grösste Zahl der Fälle wird während oder vielmehr nach Ablauf von Abdominaltyphus und Recurrens beobachtet. Ein Milzabscess kann auch bei Malaria, Drehung der ernährenden Gefässe, Uebergreifen der Entzündung von den Nachbarorganen (Magenulcus, Magencarcinom, Leberabscess) zustande kommen. Ausserdem bleibt noch eine Anzahl von Fällen mit ungeklärter Aetiologie.

Die nach Typhus abdominalis entstehenden Milzabscesse sind als seltene Complicationen dieser Erkrankung anzusehen. So konnte Curschmann bei den Unterleibstyphus-Epidemien in Hamburg und Leipzig auf 557 Sectionen 4 Milzabscesse constatieren. Berg (Leipzig) bei einer Epidemie von 1626 Fällen mit 243 Todesfällen bei 228 Sectionen 4 Milzabscesse. Vierhuff (Riga) — bei 1186 Erkrankungen mit 112 Todesfällen 3 Milzabscesse.

Häufiger kommen die Milzabscesse nach Recurrens vor. So hat unser verehrter Jubilar Dr. W. Kernig während einer grossen Epidemie von Rückfallfieber in St. Petersburg in d. J. 1864—1866 auf fast 400 Erkrankungen 5 Milzabscesse gesehen und Petrowski auf 359 Kranke 3 mal.

Die Schwere der Erkrankung scheint für die Entstehung des Milzabscesses bei Unterleibstyphus keine Rolle zu spielen. Im Gegenteil, wie aus der Casuistik zu ersehen ist, sind es hauptsächlich mittelschwere, sogar leichte Fälle, die einen Anlass zur Bildung eines Milzabscesses geben (Melchior). In Kirchmayrs Fall entwickelte sich der Milzabscess „nach Ablauf eines ganz leichten, man möchte sagen, ambulatorischen Typhus".

Die allgemein angenommene Meinung, dass die posttyphösen Eiterungen durch Embolien von Typhusbacillen oder damit beladenen Thromben in dem betreffenden Organ zustande kommen, ist nicht richtig. Wie die Untersuchungen der letzten Jahre beweisen, sind die Bacillen in den ersten Wochen des Typhus in der Blutbahn und daher auch in den betreffenden Organen vorhanden, ohne jede embolische Verschleppung. Wie bekannt, kommen aber die typhösen Eiterungen in diesem Stadium nicht vor. Beim Eintreten der Immunität verschwinden die Bacillen aus den einzelnen Organen. Nun unterliegt aber dieser Eintritt individuellen Schwankungen. Bleibt nach Ablauf des Typhus die Immunität gänzlich aus, so kommt es zum Recidiv. Entsteht aber eine relative Immunität, so können in einzelnen Organen Bacillen zurückbleiben, die zwar nicht mehr imstande sind, eine Allgemeininfection hervorzurufen, aber fähig sind, eine locale Eiterung zu erzeugen.

Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht die Tatsache, dass die posttyphösen Eiterungen fast ausnahmslos in die Zeit fallen, in welcher eine relative Immunität schon vorhanden ist, nämlich in die Reconvalescenz (Melchior). Dafür spricht auch die auffallende Gutartigkeit aller typhösen Eiterungen, denen jede Tendenz zu Progression und Metastasierung fehlt. Nach Déhu soll dieser Umstand gerade für posttyphöse Eiterungen charakteristisch sein.

Die Entwickelung der Eiterung in einzelnen Organen kann durch eine vorhergegangene Gewebsschädigung begrünstigt werden. So entstehen Muskelabscesse, hauptsächlich im Rectus abdominis, aus einem Hämatom nach Ruptur (Melchior). Ebenso soll auch dem Trauma die Schuld für Entwickelung der Knocheneiterungen zugeschrieben werden. Sennert berichtete über einen Fall von Leberabscess, der nach einem Trauma zustande kam.

*) Das vollständige Literaturverzeichnis befindet sich bei Finkelstein: Ueber Milzabscesse. Russkij chirurgitscheskij Archiv 1908. H. IV. p. 491 und bei Melchior: Ueber den Milzabscess bei Typhus abdominalis und seine chirurgische Behandlung. Berliner Klinik. 1909. Jahrgang 21. Heft 255.

Die typhösen Abscesse können auch an Stellen von Arzneieinspritzungen entstehen, z. B. nach Chinininjectionen (Schneider) und nach Coffeininjectionen (Malenchini Pieracini).

Chronisch pathologische Zustände der Gewebe scheinen auch zur typhösen Vereiterung zu disponieren (Melchior). So kommen typhöse Abscesse fast ausnahmslos in den kropfig entarteten Schilddrüsen vor (Quervain). Cholet wies darauf hin, dass die typhöse Entzündung des Hodens und Nebenhodens relativ häufig an den vorher gonorrhoisch erkrankten Organen beobachtet wurde. Gutartige Tumoren bieten auch scheinbar einen günstigen Boden für die Entwickelung typhöser Abscesse. So berichtet Panas über einen Fall von Vereiterung eines Angioms und Keen — eines Lipoms. Bekannt sind die Vereiterungen der Dermoidcysten der Eierstöcke (Melchior). Hühn und Ivanowic haben einen Fall von typhöser Vereiterung eines multiloculären Leberechinococcus beschrieben.

Die typhöse Eiterung kann auch an Organen resp. Organbezirken einsetzen, welche vorher durch die Allgemeininfection selbst Schädigungen erlitten haben (Melchior).

So sind Necroseherde des Knochenmarks (E. Fraenkel), des Hodens (Fox), der Leber (Glynn und Schmidt) nach Typhus beschrieben worden. In der Regel gehen diese Veränderungen wieder zurück; ist aber die Immunität nicht genügend, so können auf diesem günstigen Boden Vereiterungen entstehen (Melchior).

Für die Erklärung der Entwickelung der Milzabscesse wird gewöhnlich auf die embolischen Infarcte hingewiesen.

Nach Kaufmann handelt es sich dabei um einen localen durch Ernährungs- und Circulationsstörungen bedingten Gewebszerfall und nicht um eigentliche embolische Infarcte. Diese Herde können resorbiert werden und verheilen. Dann entstehen an der Oberfläche narbige Einziehungen. Sie können aber auch necrotisieren und vereitern (Kaufmann). Manchmal kommt es auch zur Sequestrierung grösserer Milzteile.

Das klinische Bild des typhösen Milzabscesses wird von Melchior folgendermassen geschildert. „Ein Individuum, welches an einem mittelschweren Typhus erkrankt war und bereits entfiebert ist, wird nach einem Intervall. welches einige wenige Tage bis zu mehreren Wochen dauern kann, plötzlich von heftigen Schmerzen und Stichen in der Gegend des linken Hypochondriums ergriffen. Diese Schmerzen nehmen vielfach bei tiefer Inspiration an Stärke zu. Die Reconvalescenz kann dabei bis dahin ungestört verlaufen sein, oder es hat vielleicht schon eine gewisse abnorme Mattigkeit oder Appetitlosigkeit auf zu erwartende Störungen hingedeutet. Gleichzeitig oder längstens einige Tage später stellt sich wieder Fieber ein, das einen atypischen Charakter annimmt. In seltenen Fällen ist der Beginn durch einen Schüttelfrost event. mit Erbrechen markiert. Die Milzdämfung vergrössert sich schnell, Erscheinungen von Seiten des Magen-Darmkanals oder solche, die auf den Ausbruch eines Recidivs deuten können, fehlen".

Die fieberfreie Periode zwischen der eigentlichen Typhuserkrankung und der Manifestierung des Milzabscesses ist nicht immer gleich. Sie dauerte, wie es aus der Literatur zu ersehen ist, von 8 Tagen (Federmann) bis zu einem Monat (Cramer). Die Reconvalescenz geht immer vorwärts, wie nach dem vollkommenen Abklingen der Krankheit (Esau). In manchen Fällen kommt es garnicht zum charakteristischen fieberfreien Intervall, weil Complicationen von Seiten der Lunge und anderer Organe die Entfieberung verzögern (Melchior).

Starke Schmerzen oder Stiche im linken Hypochondrium werden in den meisten Fällen beobachtet. Ein intralienaler Abscess kann aber mitunter auch schmerzlos verlaufen, denn die Schmerzen werden nur durch die Dehnung und Spannung der Kapsel oder durch Uebergreifen der Entzündung aufs Bauchfell hervorgerufen (Litten).

Diese Schmerzen und Stiche, welche manchmal beim Atmen und Husten sich verstärken können (Bandel, Esau, Mc Garrahan), werden in der Milzgegend localisiert und haben keinen ausstrahlenden Charakter, was differentialdiagnostisch gegen die von der linken Niere ausgehenden Schmerzen wichtig sein soll (Melchior).

Für den weiteren Verlauf ist es von Wichtigkeit, ob der Abscess in dem unteren oder oberen Teil des Organes zur Entwickelung kommt. Im ersten Fall entsteht bald im linken Hypochondrium ein empfindlicher Tumor und im Falle eines Uebergreifens des entzündlichen Processes auf das Peritoneum kann noch die Bauchdeckenspannung hinzukommen.

In einem Falle (Harrington) war die Milz mit der Nierenkapsel fest verwachsen. Die Niere wurde mit zunehmender Vergrösserung der Milz vorgedrängt. Sie war selbst nicht auf Druck empfindlich, aber die Versuche, die dislocierte Niere zu reponieren, verursachten Schmerzen.

In den Fällen von Abscessen des oberen Pols entwickelt sich der entzündliche Process innerhalb des Brustkorbes, daher sind auch die palpablen Veränderungen seltener nachzuweisen (Melchior). In einigen Fällen wurde Vergrösserung der Milzdämpfung, peritoneales Reiben (Petrow), Empfindlichkeit der Milzgegend beim Druck und bei der Percussion des linken unteren Brustteils beobachtet. In manchen Fällen war aber die Milzgegend unempfindlich (Federmann, Klein).

Die Abscesse des oberen Pols perforieren gewöhnlich frühzeitig die Kapsel und verlaufen dann unter dem Bilde eines subphrenischen Abscesses. Im weiteren Verlauf ist auch der linke Pleuraraum beteiligt. In einigen Fällen war er durch das Empordrängen des Zwerchfells stark verkleinert, und es kann mit der Entwicklung einer adhäsiven Pleuritis zur vollständigen Verlötung des Pleurasinus kommen, was durch Druckempfindlichkeit im 10. Zwischenrippenraum erkannt werden kann (Mc. Garrahan).

In der Pleura selbst kann sich aber ohne jegliche Perforation des Zwerchfells als eine Erscheinung des collateralen Oedems, ein seröses Exsudat bilden, welches auch steril bleiben kann. Kommt eine Perforation des Abscesses durch das Zwerchfell in die Pleurahöhle zustande, so entwickelt sich ein Empyem, was die Diagnose ausserordentlich erschweren kann.

Später kommt noch eine Vorwölbung der linken unteren Thoraxhälfte hinzu (Klein, mein Fall III) und ein Oedem in dieser Gegend (Bessel-Hagen, Iversen und Stühlern, mein Fall III). Einige Autoren (Klein, Lauenstein, Petrow u. a.) halten den Zwerchfellstillstand für ein wichtiges Symptom für die Diagnose des Milzabscesses.

Dagegen constatierte Kirchmayr während der Operation eine ausgiebige Bewegung des Zwerchfells. Iversen und Stühlern konnten bei der Röntgendurchleuchtung die Excursionen des vorgewölbten Diaphragmas beobachten und weisen auf die Radioskopie als auf eine wichtige Unterstützung für die Diagnose hin.

Sind Symptome eines subphrenischen Abscesses zusammen mit einem grossem fluctuierenden Tumor in der Oberbauchgegend vorhanden, so bedeutet das, dass die ganze Milz in einen Abscess aufgegangen ist (Klein).

Es ist ja sehr verständlich nach alledem, was oben gesagt worden ist, dass die Diagnose eines Milzabscesses nicht immer möglich sein kann, besonders wenn der Abscess sich im oberen Pol entwickelt.

Fast in allen Fällen wurde zum Feststellen der Diagnose eine Probepunction gemacht, die wohl immer erst auf dem Operationstische gemacht werden muss, und im Falle sie Eiter ergibt, soll man die Nadel an Ort und Stelle lassen, damit sie als Wegweiser für die Incision dienen kann (Lauenstein). Ausserdem vermeidet man durch diesen Kunstgriff von Stromeyer-Little viel leichter die secundäre Infection der Pleura, falls noch keine Verwachsungen vorhanden sind.

Ergibt die Probepunction einen serösen Erguss, so wird man wohl meistens aus dem schweren klinischen Bilde schliessen können, dass die seröse Pleuritis keine genügende Erklärung für die Erscheinungen abgibt, sondern nur symptomatisch auf eine sich tiefer abspielende Eiterung hinweist. (Melchior). Ist aber ein Empyem schon zustande gekommen, dann wird eine sichere Diagnose vor der Operation nicht zu stellen sein. Ebenso wird es leicht möglich sein, einen Fehler zu begehen und ein Empyem festzustellen, wenn das Zwerchfell mit der Brustpleura fest verwachsen ist. Jedenfalls wurde einige Male zur Operation eines Empyems geschritten und erst während derselben die Diagnose Milzabscess gestellt (Federmann, Mc. Garrahan).

Ergibt die Probepunction blutigen Eiter, so weist das darauf hin, dass die Eiterung in einem blutreichen Organe ihren Sitz hat, wobei es sich in dieser Körpergegend nur um die Milz handeln kann (Melchior).

In den 20 operativ behandelten Fällen wurde 12 mal der durch die Probepunction resp. bei der Operation erhaltene Eiter bakteriologisch untersucht. 8 mal ist eine Reinkultur von Typhusbacillen constatiert worden und je einmal Bacterium coli commune, Streptococcus, Streptococcus mit Staphylococcus aureus und Proteus mirabilis. In 4 nicht operierten Fällen wurde 3 mal eine Reinkultur von Typhusbacillen und einmal Typhusbacillus mit Staphylococcus aureus gefunden. Beim weiteren Verlauf kam es zum Durchbruch in die Bauchhöhle, wobei, wie schon oben erwähnt, eine abgekapselte Peritonitis (subphrenischer Abscess) entstehen kann, oder der Abscess perforiert in die freie Bauchhöhle.

Ausserdem können noch Perforationen in den Magen, Dickdarm, die Nieren, durch das Zwerchfell in die Lunge und durch die Haut nach aussen vorkommen. Eine plötzliche Verminderung der Milzdämpfung zusammen mit einer acuten Peritonitis, oder wenn Eiter ausgehustet, erbrochen, aus dem Darmkanal und den Harnwegen ausgeschieden wird, bedeutet das Zustandekommen einer Perforation.

Die eben genannte Complication muss als sehr gefährlich angesehen werden, denn stirbt der Kranke nicht an einer acuten eitrigen Peritonitis, so kann er einer chronischen Eiterung erliegen. Denn obwohl die Möglichkeit einer spontanen Heilung nach Perforation nicht zu leugnen ist, so muss sie doch nur als eine Ausnahme betrachtet werden (Melchior).

Die Prognose des posttyphösen Milzabscesses ist eine relativ gute. Denn die ganze Casuistik von operierten Milzabscessen ergibt eine Sterblichkeit von 21—23%. Von den 22 mit posttyphösen Milzabscessen operierten Kranken sind 2 gestorben, was eine Sterblichkeit von 9% ausmacht. Ausserdem muss noch beachtet werden, dass bei dem einen Todesfall im Eiter Streptococcen gefunden waren. Bei dem anderen war keine bakteriologische Untersuchung gemacht worden (Wulf).

Auf eine relative Gutartigkeit weist auch der Fall von Gesselewitsch und Wanach hin, denn der Kranke lebte 18 Tage nach der Perforation des Abscesses in die freie Bauchhöhle. Eine Operation war nicht gemacht worden.

Diese schwache Infectiosität des Eiters für dasselbe Individuum ist von grosser Wichtigkeit für die operative Behandlung der Fälle, wo man durch die freie Pleurahöhle gehen muss. Und tatsächlich scheint in keinem auf diese Weise operierten Fall ein nachträgliches Empyem entstanden zu sein.

Die Behandlung eines diagnosticierten Milzabscesses kann nur eine operative sein. Allerdings hat Parzewski eine Ausheilung nach wiederholter Aspiration gesehen (Ledderhose).

Mir ist es gelungen, aus der mir zugänglichen Literatur 20 Fälle von operierten posttyphösen Milzabscessen zusammenzustellen. (Je einen Fall Lauenstein, Nollen, Klein, Petrow, Mc. Garrahan, Grüneisen, Esau Gaudiani, Federmann. Harrington, Kirchmayr. Anderson, Neugebauer, Wulf, Trojanow, Cramer und je zwei Fälle Iversen und Stühlern, Arapow). Mit den zwei von mir unten beschriebenen Fällen macht das 22 Fälle aus mit einer Sterblichkeit von 9%. —Die Art des operativen Vorgehens hängt von dem Sitz des Abscesses ab. Bei den Abscessen des unteren Poles ist entweder der Bauchschnitt am linken Rippenrande anzuwenden oder eine Incision des Abscesses nach der Resection der XII. Rippe, ohne die freie Bauchhöhle zu eröffnen (Harrington). Ist die Milz nicht verwachsen, so rät Bessel-Hagen eine Exstirpation zu machen, um einer Infection der Bauchhöhle vorzubeugen. Befindet sich der Abscess im oberen Pol, so ist bei sicherer Diagnose das typische Verfahren die einzeitige transpleurale Incision nach Resection der X. Rippe (Neugebauer). Ist die Pleura intact, so wird das Diaphragma an die Costalpleura angenäht. Die Gefahr des Pneumothorax ist dabei nicht gross, weil gewöhnlich das emporgedrängte Zwerchfell so fest der Brustpleura anliegt, dass überhaupt keine Luft in die Pleurahöhle geraten kann. Aus den schon früher angeführten Gründen kommt in der Regel keine Infection der Pleura zustande.

Fall I.

P. P.,[1]) 19 J., eingetreten 14./VI. 1906 am 7. Tage der Erkrankung mit Klagen über allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen und Husten. Im Krankenhause machte der Patient einen Unterleibstyphus mit status typhosus, Roseola, Durchfällen, vergrösserter Milz und Bronchitis durch. In der dritten Woche fing die Temperatur an abzufallen. Ohne aber zur Norm zu kommen, stieg sie wieder an. Am 33. Tage der Erkrankung klagte der Patient über stechende Schmerzen in der linken Seite und unter der linken Scapula. Am 38. Tage wurden diese Schmerzen stärker und nahmen schliesslich den Charakter einer Neuralgie an. Am 40. Tage localisierten sich die Schmerzen in der Milzgegend. Die Milz war percutorisch (obere Grenze der Dämpfung auf der VIII. Rippe längs der Scapularlinie) vergrössert und unter dem Rippenrande zu palpieren. Das Atemgeräusch war in der Gegend der Dämpfung abgeschwächt. Am selben Tage wurde von Dr. J.

[1]) Dieser Fall ist im wissenschaftlichen Verein der Aerzte des städtischen Obuchow-Krankenhauses am 15/IX 1906. vorgestellt worden und in der Arbeit von Finkelstein citiert.

Iversen im IX. Intercostalraum eine Probepunction, die dicken Eiter ergab, ausgeführt.

Es wurde die Diagnose eines aus der Milz ausgehenden subdiaphragmatischen Abscesses gestellt, und der Kranke wurde am nächsten Tage in die chirurgische Abteilung übergeführt.

Operation (L. Stuckey) unter Localanästhesie mit 1% Eucainlösung.

Die Probepunctionen im IX u. X Zwischenrippenraum fielen negativ aus und nur im XI Intercostalraum ergab die Punction dicken Eiter. Resection der XI Rippe. In der Pleura keine Verwachsungen. Das Zwerchfell war aber so an die Brustwand angepresst, dass die äussere Luft nicht aspiriert werden konnte, und es entwickelte sich daher kein Pneumothorax.

Durch das Annähen der Pleurawundränder an das Zwerchfell wurde die Pleurahöhle isoliert. Schichtweise wurde das Zwerchfell durchgeschnitten. Die Milz war fest mit dem Zwerchfell verwachsen. In der Milz wurde ein Abscess eröffnet, der etwas chocoladenfarbigen Eiter enthielt. Die Wandungen der Abscesshöhle wurden von der necrotisierenden Pulpa gebildet. Aseptischer Tampon in die Abscesshöhle. Trockener aseptischer Verband.

Während der Nachbehandlung fieberte der Kranke noch sehr lange Zeit, und erst von der 9. Woche der Erkrankung fing die Temperatur an abzufallen. Von Seiten der Pleurahöhle waren keine Complicationen eingetreten.

Am Tage nach der Operation wurde der Tampon durch ein Drain ersetzt. Die Wunde füllte sich allmählich mit Granulationen. An beiden Enden der resecierten Rippe entwickelte sich eine Necrose.

Der Patient wurde am 193. Tage der Erkrankung mit einer Fistel aus dem Krankenhause entlassen.

Fall II.

S. S., 20 J., eingetreten am 11 XI 1906. Aus der Anamnese stellte es sich heraus, dass der Patient vom 6 X bis zum 8 XI in einem anderen städtischen Krankenhause wegen Abdominaltyphus behandelt wurde. Seitdem war er zu Hause. Am 8/XI verspürte er starke Schmerzen in der linken Seite und in der linken oberen Extremität.

Status praesens. Allgemeinzustand gut. Temperatur am Abend des Eintrittstages 38,0, am nächsten Morgen 37,3. Stark ausgeprägte Dämpfung der linken Brusthälfte von der VI Rippe längs der l. axillaris ant. und von der IX Rippe längs der l. scapularis herunter. An der Grenze der Dämpfung hellt sich der Percussionsschall beim tiefen Atmen etwas auf. In der Gegend der Dämpfung fehlt wie das Atemgeräusch so auch der Fremitus pectoralis. Die Milz ist unter dem Rippenrande palpabel und sehr schmerzhaft. Die Widalsche Reaction fiel positiv aus. Dr. A. Netschajew stellte die Diagnose eines Milzabscesses, und der Kranke wurde in die chirurgische Abteilung übergeführt.

13./XI. Operation (L. Stuckey) unter Localanästhesie mit Eucainum β und Morphium.

Die Probepunction im X Intercostalraum längs d. l. axillaris post. s. ergab dicken chocoladenfarbigen Eiter. Die Spritze wurde abgenommen, die Nadel aber zurückgelassen und ihre Oeffnung mit Gaze ausgefüllt. Resection der X. Rippe. Lockere Adhäsionen der Pleura costalis mit der Pleura diaphragmatica. Das Zwerchfell wurde an die Pleura costalis angenäht. Das Zwerchfell wurde durchgeschnitten, ein grosser Abscess eröffnet und eine grosse Menge chocoladenfarbigen Eiters entleert. Die untere Wand der Höhle bildete zerfallenes Milzgewebe, die obere, äussere und hintere Wand bildete das Zwerchfell. Die innere Wand konnte mit dem Finger nicht erreicht werden. In die Abscesshöhle wurde ein Drain und neben ihm aseptische Tampons eingeführt. Trockener aseptischer Verband.

Der Kranke machte eine ungestörte Reconvalescenz durch.

Die Temperatur war die ganze Zeit über normal. Am 45. Tage wurde das Drain entfernt und am 72. Tage war die Wunde verheilt.

Aus dem Eiter wurden auf Agar-agar und Bouillon Unterleibstyphusbacillen gezüchtet, die mit dem Blute dieses Kranken, so wie mit dem Blute eines anderen Unterleibstyphuskranken eine deutliche Agglutination ergaben.

Ich erlaube mir noch einen seltenen Fall von operativ behandeltem Milzinfarct nach Recurrens mitzuteilen.

In der Literatur konnte ich nur zwei Fälle von operativ behandelten Milzabscessen nach Recurrens finden. Der eine Fall (Parzewski) wurde durch wiederholte Aspirationen mit dem Potain'schen Apparat zur Ausheilung gebracht. Im zweiten Fall (Prof. G. Tiling) wurde der Abscess incidiert, jedoch starb der Kranke an einem Erysipel, das einige Tage nach der Operation hinzutrat.

Fall III.

P. S., 44 J., Hat zu Hause offenbar einen Anfall von Recurrens durchgemacht und ist am 11/V 1908 im Stadium der Apyrexie ins Krankenhaus eingetreten. Am 15/V bekam er wieder einen Anfall, der 8 Tage dauerte. Im Blut waren Spirochäten vorhanden. 26/V wurde eine Dämpfung der linken unteren Thoraxhälfte constatiert hinten von der Scapula, längs der Axillarlinie von der VI Rippe. Empfindlichkeit und Spannung der Bauchdecken unter dem linken Rippenrande. Die Milz war aber nicht palpabel. Die Temperatur war des Morgens normal, am Abend aber über 37,0. Vom 6—8/VI hatte der Kranke eine erhöhte Temperatur bis 39,5°. 11/V. wurde der Kranke auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen, kam jedoch nach drei Tagen wieder zurück.

Jetzt war eine deutliche Vorwölbung der linken unteren Thoraxhälfte und Schmerzhaftigkeit beim Druck vorhanden. Die Intercostalräume ausgeglichen. Oedem und Empfindlichkeit der Lumbalgegend. Deutliche Dämpfung von der VI.Rippe längs der Axillarlinie. Respiration und Fremitus über der Dämpfung abgeschwächt. Die Milz ist palpabel. Allgemeinzustand gut. Temperatur normal. Es wurde ein Milzabscess diagnosticiert. Der Kranke verweigert die Operation und sogar die Probepunction. So blieb er circa drei Wochen im Krankenhause, wobei sich sein objectiver Zustand verhältnismässig wenig veränderte.

Am 5 VII gab er seine Einwilligung zur Operation, die am selben Tage unter Localanästhesie mit 1% Eucainlösung von Dr. P. Ssidorenko ausgeführt wurde.

Die Probepunction im VIII Zwischenrippenraum ergab blutige Flüssigkeit mit Detritus. Resection der IX Rippe. Verwachsungen des Diaphragma mit der Brustpleura. Das Zwerchfell infiltriert. Schichtweise wurde das Zwerchfell durchschnitten, wobei eine grosse Quantität von hämorrhagischer Flüssigkeit mit Gewebsfetzen (Milzsequester) sich entleerte. Die grosse Höhle war teilweise von der Milz (unten), teilweise vom Zwerchfell (aussen und oben) gebildet. Die innere Grenze konnte nicht palpiert werden. Die Höhle wurde austamponiert und ein trockener aseptischer Verband angelegt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der bei der Operation erhaltenen Gewebsfetzen (Sequester) wurde nur ganz necrotisiertes Gewebe gefunden. Die hämorrhagische Flüssigkeit erwies sich als steril.

Am dritten Tage wurden die Tampons durch ein Drain ersetzt. Am 7. Tage nach der Operation stieg die Temperatur plötzlich bis 39,7, und es entwickelte sich eine linksseitige Pneumonie mit Bronchialatmen und Rasselgeräuschen. Nach 10 Tagen kam die Temperatur wieder zur Norm, tat jedoch noch zwei kleine Curven in die Höhe (vom 23. bis zum 27. Tage nach der Operation und vom 34. bis zum 37. Tage). Seitdem erholte sich der Patient allmählich. Die Höhle füllte sich mit Granulationen, und er wurde am 158. Tage nach der Operation mit einer kleinen Fistel nach Hause entlassen. Der Allgemeinzustand war ein recht guter.

Aus dem städtischen Obuchow-Krankenhaus in St. Petersburg.

Zur Casuistik der angeborenen Herzanomalien.

Von

Priv.-Doc. Alexis Sokoloff,

Prosector am städtischen Obuchow-Krankenhaus.

Seitdem die Untersuchungen von W. His uns über die Verhältnisse der Entwicklung des menschlichen Herzens aufgeklärt haben, ist es uns leicht geworden, fast alle am Herzen vorkommenden Missbildungen zu deuten. Es bleibt uns nichts mehr übrig, als nur über casuistische Fälle zu berichten. Daher entschloss ich mich, folgende Beobachtungen, die doch nicht alle Tage vorzukommen scheinen, mitzuteilen. Dieselben beziehen sich auf 2 Fälle von Defecten der Vorhofscheidewand und 2 Fälle von Anomalien im Septum ventriculorum

Fall I. E. D., 33. a. n., trat am 16. X. 1909 in das Obuchowsche Krankenhaus für Frauen ein, starb am 27. X. 1909 mit

der Diagnose: Pneumonia duplex. Endocarditis. Ductus Botalli apertus.

Ich erlaube mir, aus meinem Sectionsprotocoll (№ 539 vom 28. X. 1909) nur die wichtigsten Punkte hier anzuführen: Eine mittelgrosse weibliche Leiche von gracilem Bau und mittlerer Ernährung. Hautfarbe blass .... Im rechten pleuralen Sacke c. 2 Liter flüssigen und geronnenen Blutes; das Herz ist etwas nach oben und links verdrängt. Der Herzbeutel ist stark ausgedehnt. Im hinteren Mediastinum gleich über dem Zwerchfelle sieht man rund um die Aorta herum eine Verdickung, auf der rechten Seite stärker ausgesprochen, hier scheint durch die Pleura parietalis hindurch eine dunkelrote Stelle. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle werden im Zusammenhange herausgenommen, dabei bemerkt man, dass in der unteren Hälfte der Brusthöhle das Zellgewebe um die Aorta stärker an die Wirbelsäule adhäriert und infiltriert erscheint, besonders am Zwerchfelle, um die Bauchaorta aber ist das Gewebe eitrig durchtränkt und namentlich zu ihren beiden Seiten, sodass der Eiter beim Einschneiden herausquillt. Intima der Aorta im allgemeinen glatt und glänzend, ohne sclerotische Verdickungen. Ihr Durchmesser nirgends erweitert. 7 cm. über dem Diaphragma sieht man 2 Querrisse der Aortenwand. Diese Risse finden sich auf der hinteren Aortenwand in einem Abstande von 1 cm. von einander und dringen durch die ganze Dicke der Aortenwand hindurch. Das Zellgewebe, welches die Aorta am Orte ihrer Risse umgibt, ist von beiden Seiten und von hinten eitrig infiltriert, von der rechten Seite aber und von vorn ausserdem noch mit Blut durchtränkt, und hier ist eine mit geronnenem Blut gefüllte Höhle zu sehen, aus der ein Längsriss in die rechte Pleurahöhle führt. Die Adventitia und Media der Aorta sind ebenfalls eitrig infiltriert und gelockert. Die Schleimhaut des Oesophagus ist von dunkelroter Farbe, sonst ohne Veränderungen ....

Im Pericardium etwa 300 ccm. einer serösen Flüssigkeit. Das Herz ist bedeutend vergrössert, besonders die rechte Hälfte, sein Umfang (Circumferenz) beträgt 23,6 cm., seine Länge 13,0 cm., wobei die der Kammern 9,0 cm., seine Breite 9,5 cm. Das epicardiale Fett ist gut entwickelt. Die Herzspitze ist abgerundet und hauptsächlich von der rechten Kammer gebildet. Die Muskulatur ist schlaff, von bräunlichgelber Farbe. Endocard und Klappen ohne Veränderungen. Der Umfang der Aorta über den Klappen 5,1 cm., der Arteria pulmon. 7,5 cm. Die Dicke der rechten Kammerwand 0,5 bis 0,7 c. m., die der linken — 0,9 bis 1,3 cm. Der Ductus Botalli ist obliteriert. In der Vorhofscheidewand, näher zur hinteren und oberen Wand des rechten Vorhofs, findet man eine ovale Oeffnung, deren Durchmesser 2,6 und 3,9 cm. betragen. Die Ränder dieser Oeffnung sind glatt, von der hinteren Seite und zum Teil von oben und unten sind sie scharf, von vorn abgerundet. Vom unteren Rande der Oeffnung bis zur Ansatzstelle der Tricuspidalis ist die Scheidewand 1,6 c. m. hoch. Die musculi pectinati des rechten Vorhofs sind sehr stark entwickelt.

Die Milz bedeutend vergrössert, Pulpa sehr weich, von blass-roter Farbe, am oberen und unteren Pol finden sich zwei keilförmige Infarcte, in deren Bereich das Gewebe zerfliesslich und gelblich erscheint. ...

In der linken Niere ein umfangreicher Infarct mit unregelmässigen Conturen, mit einem roten Streifen umgrenzt. Im Bereiche dieses Infarcts ist das Gewebe von graugelber Farbe mit einem blassroten Tone. ...

Der Uterus kaum vergrössert, seine Wand von normaler Dicke, die Höhle etwas erweitert, die Schleimhaut mit eitrigem Schleime bedeckt. Auf der hinteren Wand ist die Schleimhaut uneben. Auf dem Durchschnitte ist die Schleimhaut und die inneren Schichten der Muskulatur mit kleinen Eiterhöhlen durchsetzt, die einen dickflüssigen Eiter enthalten. Auf der hinteren Wand der Cervix findet sich ein Ulcus mit wallartigen Rändern.

Diagnosis anatomica: Hydropericardium. Dilatatio et hypertrophia cordis. Degeneratio adiposa myocardii. Foramen ovale apertum. Emphysema et oedema pulmonum. Cicatrix et tuberculum caseosum apicis pulmonis dextri. Hyperplasia acuta et infarctus c. suppuratione lienis. Infiltratio adiposa hepatis. Infarctus anaemicus c. supporat. renis sinistri. Endometritis et metritis acuta purulenta puerperalis. Ulcus partis inferioris cervicis uteri. Infiltratio purulenta strati cellularis circum aortam abdominalem et thoracicam c. usura aortae thor. et c. ruptura ejus in cavum pleurae dextrae et haemorrhagia profusa. Anaemia universalis. Septicopyaemia.

Fall II. E. F., 19 a. n., trat am 3. XII. 1909 in das Obuchowsche Krankenhaus für Frauen ein und starb am 7. II. 1910 mit der Diagnose: Endocarditis chronica et acuta. Pneumonia catarrhalis. Pleuritis sinistra. Nephritis. Uraemia.

Auszug aus meinem Sectionsprotocoll (№ 78 vom 8. II. 1910): eine blasse, gracil gebaute weibliche Leiche. Beide Lungen frei. Im Piricardium circa 250 ccm. klarer seröser Flüssigkeit. Die Lungen mit Zeichen brauner Induration, das Gewebe etwas durchfeuchtet, graubräunlich, von vermehrter Consistenz, überall lufthaltig mit Ausnahme einer kleinen Narbe in der linken Lungenspitze und einer Stelle im linken unteren Lappen, wo das Gewebe in einer Ausdehnung von einem Taubenei mit keilförmiger Gestalt rötlichgrau erscheint und mit einem gelben Saume umgrenzt ist. An der Spitze des Keils sieht man eine kleine verstopfte Arterie. Die Milz stark vergrössert, die Pulpa blass-rosa, von vermehrter Consistenz, im oberen Pole eine tief ins Gewebe eindringende Narbe. Die Nieren stark vergrössert; Kapsel leicht abziehbar; Oberfläche glatt, grauweiss und rot gefleckt, mit deutlichen venae stellatae. Nierenrinde und columnae Bertini verbreitert, von derselben Farbe wie die Oberfläche.

Das Herz ist stark vergrössert, sein Umfang 29,0 cm., Breite 12,0, Dicke 9,0 cm. Das epicardiale Fett ist mässig entwickelt. Besonders sind die beiden Vorhöfe und die rechte Kammer vergrössert. Die Herzspitze ist abgerundet, und ihren grössten Teil bildet die rechte Kammer. Bei der Section des rechten Herzens fällt in die Augen eine grosse Oeffnung in der Vorhofscheidewand von fast runder Form. Ihre Durchmesser — 3,7 und 3,5 cm. Diese Oeffnung nimmt fast das ganze Septum ein, sodass von demselben nur eine kleine sichelförmige Platte oben und hinten zu sehen ist. Dieser Rest des Septums, am oberen Ende sehr verdünnt, hat hier eine 2 mm. messende kreisförmige Oeffnung. Die Musculi pectinati des rechten Vorhofs sind stark ausgebildet, ebenfalls gut entwickelt ist ein Muskelbündel, das die grosse Oeffnung von hinten und oben umfasst. Die Ränder dieser Oeffnung sind glatt, so wie auch das ganze Endocard des rechten Atriums. Die Muskulatur der rechten Kammer ist 0,3 bis 0,7 cm. dick, die trabeculae carneae sind sehr stark. Die Kammer ist erweitert. Die Zipfel der Tricuspidalis sind bedeutend vergrössert, ihre Ränder mit Ausnahme des vorderen Zipfels sind bindegewebig verdickt, der hintere ausserdem auch in der ganzen Ausdehnung. Zwischen den Ansatzstellen des hinteren und des vorderen Segels ist eine 4 cm. grosse freie Stelle, wo die Basis der Segel fehlt. Im hinteren Teile dieser Strecke gehen hierher die chordae tendineae von dem zugekehrten Rande des hinteren Segels, im vorderen Teile aber liegt die Basis der Cuspis anterior der Mitralis, welche vom Rande des Defects im Septum entspringt. Die Arteria pulm. über den Klappen hat einen Umfang von 6,4 cm., ihre Intima ist glatt und glänzend. Die Dicke der Muskulatur der linken Kammer ist 0,5 bis 1,0 cm. Das Endocard der hinteren Wand des linken Vorhofs ist durch streifenförmige fibröse Verdickungen uneben. Die Segel der Mitralis sind ebenfalls verdickt und namentlich auf ihrer zum Vorhof zugekehrten Fläche. Statt der zwei Segel der Mitralis haben wir deren drei und ausserdem noch ein ziemlich grosses Hilfssegel. Es erscheint die hintere Cuspis, als ob sie geteilt wäre. Von den verdickten, einander zugekehrten Rändern beider Zipfel gehen keine chordae tendineae ab. Die oberen Flächen der Segel sind gekörnt und mit grauroten Fibrinauflagerungen bedeckt. Auf der Cuspis posterior ist eine solche zum Teil organisiert, von der Grösse einer kleinen Wallnuss, von grauroter Farbe. Von dem linken Rande der rechten Semilunarklappe der Aorta an geht das muskuläre Septum in grader Richtung zur Herzspitze hin, um, nach 4 cm. bogenförmig nach links abschwenkend, den unteren Rand des Defects in der Vorhofscheidewand zu bilden. Vom oberen Rande der Kammerscheidewand, gleich unter der rechten Semilunarklappe entspringt das vordere Segel der Mitralis. Vom Rande der Oeffnung im Septum atriorum bis zur Herzspitze ist die Entfernung 5,1 cm., von der Ansatzlinie der Semilunarklappen der Aorta — 8,5 cm. Die Aorta über den Klappen hat einen Umfang von 4,3 cm.

Diagnosis anatomica: Hydropericardium. Dilatatio cordis et hypertrophia ventriculi dextri cordis. Defectus congenitus septi atriorum. Endocarditis chronica et acuta verrucosa valvulae mitralis cum insufficientia. Induratio fusca et oedema pulmonum. Infarctus inveteratus lobi inferioris pulmonis sinistri. Cicatrix parvae dimensionis apicis pulmonis sinistri. Hyperplasia chronica et cicatrix post infarctum lienis. Infiltratio adiposa hepatis. Nephritis chronica parenchymatosa. Dilatatio et catarrhus ventriculi. Entero-colitis chronica. Anaemia universalis.

Fall III. E. R., 21 a. n., trat am 23. X. 1909 in das Obuchowsche Krankenhaus für Frauen ein, starb am 25. X. 1909 mit der Diagnose: Vitium cordis.

Auszug aus dem Sectionsprotocoll № 534 vom 26. X. 1909. Das Herz ist sehr stark vergrössert, namentlich der linke Ventrikel, welcher allein die Herzspitze bildet. Der Umfang des Herzens ist 36,8 cm., die Länge 17,5. Breite 12,0. Dicke 9,0 cm. Das epicardiale Fett ist mässig entwickelt. Das Epicard überall glatt und glänzend ausser über der Arteria pulmonal., wo es getrübt und verdickt erscheint, stellenweise mit einer dünnen fibrinösen Membran bedeckt, stellen-

weise von dunkelroter Farbe infolge von starker Injection der Gefässe. Die Klappen der Arteria pulmon. und der Aorta lassen das Wasser durch. Beide venöse Ostien sind kaum erweitert. Die Wand der rechten Kammer ist 0,3 bis 0,8 cm. dick, die Muskulatur ist getrübt, von gelber Farbe. Die Tricuspidalis ohne Veränderungen. Die Semilunarklappen der Arteria pulmon. sind verdickt, die vordere und die linke Klappe sind geschrumpft. Längs dem verdickten Rande der linken Klappe sitzt eine grosse Anzahl von papillomatösen und warzigen Excrescenzen. Die vordere Klappe ist fast durchweg verdickt und mit warzigen Auswüchsen bedeckt, welche auf die vordere Hälfte der Arterienwand übergreifen. Hier ist die Arteria pulmon. 8,7 cm. im Umfange. Ihre Wand ist diffus verdickt, auf der Intima finden sich einige polypöse Excrescenzen. Der linke Vorhof ist erweitert, sein Epicard ist streifig verdickt, namentlich auf der vorderen und oberen Wand, wo diese Streifen knochenhart erscheinen, besonders an der Einmündungsstelle der rechten Pulmonalvenen. Beide Segel der Mitralis sind dünn, das vordere ist am Rande von der Vorhoffläche mit wenigen Wärzchen bedeckt, das hintere — etwas mehr. Die Semilunarklappen der Aorta sind fast in ihrer ganzen Ausdehnung von polypösen und papillomatösen Excrescenzen eingenommen, über die sich Fibrinauflagerungen abgesetzt haben. Diese Wucherungen gehen zum Teil auch auf das Endocard der Kammer und auf die ventriculare Fläche des vorderen Mitralsegels über an einer umschriebenen Stelle von 5 mm. im Durchmesser. Die hintere und die linke Semilunarklappe sind an ihren einander zugekehrten Anheftungsrändern von der Aortenwand abgerissen. Die Muskulatur der linken Kammer ist deutlich getiegert, 0,7 bis 1,6 cm. dick. Im Septum ventriculorum, im hinteren Teile an der hinteren Wand der Kammer findet sich eine kegelförmige Tasche, wobei die Basis nach oben und die Spitze nach unten zur Herzspitze zugekehrt sind. Der obere Rand des Einganges zu dieser Tasche liegt 2 cm. unter der Ansatzlinie der Semilunarklappen der Aorta, der untere Rand — 5 cm. Der Durchmesser der Höhle ist von vorn nach hinten 3,0 cm. und von rechts nach links, d. h. von der einen Wand des Septums zur anderen 2,2 cm. Die Wände dieser Tasche sind von der Muskulatur des Septums gebildet, nur oben an einer kleinen umschriebenen Stelle ist diese Tasche von der rechten Kammer durch eine kleine fibröse Platte geschieden, die etwas durchschimmert. In das Innere der Tasche ragen die Trabeculae carneae hinein, welche sie von allen Seiten umgeben. Die Tasche ist 5,8 cm. tief, an ihrer Spitze findet sich eine Oeffnung, welche wieder in die linke Kammer führt, diese Oeffnung ist kreisrund, von 0,6 cm. im Durchmesser. Ausserdem finden sich in der Wand dieser Tasche noch einige kleine spaltförmige Lücken, welche zwischen den Trabeculae carneae liegen und aus der linken Kammer ins Innere der Tasche führen. Von Seiten der rechten Kammer sind solche Spalten nicht vorhanden.

Da in diesem Falle ausser dem Befunde am Herzen in anderen Organen nichts besonders Interessantes zu finden war, führe ich nur die anatomische Diagnose an:

Diagnosis anatomica: Hydropericardium. Dilatatio et hypertrophia cordis gradus maximi. Degeneratio adiposa myocardii. Endocarditis ulcerosa et verrucosa acuta v. v. aortae et arteriae pulmonalis. Induratio fusca, oedema et hyperaemia pulmonum. Hypostasis partis inferioris lobi inferioris pulmonis dextri. Induratio cyanotica, cicatrix et infarctus anaemicus lienis. Nephritis chronica diffusa. Ascites. Anaemia cerebri. Hydrocephalus internus chronicus gradus parvi.

Fall IV. A. F., 72 a. n., trat am 3. XI. 1909 in das Obuchowsche Krankenhaus für Frauen ein, starb am 4. XI. 1909 mit der Diagnose: Vitium cordis.

Auszug aus dem Sectionsprotocoll № 554 vom 5. XI. 1909. Das Herz ist bedeutend vergrössert, fast in der ganzen Ausdehnung von einer ziemlich dicken Fettschicht bedeckt, stellenweise und namentlich an der rechten Kammer wächst das Fett zwischen die Muskelbündel hinein. Der Umfang des Herzens ist 30,9 cm.; seine Länge 14,5. Die linke Kammerwand ist 0,7 bis 1,2 cm. dick, die Muskulatur ist von gelblichbrauner Farbe mit deutlicher Entwickelung von fibrösem Gewebe zwischen den Muskelbündeln; besonders ist es stark entwickelt in der rechten Kammer, wo die Muskelfasern gelb erscheinen. Hier ist die Muskulatur 0,15 bis 0,3 cm. dick. Die Herzhöhlen sind erweitert, besonders die rechte Kammer. Der freie Rand der Mitralis ist etwas fibrös verdickt, im Uebrigen sind die Klappen ohne Veränderungen. In der Kammerscheidewand sieht man im linken Ventrikel eine Vertiefung — eine Nische, — die nahe der vorderen Wand der Kammer liegt. Dieser Stelle entsprechend bemerkt man in der rechten Kammer eine Vorwölbung. Der fast runde Eingang zu dieser Nische misst 3,2 und 3,5 cm. im Durchmesser, sein oberer Rand liegt 1,6 cm. unterhalb der Ansatzstelle der rechten Semilunarklappe der Aorta. Die Tiefe der Nische ist 3,3 cm. und hat eine Richtung etwas nach oben. Wie in der Vertiefung selbst, so auch unten, rund um den Eingang zu derselben ist das Endocard bindegewebig verdickt. An den Wänden der Vertiefung sieht man die hineinragenden Trabeculae carneae, nur in den oberen Partien sind dieselben etwas abgeflacht. Am Apex dieser Nische finden sich einige spaltförmige Lücken, die in die rechte Kammer führen und zwischen den Trabekeln liegen. Die Wände der Coronararterien sind etwas verdickt.

Auch in diesem Falle war an den übrigen Organen nichts Besonderes zu finden, und ich führe der Kürze halber nur die anatomische Diagnose an: Dilatatio et adipositas cordis. Degeneratio adiposa myocardii. Myocarditis chronica fibrosa. Septum ventriculorum cum aperturis congenitis. Dilatatio et sclerosis aortae. Pleuritis adhaesiva chronica sinistra partialis. Hyperaemia et oedema pulmonum. Atrophia lienis. Hyperaemia hepatis. Nephritis interstitialis chronica arteriosclerotica cum cystis. Enteritis acuta follicularis.

In den beiden ersten Fällen haben wir also ausser den Defecten im Septum der Vorhöfe noch eine gekreuzte Embolie. Es ist ganz klar, dass wir im ersten Falle ein weit offenes Foramen ovale vor uns haben und dass ich zur Begründung dieser Annahme nichts weiter anzuführen brauche als nur den Hinweis auf ein vollständiges Fehlen von irgendwelchen Zeichen der bestehenden oder früher bestandenen ulcerösen Endocarditis. Im zweiten Falle ist es schon etwas schwerer, diesen Beweis zu erbringen, da wir eine acute Endocarditis vor uns haben und auch Zeichen einer vor langer Zeit abgelaufenen. Es ist aber auch in diesem Falle nicht schwer, die congenitale Entstehung des Defects in der Vorhofscheidewand zu beweisen. Dafür spricht schon die Grösse des Defectes selbst und, was noch viel wichtiger ist, die anormale Lage der Tricuspidalklappe, bei welcher zwischen der Basis des hinteren und des vorderen Segels eine 4 cm. lange Strecke des Ostium atrio-venticulare frei liegt, und dann endlich — die Anheftungsstelle der Chordae tendineae des hinteren Tricuspidalsegels vom Rande des Defects der Vorhofscheidewand. Das Endocard, welches die Ränder dieser Oeffnung bedeckt, ist nirgends verdickt, was auf eine stattgehabte Entzündung hingewiesen hätte.

Dass wir in den beiden ersten Fällen eine gekreuzte Embolie vor uns haben, kann man aus folgendem ersehen: im ersten Falle haben wir gar keine Entzündungserscheinungen am Herzen selbst, wir haben zwar zwei Risse in der Aorta, aber diese sind durch eine Usur der Wand von aussen entstanden, und wir haben gar keine Veränderungen an der Intima der Aorta, keine Ablagerungen von Fibrin. Nachdem aber die Risse entstanden waren, konnte wohl nichts in das Innere der Aorta gelangen, da der Blutstrom, der durch die Risse nach aussen sich stürzte, zu stark war, um etwas von aussen gegen den Strom ins Innere hineinzulassen, auch sind die Veränderungen an den Infarcten in der Milz und der linken Niere von der Art, dass man ihre Entstehung nicht in einer so kurzen Zeit, wie die, welche seit dem Risse der Aorta und dem Tode verflossen ist, erklären könnte. Die Entzündungserreger kamen mit dem Lymphstrome in den rechten Vorhof und von da aus durch die grosse Oeffnung des Foramen ovale in den grossen Kreislauf und zwar in die Milz und in die linke Niere, wo sie die inficierten zerfallenden Infarcte hervorriefen.

Im zweiten Falle ist die gekreuzte Embolie viel leichter zu verstehen. Hier haben wir eine Endocarditis der Mitralis, die Klappen des rechten Herzens sind aber frei von jeder Entzündung. Als Folgen einer directen Embolie sehen wir eine Narbe in der Milz. Der Infarct in der linken Lunge ist entstanden durch Verschleppung eines Embolus von der entzündeten Mitralis durch den Defect im Septum der Vorhöfe in den kleinen Kreislauf.

Ich will hier noch auf den auffallend kleinen Umfang der Aorta in diesen beiden Fällen hinweisen. Derselbe ist nur 5,1 und 4,3 cm. und ist um 2,4 resp. 2,1 cm. geringer als der der Arteria pulmonalis.

Die beiden letzten Fälle sind als Anomalien in der Bildung des Septums der Kammern zu betrachten.

Im dritten Falle haben sich die Schichten der Muskulatur der Kammerscheidewand geteilt und, eine Lücke frei lassend, bildeten sie die beschriebene Tasche im Septum. Dass es nur eine congenitale Anomalie sein kann, benötigt keines weiteren Beweises Wenn diese Tasche nur einen Eingang und keine weiteren Communicationen mit der linken Kammer hätte, könnte man von einer Teilung der Kammer, von einem ventriculus bipartitus sprechen. Jetzt aber ist das wohl kaum statthaft, und man kann nur von einer Teilung des Septums reden.

Endlich im vierten Falle haben wir eine Vertiefung in der Kammerscheidewand von der linken Seite. Diese Vertiefung könnte durch eine im embryonalen Leben schwächere Anlage der Scheidewand an dieser Stelle mit einer nachträglichen Ausbuchtung nach der rechten Kammer hin entstanden sein. Für diese Annahme spricht auch der Umstand, dass an dieser Stelle zwischen den einzelnen Trabekeln der Muskulatur Lücken vorhanden sind, welche beide Kammerhöhlen verbinden.

In allen diesen Fällen haben wir also congenitale Anomalien in der Bildung der Septa bei vier erwachsenen Frauen. In den beiden letzten Fällen sind die Anomalien der Kammerscheidewand solcher Art, dass sie für das Leben und für die Function des Herzens von gar keiner Bedeutung waren und nur ein entwickelungsgeschichtliches Interesse haben können, und zwar besonders der dritte Fall. Die beiden ersten Fälle dagegen haben auch eine klinische Bedeutung. —

Zur Pathologie und Therapie des Pemphigus vulgaris.

Von

Prof. O. v. Petersen.

Unter den mannigfaltigen Hautkrankheiten bietet wohl keine einzige dem Dermatologen so grosse Schwierigkeiten bei der Behandlung, wie der Pemphigus, namentlich die unter dem Namen des Pemphigus foliaceus bekannte Form, die zu dem Schrecklichsten gehört, was der Dermatolog zu sehen bekommt.

Abgesehen von dem P. syphiliticus und P. leprosus, stehen wir ja völlig vor einem Rätsel, wodurch der Pemphigus hervorgerufen wird. Alle Bemühungen, einen Mikroorganismus als Ursache aufzufinden, sind völlig erfolglos geblieben, der klare Inhalt der Blasen ist vollkommen steril, es liegt somit keinerlei Recht vor, den Pemphigus zu den Infectionskrankheiten zu rechnen, folglich von einer antibakteriellen Therapie etwas zu erwarten.

Allgemein hat sich dabei die Anschauung festgesetzt, dass wir es mit einer Krankheit nervösen Ursprunges zu tun haben, doch damit ist noch wenig erreicht. Als ich im vergangenen Jahre in dem Deutschen ärztlichen Verein einige Patientinnen mit Pemphigus demonstrierte, machte Dr. K e r n i g sehr richtig darauf aufmerksam, dass bisher in keiner Weise klargelegt worden, wodurch denn die Erkrankung des Nervensystems bewirkt wird, die derartige Hautveränderungen hervorruft. K e r n i g teilte bei dieser Gelegenheit eine interessante Beobachtung von Auftreten pemphigusartiger Blasen nach Abdominaltyphus mit. Diese Tatsache ist um so wertvoller, als bisher, soweit mir die Literatur zugänglich, auf das Entstehen von Pemphigus nach acuten Infectionskrankheiten nicht Acht gegeben worden, jedenfalls gehört dies zu den grössten Seltenheiten.

Für den Zusammenhang des Pemphigus mit Veränderungen des Centralnervensystems sprechen vielfache Beobachtungen, doch andererseits sind Pemphigusfälle zur Section gekommen, bei denen sich keinerlei Veränderungen des Centralnervensystems nachweisen liessen. Ich selbst habe 5 Sectionen von Pemphigus gemacht, bei denen sich ausser allgemeiner Abmagerung und Erschöpfung der Organe keinerlei pathologische Veränderungen vorfanden.

Nach meinen eigenen Beobachtungen, die sich auf 12 Fälle der Klinik und 6 Fälle der Privatpraxis beziehen, möchte ich auf 2 Symptome aufmerksam machen, die wohl auf Veränderungen des Centralnervensystems hinweisen. Erstens die eigentümlichen Veränderungen des temperaturregulierenden Centrums. Fast alle Pemphigusfälle verliefen mit monatelangen, ja, nach den in der Klinik vorgenommenen Messungen selbst 2—2½ Jahre dauernden Temperaturerhöhungen von 37,8—39,0, ohne dass die Patienten über sonstige Fiebererscheinungen klagten und sogar nicht unbeträchtlich an Gewicht zunahmen. Die bei 2 Patientinnen vorgenommenen Harnanalysen ergaben dabei eine deutliche Herabsetzung des Stoffwechsels. Eine Abhängigkeit der Temperatursteigerungen von neuen Eruptionen habe ich nicht constatieren können, obgleich einige Autoren, z. B. S p i e g l e r*) darauf hinweisen. Nur das kann ich sagen, dass die Temperatur wieder normal wird, wenn der Process zur Genesung geht. Es handelt sich nicht um Eruptionsfieber, sondern um Alteration des temperaturregulierenden Centrums.

Zweitens spricht für Veränderungen im Centralnervensystem das häufige Auftreten von Zucker im Harn, meist in geringer und oft wechselnder Quantität. Desgleichen findet man oft Indican in grösseren Mengen.

Das Anfangsstadium des Pemphigus bietet, soviel ich beobachten konnte, oft das Bild eines Erythema exsudativum. Besonders sind mir 2 Fälle im Gedächtnis geblieben, wo die Patientinnen unter den ausgesprochenen Erscheinungen von Erythema exsudativum in die Klinik eintraten in der 2. resp. 3. Woche der Erkrankung, allmählich wurden bei den neuen Eruptionen die erythematösen Erscheinungen immer schwächer, und es traten reine Pemphigusblasen auf. Der eine Fall blieb dann 2½ Jahre unter Beobachtung, bis er an Erschöpfung zu Grunde ging. Der andere Fall endete nach 1½ Jahren mit Genesung. Weder von Seiten des Verdauungsapparates noch von Seiten der übrigen Organe waren irgend welche Veränderungen zu constatieren.

Da uns nun die Aetiologie ganz unbekannt ist, sind wir auf eine rein symptomatische Behandlung angewiesen, doch auch da muss sehr individualisiert werden, denn ich kann nur durchaus den Ausspruch F e r d i n a n d v o n H e b r a s und K a p o s i s bestätigen, dass jeder Fall von Pemphigus in der einen oder anderen Beziehung Eigentümlichkeiten in seinem Verlauf zeigt, die jeden Fall zu einem Original stempeln, wobei jedoch im Ganzen die 3 Formen, P. vulgaris, P. foliaceus und P. pruriginosus deutlich

*) Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Prof. M r a ç e k. Bd. II. pag. 2. Wien. 1902.

zu differenzieren sind. Was den P. pruriginosus betrifft, so ist die Prognose gewöhnlich eine gute.

Im Kalinkinhospital hatte ich Gelegenheit, durch Jahre einen Fall zu beobachten Es handelte sich um eine Tagelöhnerin, die seit 20 Jahren eine Reihe von Anfällen von P. pruriginosus überstanden, die jedes Mal auftraten, wenn sie sich dem Alcoholismus ergab. Dann trat sie ins Hospital ein, wo in einigen Monaten die Erscheinungen abklangen. Sobald sie aber wieder grössere Mengen von Alcohol zu consumieren anfing, trat auch das Recidiv ein.

Einen richtigen P. vegetans haben wir nicht beobachtet, wohl aber 4 Fälle von P. foliaceus, die alle elend zu Grunde gingen, 3 in relativ kurzer Zeit, der 4. hielt sich dank der eingeschlagenen Therapie $3^1/_2$ Jahre, die Blasenbildung hatte fast ganz aufgehört, doch ging die Pat., ein junges Mädchen von 19 Jahren, an Marasmus zu Grunde.

Alter, Stand und Beschäftigung haben keinen Einfluss auf das Auftreten des Pemphigus. Das Alter meiner Patienten schwankte von 12 bis 71 Jahren, doch muss man sagen, dass höheres Alter die Prognose deutlich verschlimmerte.

Zu erwähnen wäre, dass von meinen männlichen Kranken kein einziger genesen, doch ist dieses vielleicht dadurch zu erklären, dass ich sie nicht in der Klinik, nach der weiter unten beschriebenen Methode behandeln konnte.

Was nun die Behandlung anbetrifft, so ist natürlich von jeher alles Mögliche versucht worden. Kaposi, der über 400 Fälle persönlich beobachtet hat, sagt 1899 in der 5. Auflage seines Handbuches, es gelte noch heute das Urteil Joseph Franks, der 1843 den Satz citiert: „Die beste Behandlungsweise des Pemphigus besteht im Nichtstun, es soll der Heilkünstler nicht sowohl Heilmittel geben, sondern bloss ein zweckmässiges Verhalten anordnen und alles von dem Kranken abzuhalten suchen, was ihm Nachteil bringen könnte".

Diese Worte bezeugen, dass wir von einer internen Behandlung nichts zu erwarten haben, auch die beliebte Verordnung von Arsen, wie gegen alle möglichen Hautkrankheiten, lässt hier im Stich. Nur in einem Falle habe ich von einer systematischen Secalecornutum-Therapie—durch Wochen fortgesetzt—erreicht, dass fast keine neuen Blasen mehr auftraten, in anderen Fällen liess mich jedoch diese Behandlung ganz im Stich. Das „Nichtstun" bezieht sich natürlich nur auf die interne Therapie, local können wir jedoch recht viel tun und müssen es auch, so schwierig es zuweilen ist, wenn man die fürchterliche Lage des Kranken berücksichtigt.

In den meisten Handbüchern wird nun das permanente Wasserbad Hebras empfohlen und wenn das nicht vorhanden, so häufige warme Bäder.

Das permanente Bad Hebras lernte ich schon 1874 in dessen Klinik kennen und habe es dann noch anwenden sehen im Marien-Hospital 1876. Seither ist es wohl fast überall nicht mehr in Anwendung und wohl aus ganz begreiflichen Gründen, seit das Princip der Antiseptik Allgemeingut geworden, denn von einer antiseptischen Behandlung kann dabei nicht die Rede sein. Es steht mir noch lebhaft das Bild in Erinnerung, wie ich die arme Patientin mit ihrer vielfach von der Epidermis entblössten Haut im Bade gesehen, dessen Wasser trübe und nichts weniger als geeignet war, Wundflächen zu umspülen. Ich kann auch nicht sagen, dass ich irgend welche Erfolge gesehen, so dass es sich wohl eher um einen Act der Pietät handelt, wenn Spiegler in seiner schon erwähnten Arbeit über Pemphigus noch das Hebrasche Wasserbad empfiehlt. Es lässt sich eben mit dem Princip der Antiseptik nicht mehr vereinigen, abgesehen davon, dass die ganze Handhabung für den Pat., sowie für das Personal der Klinik grosse Schwierigkeiten bietet und in der Privatpraxis nicht verwendbar ist. Da wir es beim Pemphigus mit einer grossen Anzahl von oberflächlichen Wundflächen zu tun haben, sobald die Blasen geplatzt oder aufgeschnitten, so muss vor allem für eine möglichst glatte und schnelle Regeneration der Epidermis gesorgt werden.

Aus diesem Grunde habe ich in allen in der Klinik zur Behandlung gelangten Fällen folgendes Verfahren angewandt: täglich werden alle Blasen und Bläschen aufgeschnitten und abgetragen, sodass keine Taschen nachbleiben und dann ein Verband mit 5% Xeroformpaste (Vaselin. flav. americanic. und Talc. venet. $\overline{aa}$ + 5% Xeroform) angelegt. Dazwischen wurde statt derselben auch eine 5% Borsäure-Paste angewandt.

Es ist natürlich eine grosse Arbeit für das Pflegepersonal, denn oft müssen die Patienten von oben bis unten in den Verband eingehüllt werden, aber der Erfolg bietet reichen Lohn.

Wenn Spiegler (l. c. pag. 36) angibt, dass es zweckmässig sei, die vorhandenen Blasen nicht abzutragen, sondern lediglich anzustechen, da die Blasendecke für das in Regeneration begriffene Rete eine gute Schutzdecke bildet, so kann ich dem nicht beistimmen, es hat sich stets am zweckmässigsten für die schnelle Heilung erwiesen, wenn die Blasenhülle ganz weggenommen wurde, denn gerade von diesen Taschen aus sickert zuweilen das Serum weiter unter dem Stratum corneum und hebt es weiter ab. Mit dieser Behandlungsmethode ist es mir gelungen, 3 Fälle zu völliger Heilung zu bringen, freilich muss sie viele Monate hindurch systematisch durchgeführt werden, und daher ist sie in der Privatpraxis schwer anzuwenden. Es dürfte wohl am geeignetsten sein, alle Fälle von Pemphigus nur in Kliniken resp. Hospitälern zu behandeln, da in Privatwohnungen diese Methode wohl nur selten durchzuführen ist, bei Beobachtung strengster Antiseptik.

Zum Schluss möchte ich die 3 geheilten Fälle kurz anführen:

1) Eine 47-jährige Jüdin tritt in die Klinik in desolatem Zustande, fast der ganze Körper mit Blasen und oberflächlichen Wundflächen bedeckt. Starke Abmagerung. Temp. schwankt zwischen 37,8 38,7. Nach 3 Tagen verlangt sie nach Hause entlassen zu werden, um dort zu sterben. Nach 1 Woche wird sie mir wieder auf einer Tragbahre zugebracht, da sie so schwach, dass sie nicht mehr gehen kann. Nachdem der entsprechende Verband im Verlaufe von 2 Wochen täglich erneuert, beginnt Pat. sich zu erholen, die Blasen treten in geringerer Menge auf und werden kleiner, nach 2 Monaten beginnt Pat. an Körpergewicht zuzunehmen. Die Blasen treten seltener auf, und so klingt das Bild allmählich ab. Nach c. 6 Monaten ist die Temperatur zur Norm zurückgekehrt, und Pat. bringt den grössten Teil des Tages auf den Füssen zu. Nach 16 Monaten geheilt und kräftig entlassen. 3 Jahre darauf sah ich sie wieder, es war kein Recidiv aufgetreten.

2) 53 jährige Frau. Wird im April 1909 auf einer Tragbahre in die Klinik gebracht. Sie ist fast ganz von Wundflächen und Blasen bedeckt, namentlich die ganze Genitalregion. Temp. 38,2—39,7. Verbandbehandlung. Jeder Verband nimmt über 1 Stunde Zeit. Allmählich Besserung. Nach 3 Monaten werden die Blasen seltener und immer kleiner. Pat. nimmt an Gewicht zu und beginnt aufzustehen. Die Besserung schreitet langsam fort, und seit dem Jannuar 1910 kommen Blasenbildungen nur 1—2 mal wöchentlich vor, das Gewicht hat um 6 Kilo zugenommen. Im Frühling nur noch selten ganz kleine, vereinzelte Bläschen. Pat. sieht frisch und wohl aus und wird, nachdem 6 Wochen lang keine Bläschen mehr aufgetreten, entlassen.

3) 12 jähriges Mädchen. Seit 9 Tagen haben sich grosse Blasen an Ohren, Hals, Brust, Rücken und Extremitäten gebildet, stellenweise von Erythem umgeben, meist aber typische, mit klarem Inhalt versehene Blasen ohne jegliche

Rötung herum. Auch an der Schleimhaut der Mundhöhle einzelne Blasen. Temp. 38—39°. Verbandbehandlung. Allmähliche Besserung im Verlauf von einigen Monaten und nach 6 Monaten gesund entlassen.

In den übrigen 9 Fällen gelang es mir stets, eine Besserung zu erzielen und die Kranken 2—3 Jahre in diesem Zustande zu erhalten. 2 Patientinnen befinden sich noch gegenwärtig in der Klinik, davon die Eine, welche seit 2 Monaten Secale erhält und die Andere, welche mit ausgesprochenen Erscheinungen von Pemphigus foliaceus vor 17 Monaten in die Klinik kam, der jedoch auf die obere Hälfte des Körpers beschränkt bleibt und sehr langsam verläuft. Pat. fühlt sich wohl, doch nimmt das Körpergewicht nicht zu. Beide Patientinnen sind aber so weit fix, dass sie täglich im Garten promenieren.

Von einer der verstorbenen Pat. mit Pemphigus foliaceus muss noch erwähnt werden, dass sie monatelang so weit war, dass sich nur selten noch 1—2 Blasen zeigten, dafür die Epidermis aber in stetiger Abschuppung begriffen war, bis dann wieder zahlreiche Blasen auftraten, 2 mal auch im Oesophagus (nach ausgesprochenem Schmerz an einer Stelle in der Mitte des Oesophagus und Nausea mit blutigem Schleim ohne Erbrechen), bis sie marantisch zu Grunde ging.

Trotz der relativ guten Resultate bleibt der Pemphigus immer noch eine der unheimlichsten Hautkrankheiten, doch darf die Prognose nicht so absolut schlecht gestellt werden, wie das zuweilen geschieht und die Kranken zur Verzweiflung bringt.

Aus der urologischen Abteilung des städtischen Obuchow-Krankenhauses in St. Petersburg.

Ueber die zweizeitige Methode der suprapubischen Prostatektomie.

Von

B. N. Cholzoff, dirigierendem Arzt.

Ueber die Ergebnisse der von mir bei Prostatahypertrophie ausgeführten Prostatektomien habe ich bereits Gelegenheit gefunden, Mitteilung zu machen: einmal in der russischen urologischen Gesellschaft im Beginn des Jahres 1908, ein zweites Mal in einer Sitzung des 8. Congresses russischer Urologen in Moskau. Wenn ich heute zum dritten Male in der gleichen Frage hervortrete, so geschieht das erstens deshalb, weil seit meinen letzten Mitteilungen meine persönliche Erfahrung sich wesentlich bereichert hat, zweitens weil die Frage, ob die perineale oder die suprasymphysäre Prostatektomie den Vorzug verdient, ja sogar die Frage, ob die suprapubische Prostatektomie bei Prostatahypertrophie überhaupt am Platze ist, noch heute eine vielumstrittene ist.

Auf dem XVI. internationalen medicinischen Congress in Budapest im August 1909 äusserte sich eine so bedeutende Autorität auf dem Gebiete der Chirurgie der Harn- und Geschlechtsorgane, wie Rovsing, in dem Sinne, die suprapubische Prostatektomie, die in den erfahrensten Händen 10% Sterblichkeit gibt, in weniger erfahrenen jedoch 20—50%, sei eine äusserst gefährliche Operation. Durch die von Freyer, dem Schöpfer der suprapubischen Prostatektomie, erzielte niedrige Mortalitätsziffer könne er sich in dieser seiner Meinung nicht beeinflussen lassen, da ja doch nicht alle Patienten von Freyer operiert werden könnten. Deshalb seien auch die Indicationen für diese Operation sehr eng begrenzt; bei schwachen, alten Leuten, bei Arteriosklerotikern u. dergl. dürfe sie nicht ausgeführt werden. Dieser Ansicht traten auch Casper und Bransford-Lewis bei, freilich in einer mehr gemässigten Form [1]).

Die Aeusserungen so hervorragender Autoritäten dürften zweifellos imstande sein, das Vertrauen zu der suprapubischen Prostatektomie, dieser relativ jungen und, um es gleich vorauszunehmen, meiner Meinung nach ganz vorzüglichen Operation, wesentlich zu erschüttern, und sie machen es einem jeden Chirurgen, der sie vielfach erprobt hat, zur Pflicht, die erzielten Resultate an die Oeffentlichkeit zu bringen.

Ich habe die Prostatektomie bisher bei 35 Kranken ausgeführt: 4 mal die perineale, 31 mal die suprasymphysäre. Gestorben sind 5 Patienten. Einer der Operierten starb an einem vor der Operation nicht erkannten Myxosarcom der Retroperitonealdrüsen, während die Operationswunde keinerlei Complicationen darbot. Nach Abzug dieses Falls beträgt die Mortalitätsziffer 11%. Von den in meiner ersten Arbeit mitgeteilten 12 Fällen von Prostatektomie starben 3, von den in meiner zweiten Arbeit angefürten 13 Patienten starb einer und von den letzten 10 operierten Kranken ist schliesslich kein einziger an den Folgen der Operation gestorben. Meine Patienten waren alte, meist stark arteriosclerotische, überhaupt sehr schwache Menschen, noch mehr geschwächt durch die bestehende Harninfection oder gar chronische Harnintoxication; bei einigen lag eine chronische Affection der Nierenbecken oder sogar des Nierenparenchyms vor. Von allen operierten Kranken boten nur 2 vollkommen guten allgemeinen und localen Befund. Die überwiegende Mehrzahl meines Krankenmaterials bildeten mithin Patienten, bei denen nach der Ansicht einiger Chirurgen die Operation unbedingt contraindiciert war. Wie ist nun die relativ niedrige gesamte Mortalität und das progressive Sinken der Sterblichkeitsziffer bei den von mir operierten Patienten zu erklären? Auf eine Besserung der Technik und Pflege lässt sich das progressive Sinken der Mortalitätsziffer nicht zurückführen, jedenfalls kann diesem Umstande nur eine untergeordnete Rolle beigemessen werden.

Das Sinken der Mortalitätsziffer ist fast ausschliesslich durch die häufige Ausführung der suprapubischen Prostatektomie in zwei Momenten erreicht worden. Von 11 Fällen in einem Schube ausgeführter Prostatektomie erfolgte in 3 Exitus, von 20 Fällen der gleichen, aber zweizeitig ausgeführten Operation starb nur einer. Diese Resultate veranlassten mich, in letzter Zeit ausschliesslich die zweizeitige Methode der Prostatektomie anzuwenden.

Die einzeitige suprapubische Prostatektomie ist eine sehr schwere Operation und muss eine bedeutende Mortalität ergeben. In zwei Momenten wird diese Operation selbst von sehr schweren Kranken leicht ertragen. Diese Differenz in den Ergebnissen der Operation erklärt sich aus verschiedenen Ursachen. Erstens ist zu berücksichtigen, dass eine jede Operation leichter überstanden wird, wenn man sie nicht mit einem Male ausführt, denn es wird dabei an die Kräfte des Organismus jedesmal nur ein Bruchteil des ganzen Anspruchs gestellt. Besondere Bedeutung gewinnt dieser Umstand in Fällen, wo alte Leute operiert werden sollen. Bei Prostatahypertrophie fällt in Anbetracht des Gesamtzustandes diese Erwägung ganz besonders schwer ins

[1]) Folia urologica. 1909, Bd. IV, № 4.

Gewicht. Selbst in relativ leichten Fällen, wo die localen Erscheinungen, von der Functionsstörung abgesehen, durchaus günstiger Art sind, erscheint der Organismus des Patienten bis zu einem gewissen Grade erschüttert durch den häufigen Harndrang, der dem Patienten den normalen Schlaf, den guten Appetit und das Wohlbefinden raubt. Wenn dann infolge von secundären Veränderungen und Complicationen in den Harnwegen der gealterte Organismus tief zerrüttet ist, gestalten sich auch kleine Operationen zu einem ernsten Eingriff. Um den schädigenden Einfluss des zweiten, ernsteren Teils der Operation abzuschwächen, muss der Gesamtzustand des Kranken gebessert, der Organismus widerstandsfähiger gemacht werden. Dieses erreichen wir durch die suprapubische Eröfinung der Blase, eine Operation, die auch von sehr geschwächten Patienten mit Leichtigkeit ertragen wird und die ich meist unter localer Anästhesie ausführe.

Jetzt, wo der Harn wieder frei abfliessen kann, geht auch der entzündliche Process in der Harnblase und in den Nierenbecken zurück, und die Ueberschwemmung des Organismus mit Infectionserregern hört auf; das Nierenparenchym wird von dem Druck des gestauten Harns entlastet und dadurch die Secretionstätigkeit der Nieren gebessert. Durch die Eröffnung der Blase werden also gerade die gefährlichsten Feinde des gealterten Körpers — Infection und Intoxication — beseitigt. Unter den von mir operierten Patienten waren viele, die vor der Blasenoperation fieberten, an Appetitlosigkeit, Gefühl der Trockenheit im Munde, Magen-Darmstörungen litten, einige zeigten mässige Erscheinungen von Insufficienz der secretorischen Nierenfunction (geringe Mengen Eiweiss nach Phloridzininjection, Polyurie, niedriges spec. Gew. des Harns, Oedem der Fussrücken), andere machten den Eindruck nahezu verzweifelter Fälle, einige befanden sich in einem Zustande völliger Prostration. Alle diese Patienten erholten sich allmählich nach Eröffnung der Blase: die Fiebertemperatur sank, die Trockenheit im Munde und die Magen-Darmstörungen schwanden, die Kräfte kehrten langsam wieder, Schlaf und Appetit stellten sich ein. Erst wenn in dieser Weise das Gesamtbefinden bedeutend gebessert war, schritt ich zur zweiten Operation, die nunmehr von den Kranken meist anstandslos ertragen wurde.

Wie lange man bis zur Ausführung dieser zweiten Operation warten soll, das hängt von den besonderen Eigentümlichkeiten des gegebenen Falles ab: man soll eben warten, bis der Patient sich ausreichend erholt hat. In meinem einzigen Falle mit letalem Ausgang (Fall 10) wartete ich nicht, bis der Zustand des Kranken ein vollkommen befriedigender würde. Es war ein schwerkranker Mann mit Lungenemphysem, diffuser Bronchitis und sehr ausgeprägter Arteriosclerose. Noch vor der ersten Operation, einige Tage nach seiner Aufnahme ins Krankenhaus, hatte der Patient eine Pneumonie durchgemacht, und drei Wochen nach der Blasenoperation schritt ich zur Prostatektomie, da ich fand, dass der Kranke genügend gekräftigt war; nach 4 Tagen ging der Kranke an Pneumonie zu Grunde. In diesem Falle hätte mit der zweiten Operation nicht 3 Wochen, sondern drei Monate gewartet werden sollen; es war das mein zweiter Fall von zweizeitiger Prostatektomie und der erste Fall, in dem ich die Operation wegen schweren Gesamtzustandes ausführte.

Dieser Fall hat mich gelehrt, mit der zweiten Operation nicht zu hasten. In allen meinen Fällen, einen einzigen ausgenommen, schwankte die Pause zwischen der ersten und zweiten Operation zwischen 3 Wochen und $3^1/_2$ Monaten.

Wenn man in Betracht zieht, dass alle von mir nach der zweizeitgen Methode operierten Patienten sich in sehr schwerem Zustande befanden, erscheint das Resultat der Methode so gut, dass die zweizeitige Prostatektomie mit vollem Rechte als eine Operation angesehen werden kann, die selbst bei schwerem Zustande des Kranken fast ganz ungefährlich, in vielen Fällen direct lebensrettend ist. Dieser Erfolg der Operation bei derartigen Kranken berechtigt mich, die zweizeitige suprapubische Prostatektomie bei gutem Gesamtzustande des Kranken und gutem Zustande der Harnwege für eine „ganz ungefährliche Operation" zu halten, soweit eben jede, selbst die leichteste Operation als ungefährlich betrachtet werden darf.

Aber auch abgesehen von der leichteren Erträglichkeit, ist die Gliederung in zwei Momente von grosser Bedeutung, u. zw. für das functionelle Resultat der Operation. Denn die Prostatektomie soll ja nicht bloss dem Patienten das Leben retten, sondern auch die Function der Blase wiederherstellen. Letzteres erreichen wir durch Entfernung des mechanischen Hindernisses — der hypertrophierten Prostata. Aber der functionelle Erfolg ist nicht nur von der Entfernung des mechanischen Hindernisses abhängig sondern in gleicher Weise von dem Zustande des Blasenmuskels. Wenn die Contractionsfähigkeit der Blase erhalten ist, wird sie nach Entfernung des Hindernisses sich vollkommen entleeren. Sehr oft erzeugt aber das lange Bestehen eines mechanischen Hindernisses Erschöpfung und sogar partielle Degeneration des Blasenmuskels, die besonders stark entwickelt zu sein pflegt in Fällen, wo die Hypertrophie durch eine häufig exacerbierende Cystitis compliciert ist. Wenn man in Fällen der letzteren Art die Prostatektomie in einem Schub ausführt, so wird der functionelle Erfolg der Operation ein unvollkommener oder völlig negativer sein. Die Gliederung der Operation in 2 Momente lässt die Blase in der Pause zwischen der ersten und zweiten Operation wieder zu Kräften kommen, und es wird dadurch der functionelle Erfolg der Operation sichergestellt. Wieviel Zeit der Blasenmuskel braucht, um sich in ausreichender Weise zu erholen, lässt sich nicht genau bestimmen; die Pause zwischen der ersten und zweiten Operation wird verschieden lang sein, je nach dem Zustande des Blasenmuskels, der hauptsächlich auf cystoskopischem Wege festgestellt wird. Die erste zweizeitige Operation unternahm ich gerade deshalb, weil der Blasenmuskel mir bei cystoskopischer Untersuchung dermassen geschwächt schien, dass auf functionellen Erfolg der Operation nicht zu rechnen war (Fall 7). Obgleich sich das Allgemeinbefinden des Kranken bald nach Eröffnung der Blase besserte, schritt ich erst über 2 Monate nach der Cystotomie zur Entfernung der Prostata. Gewiss kann man sich Fälle denken, wo der Blasenmuskel so hochgradig degeneriert ist, dass auch sehr anhaltende Ruhe nicht ausreichen wird, um ihn zu restituieren; solche Fälle sind mir jedoch bei suprapubischer Prostatektomie noch nicht vorgekommen.

Bei allen meinen am Leben gebliebenen Patienten war der Erfolg der suprapubischen Prostatektomie ein sehr guter, mit 2 Ausnahmen: bei dem einen war er nur unvollkommen, bei dem andern negativ.

Die beiden letzteren Fälle verdienen eine eingehendere Berücksichtigung. In dem Falle mit unvollkommenem functionellem Erfolg war die Hypertrophie durch eine häufig exacerbierende Cystitis

compliciert. Nach der Cystotomie trat in dem bisher ziemlich schlechten Zustande des Kranken eine schnelle Besserung ein, und ich entschloss mich deshalb bereits 2 Wochen später zur operativen Entfernung der Prostata. Das war ein Fehler: gerade in diesem Falle hätte die bedeutend geschwächte Contractionsfähigkeit des Blasenmuskels berücksichtigt werden sollen, der infolge ausserordentlich häufigen Harndrangs sehr erschöpft und wahrscheinlich auch infolge wiederholter Anfälle acuter Blasenentzündung stark degeniert und sclerosiert war.

Wenn in diesem Falle der unvollkommene Erfolg durch einen Kunstfehler des Chirurgen erklärt werden muss, der selbstredend nicht wiederholt werden darf, so war der Misserfolg in dem andern Falle ausser dem Bereiche unseres Vermögens und verdient deshalb Beachtung nur im Sinne der Prognosestellung. Nach Entfernung der Prostata bleibt am Boden der Blase in der Blasenhalsgegend eine bedeutende Höhle zurück, die per suppurationem oder per granulationem verheilen muss. An der Stelle dieser grossen Wunde entsteht eine Narbe, deren Richtung sich jeder Voraussicht entzieht. Gewöhnlich ist die in der Blasenhalsgegend entstandene Narbe kein Hindernis für die Harnentleerung. In diesem Falle jedoch urinierte der Patient nach Prostatektomie und Verheilung der äusseren Wunde nur eine Woche lang befriedigend, dann erschien behindertes Harnlassen und schliesslich sistierte die willkürliche Harnentleerung fast ganz. Bei instrumenteller Untersuchung wurde an der unteren Peripherie des Blasenhalses ein querverlaufender Bindegewebstrang constatiert, der augenscheinlich die Harnentleerung mechanisch behinderte. Weder Katheter à demeure (im Laufe mehrerer Monate), noch Bougieren schufen Abhilfe. Deshalb entblösste ich vom Damme aus die pars membranacea und pars prostatica der Harnröhre, eröffnete die letztere durch einen kleinen Schnitt, durch den der Bottinische Incisor eingeführt und der Strang durchtrennt wurde: der Erfolg war gut.

In diesem Aufsatz sollen weder die Indicationen für die Prostatektomie, noch die relativen Vorzüge und Mängel der suprapubischen und perinealen Prostatektomie, noch die technische Seite der Operation Berücksichtigung finden. Alles dieses ist bereits in meiner Monographie und in den erwähnten zwei Vorträgen erörtert worden *). Meine Aufgabe war es, zu zeigen, dass man die suprapubische Prostatektomie, die für functionell erfolgreicher, aber weniger lebensgefährlich gehalten wird als die perineale Prostatektomie, ebenso ungefährlich, wenn nicht noch harmloser machen kann, wie die perineale Prostatektomie.

Ich komme also auf Grund eigener Beobachtungen zu denselben Schlussfolgerungen, zu denen ich in meiner früheren Arbeit gelangte:

1. Die typisch ausgeführte suprapubische Prostatektomie ist zweifellos eine für den Kranken schwere Operation und darf nur bei Patienten mit tadelloser Ernährung und gutem Zustande der Harnorgane als ganz ungefährlich angesehen werden.

2. Wenn sie jedoch zweizeitig ausgeführt wird, ist die suprapubische Prostatektomie eine so harmlose Operation, dass selbst sehr bejahrte Patienten mit schlechtem Allgemeinbefinden und schlechtem Zustande der Harnwege (inclusive Nieren) sie leicht überstehen. Die Pause zwischen Eröffnung der Harnblase und Entfernung der Prostata schwankt, je nach dem Zustande des Kranken und des Blasenmuskels, zwischen 3 Wochen und 3 Monaten.

3. Die so modificierte suprapubische Prostatektomie verdient wegen ihrer Ungefährlichkeit und der guten functionellen Resultate den Vorzug vor der perinealen Prostatektomie und sollte häufiger angewandt werden.

4. Der functionelle Erfolg der Prostatektomie ist nicht nur durch die Entfernung des mechanischen Hindernisses für die Harnentleerung, sondern auch durch den Zustand des Blasenmuskels bedingt: wenn die Contractionsfähigkeit der Blase erhalten oder nur unbedeutend herabgesetzt ist, ist der Erfolg ein vollständiger; im anderen Falle kann nur ein unvollständiger Erfolg erzielt werden und bei sehr vorgeschrittener Degeneration des Blasenmuskels kann der Erfolg sogar völlig ausbleiben. Auf diesen Umstand ist Rücksicht zu nehmen, und der Operationsplan muss so beschaffen sein, dass dem Blasenmuskel eine längere, zu seiner Kräftigung ausreichende Ruhepause gelassen wird. Die zweizeitige Prostatektomie gewährt dem Blasenmuskel eine solche Ruhepause in der Zeit zwischen der ersten und zweiten Operation und erfüllt mithin auch diese Bedingung.

5. In vereinzelten Fällen kann der functionelle Erfolg ausbleiben, weil an der Stelle der durch Entfernung der Prostata geschaffenen Wunde in der Gegend des Blasenhalses eine querverlaufende wallartige Narbe entsteht, die dem Abfluss des Harns ein unüberwindliches Hindernis entgegenstellt. Die Narbenbildung in dem gewünschten Sinne zu beeinflussen, sind wir nicht imstande. Vielleicht wird sich die Möglichkeit herausstellen auch in anderen ähnlichen Fällen, wie der meinige, das entstandene Hindernis auf operativem Wege zu entfernen.

*) [1]) Verletzungen und Erkrankungen der Vorsteherdrüse (russ.). St. Petersburg, 1909.
[2]) Ueber Indicationen und Technik der Prostatektomie nach eigenen Erfahrungen (russ.). Russkij Wratsch, 1908, №№ 9, 10, 11.
[3]) Chirurgische Behandlung bei Prostatahypertrophie (russ.). Russkij Wratsch, 1909, №№ 41, 42, 43.

Aus der gynäkologischen Abteilung des städtischen Obuchow-Krankenhauses für Frauen.

Vaginaler Kaiserschnitt und Metreuryse als Entbindungsmethoden bei Eklampsie.

Von

Dr. W. Beckmann, St. Petersburg.

Bei der Bearbeitung des Eklampsiematerials der gynäkologischen Abteilung des Obuchow-Krankenhauses für Frauen musste ich auch der Frage der Therapie dieser Geburtscomplication näher treten. Besonders interessierte mich der Einfluss der Entleerung des Uterus auf den Ausgang der Eklampsie.

Die in den letzten 6 Jahren — 1904 bis 1909 — in unserer Abteilung geübte Behandlung bestand in der Application von Narcoticis (Morphium subcutan und Chloralklystiere), subcutanen Kochsalzinfusionen, selten Venaesectio, Diureticis, Einpackungen, Herzmitteln und in einer möglichst schnellen Entbindung, sobald eine solche ohne Schaden für die Kreissende zu bewerkstelligen war. Die Theraphie entsprach so ziemlich der in den Kliniken von Ahlfeld[1]), Rosthorn[2]) und Pfannenstiel[3]) angewandten.

[1]) Centralblatt für Gynäk. 1904 Nr. 10.
[2]) Ibidem Nr. 36 cf. Kermauner.
[3]) Ibidem Nr. 19 cf. Krömer.

In einer anderen Arbeit will ich auf die Einzelheiten unseres Materials näher eingehen, Aufgabe dieser Zeilen soll es sein, speciell die Metreuryse als geburtsbeschleunigenden Eingriff mit dem seit Beginn des Jahres 1910 systematisch angewandten vaginalen Kaiserschnitt zu vergleichen. Beides sind ja wohl die am meisten in Frage kommenden Verfahren, nachdem die Bossische Methode der instrumentellen Uterusdilatation der damit verbundenen Rupturgefahr wegen wohl von den meisten Geburtshelfern verlassen ist.

Bossi[4]) selbst erklärte zwar auf dem XVI. internationalen medicinischen Congresss in Budapest, dass die Eklampsie das Hauptanwendungsgebiet für seine Methode sei, fand aber mit seiner Behauptung fast gar keinen Anklang. Die autoritative Empfehlung Leopolds hatte seiner Zeit viele Geburtshelfer veranlasst, diese Methode zu probieren, die meisten derselben haben sie aber wieder verlassen. So behauptete Ehrlich[5]), der den Bossi in 30 Fällen angewandt hatte, diese Methode als specifische Therapie bei Eklampsie bezeichnen zu können, constatierte aber selbst 21% mässige und 1% ausgedehnte Collumzerreissungen. Zu den wenigen Verteidigern des Bossi gehören Pollak[6]), Muus[7]), Kaiser[8]) und Keyserlingk[9]). Letzterer findet, dass der Bossi bei guter Auswahl der Fälle in der Privatpraxis gute Dienste leistet. Er sieht allerdings dies Verfahren als gefährlich bei Erstgebärenden an und bei Mehrgebärenden, falls sie Narben am Muttermunde aufweisen.

Sonst sprechen sich wohl die meisten neueren Autoren gegen diese Methode aus (Zangemeister[10]), von Bardeleben[11]), Schauta[12]), L. Pomy[13]), Schwabe[14]), Jung[15]), Rotter[16]); bedingt König[17]) und Stöckel[18]).

Staude[19]) glaubt, dass das Bossi verfahren gefährlicher als der vaginale und klassische Kaiserschnitt ist und führt eine interessante Beobachtung an. Bei einer Frau, die wegen Eklampsie mit dem Bossischen Dilatator entbunden war und ein normales Wochenbett durchgemacht hatte, gab ein Narbenstrang in der Cervicalwand ein derartiges Geburtshindernis ab, dass es zur Uterusruptur kam. Trotz Laparotomie und Naht des Risses erfolgte der Exitus.

Die meisten Geburtshelfer wenden das Verfahren jedenfalls dann nicht an, wenn die Cervix nicht verstrichen ist, damit kommt es bei Eklampsie nicht in Frage, sobald man eine Schnellentbindung anwenden will. Auch in unserer Abteilung wird der Bossi nicht angewandt[20]).

In den letzten 6 Jahren kamen 210 Eklampsiefälle in der gynäkologischen Abteilung des Obuchow-Krankenhauses zur Beobachtung. Zur Beschleunigung resp. Beendigung der Geburt wurden 191 mal operative Eingriffe vorgenommen.

Unter diesen 191 Eingriffen sind als die Eröffnung der Gebärmutter befördernde Massnahmen zu nennen.

1 Fall von Einführung eines Bougie,
19 Sprengungen der Fruchtblase,
2 manuelle Dilatationen des Muttermundes und
73 Fälle von Metreuryse.

Letztere Methode ist den übrigen angewandten weit überlegen und hat sich bereits überall eingebürgert, weshalb auf die durch sie erzielten Resultate näher eingegangen werden soll.

Vorweggenommen sei, dass der Metreuryse in 30 Fällen die Zangenoperation, in 19 Fällen die Wendung und Extraction, in 3 Fällen die Extraction, einmal die Perforation des Kopfes und 2 mal die Espression der Frucht nach Kristeller folgte. In 18 Fällen kam es nach der Metreuryse zu einer spontanen schnellen Geburt.

Alle übrigen ausgeführten operativen Eingriffe bezweckten eine Beendigung der Geburt (Zange, Extraction, Perforation etc.) bei genügend vorbereiteten Weichteilen.

Aus dieser grossen Zahl von Eingriffen geht bereits hervor, dass unsere Eklampsietherapie auf eine möglichste Schnellentbindung ausging und ihr keineswegs übermässig conservative Principien zu Grunde lagen.

Lassen wir 13 Fälle von Eklampsie während der Schwangerschaft mit 30,7% Mortalität und 51 Fälle von Eklampsie nach der Geburt mit 31,3% Mortalität bei Seite, so bleiben 65 Fälle von Eklampsie intra partum nach, die eine Mortalität von 31% ergaben. Weitere 81 Fälle von Eklampsie intra et post partum wiesen eine Mortalität von 38,6% auf. Die beiden letzten Kategorien von Eklampsie zusammen — 146 Fälle mit 50 Todesfällen — ergaben eine Mortalität von 34%, trotzdem in der überwiegenden Mehrzahl derselben (in 118 Fällen) 191 operative Eingriffe ausgeführt wurden.

Woher nun die grosse Mortalität von 34%, die mit dem Mortalitätsprocent der übrigen Petersburger Gebäranstalten contrastiert?

Eine Erklärung dafür haben wir zum Teil in der Qualität des Krankenmaterials unseres Hospitals zu suchen. Das Obuchowhospital ist nicht nur das grösste, sondern auch das am centralsten gelegene städtische Krankenhaus, das zwar eine gynäkologische, aber officiell keine geburtshilfliche Abteilung besitzt. Dorthin werden die allerschwersten Fälle aus der ganzen Stadt eingeliefert, darunter auch eine Zahl von meist pathologischen Geburten (1909 kamen 280 Geburten unter 3598 Kranken der Abteilung zur Beobachtung). Die meisten Eklamptischen kommen als besinnungslose Kranke zur Aufnahme. Sogenannte autochthone Fälle gibt es bei uns fast nicht, auch leichtere Fälle fehlen. Die 14 städtischen Gebärasyle pflegen ihre leichteren Eklampsiefälle selbst zu behandeln und nur die allerschwersten ins Obuchowhospital überzuführen[21]). Auf diese Weise wird es bis zu einem gewissen Masse wohl verständlich, warum die übrigen Petersburger speciellen geburtshilflichen Abteilungen und Kliniken

---

4) München. Med. Wochenschr. 1910 Nr 21.
5) Arch. f. Gynäk. Bd. 73, H. 1.
6) Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XX, 2.
7) Centralbl. f. Gynäk. 1904 Nr. 50.
8) Charitéannalen 29. Jahrgang.
9) Centralbl. f. Gynäk. 1907 Nr. 24.
10) Centralbl. f. Gyn. 1903 N. 4.
11) Ibidem Nr. 11.
12) Ibidem Nr. 25.
13) Centralbl. f. Gynäk. 1907 Nr. 2.
14) Ibidem Nr. 19.
15) Ibidem Nr. 21.
16) Ibidem Nr. 39.
17) Ibidem 1905 Nr. 7.
18) Berlin. Klin. Wochenschr. 1905 Nr. 11.
19) Ibidem 1906 Nr. 10.
20) Meurer empfiehlt die Bonnairesche manuelle Dilatationsmethode in allen Fällen von Eklampsie (Monatsschr. f. Geburtsh. und Gynäk. Bd. XVII. 1903). Er erzielte mit ihr sehr gute Resultate. Leider besitzen wir eine nur ungenügende Erfahrung über dieses Verfahren, das uns gleichfalls zu den gewaltsamen und rohen Dilatationsmethoden zu gehören scheint.

21) Vielleicht erklärt dieser Umstand die geringe Mortalität bei Eklampsie in den St. Petersburger Gebärasylen. Sie betrug nach den Jahresberichten von L. A. Krivsky im Jahre 1906 = 10%, 1907 = 11% und 1908 = 17%.

ein viel niedrigeres Mortalitätsprocent (6—23,8%) für Eklampsie aufweisen[22]). Aus diesem niedrigen Mortalitätsprocent darf aber meines Erachtens keineswegs ein besonderer Unterschied zwischen russischer und deutscher Eklampsie construiert werden, wie dies einige Autoren tun (Dührssen, Krönig, Seitz, Skrobansky), es müssen vielmehr die Mortalitätszahlen der übrigen Petersburger Anstalten durch unser Mortalitätsprocent corrigiert werden.

Trotz dieser Tatsachen hielt ich es aber für nötig, die in unserer Abteilung angewandte Metreuryse als die häufigste die Entbindung beschleunigende Massnahme inbezug auf ihren Effect näher zu studieren und zu eruieren, wie weit sie geeignet gewesen ist, die Geburtsdauer abzukürzen.

Darüber scheinen jetzt die meisten Autoren einig zu sein, dass man die Mortalität der Eklampsie durch die Schnellentbindung herabsetzen kann.

So gibt Zweifel[23]) an, dass in seiner Klinik früher bei conservativer Behandlung der Eklampsie 32,6% Mortalität erzielt wurde, seit Einführung einer activen Behandlung sank das Mortalitätsprocent auf 15%.

Auch Olshausen[24]), der zu den Geburtshelfern gehört, die einer conservativen Behandlung der Eklampsie das Wort reden, betont, dass jetzt Jeder davon überzeugt sei, dass es von grösster Wichtigkeit sei, die Geburt bei Eklampsie bald beendigt zu sehen.

Nach Fromme[25]) betrug die Mortalität in der Frauenklinik zu Halle bei Schnell- und Frühentbindung 9% und sank auf 0% in 34 Fällen von Frühentbindung, d. h. bei Entbindung nach dem ersten Eklampsiesymptom, wie dies Dührssen und Bumm[26]) proponieren.

An der Hand eines grösseren Materiales konnte Seitz[27]) gleichfalls nachweisen, dass die Mortalität der Eklampsie durch Entbindung sofort nach dem Ausbruch der Krankheit um mehr als das Dreifache herabgesetzt werden konnte und bis auf 6,5% sank.

In der Gebäranstalt von Christania blieb die Mortalität der Eklampsie nach Jan Horn[28]) bei expectativer Behandlung fast unverändert (23,3%) und erst seitdem eine active entbindende Behandlung consequent durchgeführt wurde, sank die Sterblichkeit bis 16,6%.

Bumm[29]) erzielte durch Frühentbindung nach dem ersten Eklampsieanfall ein Mortalitätsprocent von 2—3%, während bei expectativer Geburtsleitung die Sterblichkeit der Mütter 20—30% betrug.

Reifferscheidt[30]) spricht sich auf Grund des Eklampsiematerials der Bonner Frauenklinik gleichfalls für eine Frühentbindung aus. Allerdings constatierte er dabei nur eine geringe Verbesserung der Mortalität der Mutter gegenüber dem expectativen Verfahren, dagegen war das Resultat für die Kinder erheblich besser, von denen 3 mal soviel als früher gerettet werden konnten.

Was nun unser Material anbetrifft, so wurde, wie gesagt, auch in unserer Abteilung eine Schnellentbindung mit Hilfe des Metreurynters angestrebt.

Jedenfalls lässt sich mit jedem Jahre eine immer häufigere Anwendung des Metreurynters constatieren und zwar wurde die Metreuryse angewandt:

1904	in 20	Fällen von	Eklampsie		9	mal
1905	„ 25	„	„	—	9	„
1906	„ 23	„	„	—	8	„
1907	„ 23	„	„	—	12	„
1908	„ 23	„	„	—	16	„
1909	„ 32	„	„	—	19	„

Auch vom Zeitpunkt der angewandten Metreuryse muss gesagt werden, dass zu diesem Verfahren immer früher und früher gegriffen wurde. Während in den ersten Berichtsjahren im Beginn der Geburt nicht gleich operativ vorgegangen, sondern bei medicamentöser Therapie abgewartet wurde, ersehen wir aus den vorliegenden Geburtsgeschichten, dass der Metreurynter in den letzten Jahren meist sogleich nach Einlieferung der Kranken in die Abteilung zur Anwendung kam, falls die Geburtswege für eine künstliche Entbindung noch nicht genügend vorbereitet waren. Wenn trotzdem die Mortalität nicht wesentlich heruntergegangen ist, so liegt das, wie bereits erwähnt, einerseits an den ausgesucht schweren Fällen unserer Abteilung — fast alle Kranken wurden bewusstlos nach einer grösseren Anzahl von Anfällen eingeliefert — andererseits aber an der Methode selbst.

Die Durchsicht der Geburtsgeschichten ergab nämlich, dass die Metreuryse in der Mehrzahl der Fälle nicht imstande ist, eine genügend schnelle Entbindung zu ermöglichen. Besonders gilt dies für Erstgebärende. Nur in der geringsten Zahl gelang es, mit dieser Methode in einigen Stunden den Muttermund genügend zu erweitern. In der Mehrzahl der Fälle lag der Metreurynter trotz stets angewandten Gewichtszuges 3—8 Stunden, bevor die Eröffnung genügend vorgeschritten war. In vielen Fällen musste er noch länger liegen gelassen werden, in wenigen rief er nur schwache oder gar keine Wehen hervor. Ich möchte darauf verzichten, hier darüber genauere Zahlenangaben zu machen, welche ja nur einen relativen Wert besitzen, erlaube mir aber in aller Kürze als Beispiele einige Geburtsgeschichten anzuführen, welche den Effect der Metreuryse genügend illustrieren und es klar werden lassen, dass bei einer so schweren Erkrankung, wie die Eklampsie es ist, mit Hilfe der Metreuryse keine Schnellentbindung erzielt werden kann. Nur in dem Falle, wo uns keine andere Methode zur Verfügung steht, dürfen wir zur Metreuryse als geburtsbeschleunigenden Methode greifen, für eine Anstaltsbehandlung wirkt sie zu langsam, um so mehr als wir im vaginalen Kaiserschnitt eine zweckentsprechende Methode der Schnellentbindung besitzen.

Fall I. 1904. № 10468. 24-jährige Erstgebärende. Partus praematurus IX mens. Gemelli. II Schädellage. Besinnungslos eingeliefert mit unbedeutenden Wehen. Orificium für 1 Finger durchgängig. Metreuryse. Der Metreurynter wurde nach 4½ Stunden geboren, während dieser Zeit hatte die Pat. 5 schwere eklamptische Anfälle. Die Eröffnung der Gebärmutter entspricht 4 Querfingern, der Kopf steht im Beckeneingang. Nach weiteren 4½ Stunden Forceps. Tote Zwillinge. Mutter genesen. Im ganzen 10 Anfälle.

Fall II. 1905. № 7837. 20-jährige Erstgebärende. 9-monatliche Schwangerschaft. I Schädellage. Eröffnung 1 Querfinger. 10 eklamptische Anfälle. Metreurynter bei 2 Querfinger weiter Eröffnung eingelegt, fällt nach 2 Stunden heraus, unterdessen 5 weitere Anfälle. Nach 4 Stunden Forceps bei voller Eröffnung. Totes Kind. Im ganzen 17 Anfälle während der Geburt und 38 Anfälle nach der Geburt bis zum 6. Tage. Genesung.

Fall III. 1905. № 9654. 28-jährige Primipara. 8-monatliche Schwangerschaft. 5 Anfälle zu Hause. Besinnungslos eingeliefert. Schädellage, Portio nicht verstrichen, Cervicalcanal für 1 Finger durchgängig. Metreuryse, 2 neue schwere An-

22) cf. Stroganow im Centralblatt für Gynäk. 1910 Nr. 23.
23) Lehrbuch der Geburtshilfe 1903.
24) Centralblatt für Gynäk. 1906 Nr. 1.
25) Centralblatt für Gynäkologie 1910 Nr. 28.
26) Münchener Medicinische Wochenschrift 1903 Nr. 21.
27) Arch. f. Gyn. Bd. 87, H. 1.
28) Centralbl. f. Gyn. 1910 Nr. 33.
29) Deutsche Medicin. Wochenschrift 1907 Nr. 47.
30) Centralblatt für Gynäkol. 1908 Nr. 43.

fälle. Cyanose. Venaesectio. 2 Stunden nach Einführung des Metreurynters beginnt die Agonie. Sectio caesarea post mortem. Totes Kind. Im ganzen 9 Anfälle.

Fall IV. 1905. № 12012. 25-jährige I-para. 7-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. Schädellage. Eröffnung auf 2 Querfinger. 4 Anfälle. Metreuryse. Der Metreurynter springt nach 2 Stunden heraus bei einer Eröffnung von 3 Querfingern. 5 Stunden später Eröffnung auf 3½ Querfinger. Forceps, totes Kind. Exitus letalis nach 6 Stunden. Im ganzen 10 Anfälle während der Geburt, 1 Anfall post partum.

Fall V. 1906. № 13204. 25-jährige I-para. 9-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. Zu Hause 7 Anfälle. Schädellage. Portio nicht verkürzt, Muttermund geschlossen. In kurzer Zeit 25 Anfälle. Bei verstrichener Portio und Eröffnung des Muttermundes auf 1 Querfinger wird ein Metreurynter eingelegt. Derselbe wird nach 8 Stunden durch starken Zug entfernt. Unterdessen weitere 15 Anfälle. Bei Eröffnung der Gebärmutter auf 3½ Querfinger Forceps. Totes Kind. Exitus letalis am 4 Tage post partum. Im ganzen 47 Anfälle sub partu und 12 Anfälle post partum.

Fall VI. 1907. № 7166. 25-jährige I-para. 8-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. Zu Hause 10 Anfälle. Schädellage. Eröffnung auf 1 Querfinger. Metreuryse. Nach 6 Stunden wird der Metreurynter entfernt. Eröffnung auf 3½ Querfinger. Forceps. Lebendes Kind. Mutter genesen. Im ganzen 16 Anfälle.

Fall VII. 1907. № 8790. 20-jährige Primipara. 10-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. Durch 7-stündige Metreuryse wird der Muttermund bis auf 3½ Querfinger eröffnet. 4 Stunden später Forceps, totes Kind. Genesen entlassen. Im ganzen 7 Anfälle.

Fall VIII. 1908. № 6041. 27-jährige Erstgebärende. 9-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. Schädellage. Metreurynter bei für 1 Querfinger durchgängigem Cervicalcanal eingelegt. Derselbe ruft nur schwache Wehen hervor und kommt nach 11 Stunden heraus. Der Muttermund ist jetzt auf 2 Querfinger eröffnet. Wehen fehlen, keine Anfälle. 24 Stunden nach Herauskommen des Metreurynters Forceps an den in der Beckenhöhle stehenden Kopf bei nicht voller Eröffnung. Totes Kind. Cervixriss bis zum Fornix. Genesen entlassen am 23. Tage. Im ganzen 14 Anfälle während der Geburt, 1 Anfall post partum.

Fall IX. 1908. № 6264. 21-jährige I-para. Besinnungslos eingeliefert. Metreurynter bei für 1 Finger durchgängigem Canal eingeführt; derselbe kommt nach 4½ Stunden heraus. Muttermund jetzt für 2 Finger durchgängig. Lippen dick. Kopf in der Beckenweite. Nach weiteren 2 Stunden Forceps bei voller Eröffnung. Lebendes Kind. Mutter genesen. Im ganzen 22 Anfälle sub partu und 13 Anfälle post portum.

Fall X. 1908. № 8602. 37-jährige III-para. 6-monatliche Schwangerschaft. Nach 5 Stunden dauernder Metreuryse Geburt eines toten Foetus. Genesen. 6 Anfälle.

Fall XI. 1908. № 10920. 20-jährige Erstgebärende. 9-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. Zu Hause 3 Anfälle. Portio verkürzt. Muttermund auf 1 Querfinger eröffnet. Metreurynter. Derselbe springt nach 4 Stunden heraus. Eröffnung auf 3½ Querfinger. Muttermundslippen dick. Coma. Nach 1 Stunde Forceps, totes Kind. Exitus letalis am 6. Tage post partum. Im ganzen 12 Anfälle.

Fall XII. 1908. № 16930. 24-jährige I-para. 7-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. Durch 8-stündige Metreuryse wird der Muttermund bis auf 3½ Querfinger eröffnet. Wendung und Extraction eines lebenden Foetus. Mutter genesen. 10 Anfälle.

Fall XIII. 1909. № 2161. 33-jährige I-para. 6-monatliche Schwangerschaft. Bei für 1 Finger durchgängigem Cervicalcanal wird ein Metreurynter eingeführt, der erst nach 20 Stunden Wehen hervorruft und bei Eröffnung auf 3 Querfinger herausfällt. Spontane Geburt eines lebenden Foetus. Mutter genesen. 3 Anfälle.

Fall XIV. 1909. № 3360. 23-jährige Erstgebärende. 7-monatliche Schwangerschaft. Durch 9½-stündige Metreuryse wird eine Eröffnung auf 3 Querfinger erzielt. Wendung und Extraction eines lebenden Foetus. Exitus letalis. 6 Anfälle sub partu und 4 Anfälle post partum.

Fall XV. 1909. № 5349. 22-jährige I-para. 8-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. 12-stündige Metreuryse erzielt Eröffnung auf 4 Querfinger. Darnach spontane Geburt eines lebenden Kindes. Exitus letalis. 5 Anfälle sub partu, 14 post partum.

Fall XVI. 1909. № 10467. 18-jährige Erstgebärende. 10-monatliche Schwangerschaft. 10-stündige Metreuryse erzielt Eröffnung der Gebärmutter auf 4 Querfinger. Wendung und Extraction eines toten Kindes. Die Pat. wird am 5. Tage wegen Morbilli übergeführt. 3 Anfälle.

Fall XVII. 1909. № 14664. 20-jährige I-para. 9-monatliche Schwangerschaft. Cervicalcanal für 1 Finger durchgängig. Metreuryse. Nach 8 Stunden Eröffnung auf 4 Finger. Metreurynter entfernt. Kind tot. Perforation. Exitus letalis.

Fall XVIII. 1909. № 14957. 21-jährige I-para. 10-monatliche Schwangerschaft. 2 Anfälle zu Hause. Metreuryse bei für 1 Finger durchgängigem Cervicalcanal. Nach 4½ Stunden Eröffnung auf 3½ Querfinger. Die Anfälle dauern fort. Wehen schwach, die Eröffnung schreitet nicht fort. 5½ Stunden später Beckeneingangszange bei Eröffnung auf 4 Querfinger. Lebendes Kind. Doppelseitiger Cervixriss bis zum Fornix. Genesen entlassen. 16 Anfälle während und 2 Anfälle nach der Geburt.

Fall XIX. 1909. № 16418. 20-jährige Primipara. 9-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. Bei nicht verstrichener Portio wird bei für 1 Finger durchgängigem Cervicalcanal der Metreurynter eingelegt. Wehen trotzdem schwach. Metreurynter kommt nach 7 Stunden heraus. Wendung und Extraction bei Eröffnung auf 4 Querfinger. Totes Kind, dasselbe lebte im Beginn der Geburt. Pat. genesen. Im ganzen 14 Anfälle.

Fall XX. 1908. № 11595. 35-jährige IV-para. 8-monatliche Schwangerschaft. Besinnungslos eingeliefert. Sofortige Metreuryse bei für 1 Finger durchgängigem Canal. Wehen treten erst nach 24 Stunden auf. Extraction des Foetus 36 Stunden nach Eintritt ins Hospital. Genesen.

Aus den angeführten Beispielen sind die Nachteile der Metreuryse bei Eklampsie leicht zu ersehen. Dem wichtigsten Postulat, das man an sie stellt, eine schnelle Entbindung zu erzielen, genügt sie bei Weitem nicht. Zieht man auch die Misserfolge in Berechnung, so lag der Metreurynter im Durchschnitt nicht weniger als 6 Stunden [31]). Beispiele für die langsame Wirkung des Metreurynters sind die Krankengeschichten 14, 15, 16 und 17. In seltenen Fällen musste der Metreurynter erst lange Zeit (20 und 24 Stunden) liegen, bevor er Wehen hervorrief, wie die Krankengeschichten Nr. 13 und 20 zeigen. Verständlich ist es, dass während der langsamen Wirkung des Metreurynters die Zahl der Anfälle äusserst zunehmen kann (cf. Krankengeschichten 4, 5, 6, 9). Ausserdem war nicht selten der Geburtsbefund nach Abgang des Metreurynters ein derartiger, dass noch weiter abgewartet werden musste, weil der Kopf zu hoch stand, um eine Zange anzulegen (Fall 1, 4, 7, 8, 11), oder aber es musste eine Beckeneingangszange (Fall 18) angelegt werden, die tiefe Cervixrisse zur Folge hatte. Die durch die Metreuryse ungenügende Beschleunigung der Geburt kann endlich ein Absterben des Kindes während der Geburt zur Folge haben (Fall 19), was der Methode zur Last gelegt werden muss.

Die Einführung des Metreurynters machte keine Schwierigkeiten ausser in den Fällen, wo ein Tiefstand des Kopfes ein unüberwindliches Hindernis bildete: auch bei geringer Eröffnung liess sich der elastische Gummiballon leicht einführen.

Unsere Erfahrungen mit der Metreuryse führten uns dahin, ihr Anwendungsgebiet bei der Eklampsie wesentlich einzuschränken. Bei Erstgebärenden kommt sie bei nur unbedeutender Eröffnung gar nicht in Frage. Bei Mehrgebärenden darf nur bei dehnbarem Orificium mit einiger Wahrscheinlichkeit auf eine genügend schnelle Wirkung gerechnet werden. Bei nicht verstrichener Portio vaginalis, bei nur beginnender Eröffnung des Muttermundes bei Erstgebärenden, bei Rigidität des Muttermundes bei Mehrgebärenden sollte die Metreuryse nicht als Methode einer Schnellentbindung angesehen werden. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass die Abschätzung der Dehnbarkeit des Muttermundes nicht selten auf Schwierigkeiten stösst und gerade bei der

[31]) W. Müller (Centralblatt für Gynäkologie 1905 Nr. 4) berechnete sogar aus 80 Fällen von Metreuryse eine durchschnittlich 17-stündige Geburtsdauer und Application des Ballons.

Eklampsie zu folgenschweren Irrtümern führt. Nicht selten legt man den Metreurynter ein, rechnet mit Sicherheit auf eine schnelle Erweiterung des Muttermundes und erlebt eine Enttäuschung.

Nur mit Hilfe des vaginalen Kaiserschnittes ist man imstande, den Uterus zu jeder Zeit zu entleeren. Zu dieser Erkenntnis gelangen immer mehr und mehr Geburtshelfer, die sich allmählich daran gewöhnen, den vaginalen Kaiserschnitt als specifisches Verfahren bei Eklampsie anzusehn und dem entsprechend verlangen, dass alle Eklampsiefälle der Anstaltsbehandlung zuzuführen sind.

Die Metreuryse kann nur als Notbehelf in den Fällen der Privatpraxis bei Eklampsie weiter verwendet werden.

Nur wenige Jahre sind verflossen, seit Dührssen[32]), Westphal[33]) und Bumm[34]) für den vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie eingetreten sind, und schon sind uns die polemischen Bekämpfungen dieser Methode von Seiten Ahlfelds[35]), Krömers[36]) und Kermauners[37]) nur noch wenig verständlich.

Dührssen rühmt mit Recht dem von ihm erfundenen vaginalen Kaiserschnitt nach, dass man mit dieser Operationsmethode imstande ist, den Uterus zu jeder beliebigen Zeit der Schwangerschaft oder der Geburt ohne Beihilfe von Wehentätigkeit in kurzer Zeit seines Inhalts zu entleeren. Er hat uns damit den Weg gewiesen, den wir bei der Eklampsie zu beschreiten haben, um zu jeder Zeit die schnelle Entbindung der Frau vornehmen zu können. Trotzdem bereits 15 Jahre seit dem Dührssenschen[38]) Vorschlag, diese Operation an Eklamptischen auszuführen, verflossen sind, beginnt sich diese Methode erst in den letzten Jahren nach der autoritativen Empfehlung Bumms einzubürgern. Das nur langsame Durchdringen der Dührssenschen Vorschläge erklärt sich meiner Meinung nach teilweise durch die Bezeichnung des Operationsverfahrens als „vaginaler Kaiserschnitt", womit sich unwillkürlich die falsche Vorstellung einer gefährlichen und überaus eingreifenden Operation verbindet. Alle Bemühungen Dührssens, die Operation als leicht ausführbar darzustellen, stehen eben in einem Widerspruch mit ihrem Namen. Die verdiente Popularisierung dieser Operation dürfte durch die von Bumm vorgeschlagene richtigere Bezeichnung Hysterotomia vaginalis anterior wesentlich gefördert werden. Dadurch soll der Ruhm Dührssens, diese Operation erfunden zu haben, keinesfalls verringert werden. Im Gegenteil, gerade die Einfachheit der Methode, ihre leichte Ausführbarkeit und ihr weites Anwendungsgebiet sind erst recht imstande, Dührssens Namen in der Geburtshilfe unsterblich zu machen. Die philologisch richtigere Bezeichnung der Operation als vaginaler Kaiserschnitt (a caeso matris utero), für welche Dührssen eintritt, sollte daher praktischen Erwägungen weichen, damit diese geniale Operation leichter die ihr gebührende richtige Stellung in der geburtshilflichen Operationslehre einnehmen kann. Das Princip der vaginalen Eröffnung der Uterushöhle gehört Dührssen, dass dieses in der Mehrzahl der Fälle durch Aufschneiden der vorderen Uteruswand allein, in wenigen Fällen durch Spaltung der vorderen und hinteren Wand zu geschehen hat, ist nur eine Anpassung des Princips an den gegebenen Fall.

Bevor ich nun über unsere Erfahrungen über den vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie berichte, möchte ich anführen, dass er in den ersten 8 Monaten dieses Jahres unter 20 Fällen von Eklampsie intra partum 7 mal an der Lebenden und einmal post mortem ausgeführt wurde, d. h. in 40% aller Fälle resp. in 37% der lebenden Eklamptischen.

Aus diesen Zahlen eine Statistik machen zu wollen, wäre ja natürlich ein verfehltes Bemühen. Dennoch mussten wir seit Einführung der Frühentbindung ein Sinken der Mortalität auf ein Drittel des früheren Betrages constatieren. Ziehen wir den moribund eingelieferten Fall, an dem die Sectio vaginalis post mortem ausgeführt wurde, nicht weiter in Betracht, ebenso einen septisch eingelieferten Fall, in dem die Section als Todesursache Septicaemie ergab, so hatten wir auf 18 Fälle von Eklampsie 2 Todesfälle oder eine Mortalität von 11,1%. Auf diese Todesfälle komme ich noch später zurück, ich möchte nur zuerst die Krankengeschichten der mit Hysterotomia vaginalis anterior behandelten Fälle kurz berichten[39]).

1. Fall. A. M., 24 Jahre alt, eingeliefert ins Hospital am 7. Mai 1910 (№ 7168), entlassen am 27. Mai 1910.

Pat. wurde aus dem XIV städtischen Gebärasyl in besinnungslosem Zustande in unser Hospital übergeführt.

Pat. ist zum ersten Mal schwanger, menstruiert seit ihrem 12. Lebensjahre alle 4 Wochen 7 Tage, Menses profus. Letzter Menstruationstermin unbekannt. In den ersten Monaten der Schwangerschaft litt Pat. an Uebelkeit und Erbrechen, später fühlte sie sich völlig wohl, dazwischen traten an den Beinen leichte Oedeme auf, auch bemerkte sie ein Gedunsensein des Gesichtes. Kurz vor dem ersten eklamptischen Anfall klagte Pat. über Stirnkopfschmerz. Erster Anfall am Morgen des 7. Mai. Seitdem ist Pat. bewusstlos. Zu Hause noch ein zweiter Anfall, der dritte auf dem Wege ins Hospital.

Gut gebaute, sehr fette Person. Temperatur 36,2, P. 88. Gesicht und Füsse geschwollen. Völlige Bewusstlosigkeit. Fundus uteri am processus ensiformis, Leibumfang in Nabelhöhe 105 cm. Beckenmasse normal. Erste Schädellage, Herztöne links unterhalb des Nabels. Der Kopf steht im Beckeneingang. Die unverletzte Fruchtblase liegt dem Kopfe an. Portio vaginalis verkürzt, Muttermund für 1 Finger durchgängig. Im Urin grosse Mengen Eiweiss. Die Harnsäule gerinnt beim Kochen vollständig. Während der Untersuchung ein neuer recht schwerer eklamptischer Anfall. Es wird sofort zur künstlichen Entbindung geschritten (Dr. W. Beckmann).

In Chloroformnarcose wird der Kopf aus dem Beckeneingang hinaufgeschoben und ein Metreurynter eingelegt, der mit 400 ccm. Borsäurelösung gefüllt wird. Längsschnitt durch die vordere Vaginalwand und Querschnitt im vorderen Fornix. Die Harnblase wird leicht nach oben hinaufgeschoben. Längsschnitt durch die vordere Uteruswand auf dem Metreurynter bis zur Plica anterior. Der Uterus liess sich dabei nur schwer und ungenügend herabziehen, so dass in der Tiefe gearbeitet werden musste. Um den Zugang zur Uterushöhle zu vergrössern, wurde ausserdem noch die hintere Muttermundslippe bis zum Fornix längs durchschnitten, wonach der Metreurynter heraussprang. Blasensprengung und ziemlich schwere Wendung des Kindes auf den Fuss, bedingt durch die Grösse des Kindes, ein geringes Quantum von Fruchtwasser und starke Uteruscontractionen. Langsame Extraction des Kindes. Placenta nach Credé exprimiert. Die Schnitte der Uteruswände wurden durch Jodcatgutknopfnähte geschlossen. Drainage des antecervicalen Raumes durch einen Marlystreifen. Vernähung der Vaginalwand.

Bei der Extraction des Kindes kam es zu einem tiefen Scheidendammriss, der bis zum Fornix vaginae hinaufreichte und stark blutete. Derselbe wurde vernäht.

Das Neugeborene, ein lebender Knabe, hatte ein Gewicht von 4000 grm., sein Kopfumfang betrug 39 cm.

---

32) v. Winckels Handbuch der Geburtshilfe.
33) Centralbl. f. Gyn. 1903 Nr. 46.
34) Centralbl. f. Gyn. 1902 Nr. 52.
35) Ibidem 1904 Nr. 10.
36) Ibidem Nr. 19.
37) Ibidem Nr. 36.
38) Allg. Deutsche Aerztezeitung 1895 Nr. 7 u. 8.

39) Nach Abschluss dieser Arbeit habe ich noch in einem 8-ten Falle den vaginalen Kaiserschnitt wegen Eklampsie gemacht. Es handelte sich um eine XII-para, 29 Jahre alt. Nach der Entbindung hatte sie noch 10 Anfälle und ist jetzt bereits reconvalescent. Das Kind, ein Mädchen von 3100,0 Gewicht, kam lebend zur Welt.

Nach der Operation kam die Pat. bald zum Bewusstsein. Temp. 37,7, P. 116—120. Der mit dem Katheter entleerte Urin enthielt 3‰ Eiweiss. Abends ein neuer eklamptischer Anfall mit Verlust des Bewusstseins.

8. Mai. Bewusstsein getrübt. P. 88, Temp 37,8—37. Keine neuen Anfälle. Tampon aus dem vorderen Scheidengewölbe entfernt.

9. Mai. 36,9—37,4, P. 88. Fast völliges Bewusstsein. Urin sauer, spec. Gew. 1015 ohne Bodensatz, enthält 1¼ ‰ Eiweiss.

10. Mai. 37,1—37,7, P. 90. Allgemeinbefinden gut. Zunge feucht, Leib weich, Lochien blass, Fundus uteri 2 Querfinger unterhalb des Nabels.

Der weitere Verlauf war reactionslos. Vom 6. Tage an kein Eiweiss im Urin. Leichte Cystitis in der zweiten Woche als Folge der Katheterisierung.

Am 20. Tage gesund mit dem Kinde entlassen. Uterus etwas grösser als normal, beweglich, Scheidengewölbe frei. Dammriss verheilt. Im vorderen Scheidengewölbe eine granulierende Stelle, die vordere Muttermundslippe ist kürzer als die hintere.

2. Fall. A. A., 17 Jahre, eingeliefert 27/IV 1910 (№ 6704) um 12 Uhr, entlassen am 15. Mai.

Die kräftig gebaute, gut genährte, bewusstlose Pat. ist zum ersten Mal schwanger. Temp. 37,4, P. 96. Bauchdecken und Gesicht ödematös. Starkes Oedem der äusseren Geschlechtsteile. Fundus uteri 1 Querfinger oberhalb des Nabels. Zu Hause war ein eklamptischer Anfall und mehrfaches Erbrechen. Urin sauer, spec. Gew. 1026, enthält 4‰ Eiweiss. Keine Wehen. Cervix nicht verkürzt, Muttermund fast verschlossen, Schädellage. Operation in Chloroformnarkose (Assistenzärztin Dr. A. A. T s c h e r k a s s o w a). Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe durch die Vaginalwand. Die Blase wird leicht nach oben geschoben. Darnach Längsschnitt durch die Vaginalwand. Eröffnung der Gebärmutterhöhle durch einen Sagitalschnitt durch die vordere Cervix- und Uteruswand. Die Fruchtblase wird gesprengt. Leichte Wendung und Extraction eines 1100 grm. schweren lebenden Foetus. Manuelle Entfernung der Placenta wegen Blutung. Uterus- und Scheidenwand mit Catgut vernäht. Drainierung des antecervicalen Raumes durch einen schmalen Marlystreifen.

Die Pat. kam bald zum Bewusstsein. 24 Stunden nach der Geburt war noch ein eklamptischer Anfall. Leichte puerperale Endometritis mit Fiebersteigerung im Verlaufe einiger Tage. Pat. erholte sich schnell. Vom 10. Tage an war der Urin eiweissfrei. Pat. wurde am 19. Tage genesen entlassen bei normalem Genitalbefunde.

3. Fall. I. H., 21 Jahre alt, eingeliefert am 26. Mai 1910 um 5¾ Uhr morgens (№ 8024).

Pat. ist bewusstlos, zum ersten Mal schwanger. Zu Hause 5 Anfälle von Eklampsie. Bald nach Aufnahme in die Abteilung neuer recht schwerer Anfall. Letzte Menstruation am 4. October. Die Grösse der Gebärmutter entspricht 7 Lunarmonaten. Keine Wehen. Cervix etwas verkürzt. Muttermund eröffnet auf 1½ Querfinger. I Schädellage. Temp. 37,7, P. 120. Der mit dem Katheter entleerte Urin (100,0) reagiert sauer, sp. Gew. 1015. enthält 3‰ Eiweiss. Es wird ein Metreurynter eingelegt, wobei das Fruchtwasser abgeht. Um 6 Uhr 50 M. und 9 Uhr 40 M. je ein Anfall von Eklampsie. Keine Wehen.

Vaginaler Kaiserschnitt in Chloroformnarcose (Assistenzarzt Dr. M. I. R y s h k o f f). T-schnitt durch die vordere Vaginalwand. Die Harnblase wird leicht abgelöst und hinaufgeschoben. Cervix und unteres Uterinsegment sagital mit der Scheere bis zur Plica durchschnitten. Wendung und leichte Extraction eines lebenden Mädchens von 1450 grm. Gewicht. Placenta nach Credé exprimiert. Uteruswand und Scheidenwand werden mit je einem fortlaufenden Catgutfaden vernäht. Ein kleiner Dammriss wird mit einigen Catgutnähten vernäht. Nach der Geburt 4 weitere eklamptische Anfälle um 10, 10½, 12 und 1½ Uhr tags. Pat. kam nach 24 Stunden zum Bewusstsein und erholte sich schnell. Heilung per primam. Vom 10. Tage an kein Eiweiss im Urin. Genesen entlassen bei normalem Genitalbefund. Das Kind starb 24 Stunden nach der Geburt.

4. Fall. P. F., 43 Jahre alt, wurde in besinnungslosem Zustande am 22. Juni um 11 Uhr morgens in die gynäkologische Abteilung des Obuchowhospitals eingeliefert.

Pat. ist zum 12. Mal schwanger. Sie erkrankte am 21. Juni um 5 Uhr abends. Zu Hause hatte sie 9 eklamptische Anfälle, nach dem ersten verlor sie bereits die Besinnung.

Pat. ist schlecht genährt und anämisch. Leichte Oedeme der Füsse. Temp. 38,8, P. 84. Fundus uteri 2½ Querfinger über dem Nabel. Die Grösse der Gebärmutter entspricht einer 7 monatlichen Schwangerschaft. Die Herztöne des Kindes sind nicht zu hören. Die Cervix ist ein wenig verkürzt, der Cervicalcanal ist für einen Finger durchgängig, Fruchtblase heil, der Kopf ballotiert über dem Beckeneingang.

In die Gebärmutter wird ein Metreurynter eingelegt, der mit 350 ccm. Borlösung gefüllt wird. Injection von 0,015 Morphium subcutan. Durch den Katheter wird eine geringe Menge Urin entleert, er enthält 10‰ Eiweiss. Um 1 Uhr wird bei Abwesenheit jeglicher Wehentätigkeit zum vaginalen Kaiserschnitt (Dr. W. B e c k m a n n) geschritten. Chloroformnarcose. Der Allgemeinzustand der Pat. ist sehr schlecht. Coma, Cyanose. Es werden 2 Seidenfadenzügel an die vordere Muttermundslippe gelegt. Sagittaler Schnitt durch die vordere Vaginalwand und dazu kleiner Querschnitt. Die Harnblase wird leicht abgelöst und nach oben geschoben. Längschnitt durch die vordere Uteruswand auf dem Metreurynter so weit hinauf, bis der Metreurynter leicht heraus kommt. Leichte Wendung und Extraction des Foetus. Placenta nach Credé exprimiert. Die Uteruswand und die Vaginalwand werden mit je einem fortlaufenden Catgutfaden vernäht. Einige Knopfnähte auf den Querschnitt. Ungemein leichte und schnelle Operation. Keine Blutung. Das Blut war cyanotisch, fast schwarz. Das Kind, ein Knabe, kam tot zur Welt, es wog 1200 grm.

Die Abendtemperatur war 38,6, P. 116. Keine Anfälle. Pat. ist besinnungslos, macht den Eindruck einer schwer Kranken. Uterus gut contrahiert. Mit dem Katheter einige Cubikcentimeter Urin entleert. Leichter Icterus. Nachts Temp. 38,8, P. 120.

23. Juni Temp. 39,3, P. 120, R. 30. Pat. ist besinnungslos. Allgemeinzustand schwach. Der Icterus ist stark ausgeprägt. Keine Anfälle. Anurie. In den Lungen keine Rasselgeräusche, erschwertes Atmen. Herztöne dumpf.

5 Uhr abends: 39,9, Anurie, Allgemeinzustand sehr schwer. Puls klein, kaum fühlbar, 6½ Uhr abends exitus letalis.

D i a g n o s i s a n a t o m i c a: Hypertrophia et dilatatio cordis gradus medii. Pleuritis adhaesiva chronica dextra partialis. Hyperaemia et oedema pulmonum. Pneumonia interstitialis chronica tuberculosa apicis pulmonis dextri. Hyperplasia chronica lienis. Infiltratio adiposa, degeneratio parenchymatosa et necrosis disseminata hepatis Nephritis chronica diffusa. Haemorrhagiae punctatae vesicae urinariae. Uterus post partum. Sectio vaginalis caesarea. Oedema et anaemia cerebri. Icterus. E k l a m p s i a.

In diesem Falle wurde die Nierendecapsulation, als letztes Mittel, die Pat. zu retten, in Erwägung gezogen. Trotz der völligen Anurie sah ich von der Operation ab, da der Icterus auf schwere destructive Veränderungen in der Leber schliessen liess, wie sie tatsächlich später bei der Section und mikroskopisch in hohem Grade nachgewiesen werden konnten. Die Section zeigte auch, dass die nicht vergrösserten Nieren keinerlei Druck von Seiten der Kapsel erlitten und die Decapsulation in diesem Falle keinerlei Resultat ergeben hätte.

5. Fall. № 10399. 1910. M. P., 23 Jahr alt. Eingetreten den 18. Juli 1910, entlassen 3. August 1910.

Pat. wurde in besinnungslosem Zustande eingeliefert. Die anamnestischen Daten wurden zum Teil nachträglich erhoben.

Pat. ist früher stets gesund gewesen. Menstruiert seit dem 20. Lebensjahr 4 wöchentlich 4 Tage lang ohne Beschwerden. Ueber die letzte Periode und erste Kindsbewegung kann Pat keine Angaben machen Sie ist zum ersten Mal schwanger. In den letzten Monaten häufig Kopfschmerzen, auch bemerkte Pat. deutliche Oedeme an den Füssen und Unterschenkeln.

Erkrankte am 18. Juli. Zu Hause 3 eklamptische Anfälle mit Bewusstseinsverlust. Nach Einlieferung in die Abteilung noch ein ziemlich schwerer Anfall.

Pat. ist gut genährt und kräftig gebaut. Haut und Schleimhäute blass. Leichtes Oedem der unteren Extremitäten, das Gesicht ist gedunsen. Temp. 37,3, P. 108. Atmung 16, laut Pupillen eng (Morphiuminjection). In dem mit dem Katheter entleerten Harne ist Eiweiss nachzuweisen — 1½‰ nach Essbach. Beckenmasse 26, 28, 31, 20. Der Uterus ist entsprechend einer ausgetragenen Schwangerschaft vergrössert. Herztöne rechts unterhalb des Nabels. Während der Untersuchung keine Wehen zu bemerken. Die portio vaginalis ist verkürzt, der Muttermund für 1½—2 Querfinger durchgängig, die Muttermundslippen dick. Das Köpfchen ballotiert über dem Beckeneingang. Es wird sofort ein Metreurynter eingelegt, der mit ca 350,0 Flüssigkeit gefüllt wird, und zur Entbindung geschritten.

O p e r a t i o n in Chloroformnarcose (Dr. W. B e c k m a n n 25—30 Minuten). Längsschnitt durch die Vaginalwand bis zum Ansatz der Blase. Diese wird leicht abgelöst und hinaufgeschoben. Längsschnitt durch die vordere Uteruswand auf dem Metreurynter, beginnend vom Orificium externum ohne die Peritonealumschlagsfalte zu eröffnen, so weit, bis der Metreurynter aus dem Uterus heraus kam. Die Gebärmutter wurde durch Zug am Metreurynter herabgezogen, die Gebärmutterwand wurde nicht mit Kugelzangen gefasst. Die Blase war durch ein vorderes Vaginalspeculum nach vorn gezogen und geschützt. Trotz der Enge der Vagina liess sich die vordere Uteruswand leicht durchschneiden, eine wesentliche Blutung aus den Schnitträndern war nicht vorhanden,

Nachdem der Metreurynter extrahiert war, wurde die Fruchtblase gesprengt, das Kind auf den Fuss gewandt und extrahiert. Lebender Knabe, 3000 g. schwer. Die Placenta wurde nach Credé exprimiert. Sowohl die Uteruswand als auch die Vaginalwand wurden mit je einem fortlaufenden Catgutfaden vernäht. Ein kleiner Riss der hinteren Vaginalwand über dem Introitus gleichfalls fortlaufend vernäht. Die ganze Operation war leicht und dauerte nicht lange. Abends: Temp. 37,0, P. 88. Pat. schläft Nach der Geburt keine weiteren Anfälle.

19. Juli 37,0, P. 60, abends 37,1, P. 96. Keine Anfälle. Pat. ist zu sich gekommen, antwortet auf Fragen. Allgemeinbefinden gut. Die Zunge ist zerbissen, feucht. Fundus uteri 3 Querfinger unter dem Nabel, Ausscheidung blutig. Durch den Katheter 1200 Urin entleert, er enthält nur noch $^1/_4$ ‰ Eiweiss.

20. Juli 36,8. P. 88, abends 37,4. P 88. Allgemeinbefinden gut. Pat. stillt ihr Kind. Uriniert spontan. Urinquantum 650. Uterus gut contrahiert.

21. Juli 36,5—36,9, P. 84—80. Allgemeinbefinden gut. Im Urin kein Eiweiss. Lochien serös. Uterus gut contrahiert. Weiterer Verlauf normal. Die Gebärmutter war am 10. Tage in der Beckenhöhle.

Pat. wurde am 15. Tage mit dem Kinde entlassen. Genitalbefund völlig normal, überall prima intentio.

6. Fall. 1910. № 10733. A. E., 26 Jahre alt. Eingetreten am 25. Juli, entlassen am 25. August.

Pat. wurde besinnungslos eingeliefert. Die später erhobene Anamnese ergab, dass Pat. seit ihrem 16. Lebensjahre alle 4 Wochen 4–5 Tage lang regelmässig menstruiert. Ueber das Datum der letzten Regel kann sie keine Angaben machen. Pat. hat einmal vor 2 Jahren ein lebendes Kind geboren. Das Wochenbett verlief normal. Vom Beginn der zweiten Schwangerschaft an bis zu ihrer Erkrankung litt Pat. an Erbrechen und Schwellung der Beine. Des Beginnes ihrer Erkrankung und des ersten Anfalls erinnert sie sich nicht. Zu Hause wurden 2 eklamptische Anfälle constatiert.

Status praesens. 37,0, P. 90. Gut gebaut, von mittlerer Ernährung. Der Fundus des schwangeren Uterus reicht bis 1 Querfinger über den Nabel. Portio vaginalis nicht verstrichen, Cervicalcanal für einen Finger durchgängig. Fruchtblase heil, das Köpfchen ballotiert über dem Beckeneingang. Herztöne links unterhalb des Nabels.

Der Urin enthält 6 ‰ Eiweiss und Cylinder. Während der Vorbereitung zur Operation 2 schwere eklamptische Anfälle.

Vaginaler Kaiserschnitt in Chloroformnarcose (Assistenzärztin Dr. A. A. Tscherkassowa). Zunächst wird ein Metreurynter eingelegt. T-schnitt durch die Scheidenwand. Leichte Ablösung der Blase, die hinaufgeschoben wird. Längsschnitt durch die vordere Cervix- und Uteruswand, bis der Metreurynter, an dem der Uterus herabgezogen wird, herausspringt. Die Fruchtblase wird gesprengt und das Kind gewandt und am Fuss extrahiert. Die Placenta wird manuell entfernt. Uteruswand und Vaginalwand werden mit je einem fortlaufenden Catgutfaden vernäht. Technisch leichte und schnelle Operation.

Die Frucht kam lebend zur Welt. Mädchen, 1400,0 grm. schwer.

Das Puerperium verlief normal. Am ersten Tage war Pat. sehr unruhig und sprang beständig auf. Nach 2 Tagen kehrte das Bewusstsein wieder. Nach der Geburt traten keine eklamptischen Krampfanfälle auf. Am 4. Tage betrug die Eiweissmenge im Urin $^1/_4$ ‰, am 7. Tage waren nur noch Spuren und am 9. Tage kein Eiweiss nachzuweisen. Die Wunde verheilte per primam nur am äusseren Muttermunde ging die Naht etwas auseinander. Genesen entlassen.

7. Fall. Nr. 12285, A. Tsch., 38 J. a., wurde am 2. September aus der therapeutischen Abteilung des Hospitals, wo sie 3 Tage lang wegen Mitralstenose und Nephritis in Behandlung war, in die gynäkologische Abteilung übergeführt. Am Morgen des 2. Septembers bekam Pat. in der therapeutischen Abteilung einen schweren eklamptischen Anfall und verlor die Besinnung.

Stat. präsens: Anämische Pat. mit Oedemen der Beine und äusseren Genitalien. Herzgrenze nach links bis $1^1/_2$ Querfinger nach aussen von der lin. mamill. sin, nach rechts bis zur Mitte des Sternum. An der Herzspitze ein präsystolisches Geräusch. Im Urin 1 ‰ Eiweiss. P. 104, T° 37,4. Keine Wehentätigkeit. Die Grösse des Uterus entspricht einer IX-monatlichen Schwangerschaft. II. Schädellage. Herztöne rechts unten. Portio vaginalis unverkürzt, Muttermund für 1 Finger durchgängig. Das Köpfchen ballotiert über dem Beckeneingang.

Aus der später erhobenen Anamnese ergab es sich, dass die Pat. zum 4. Mal schwanger und die letzte Menstruation am 25. December 1909 war. Die letzten Monate hatte sie an Oedemen und Kopfschmerzen gelitten, auch Uebelkeiten und Erbrechen waren häufig vorhanden.

Während zur Operation geschritten wird, hat Pat. einen zweiten eklamptischen Anfall.

Hysterotomia vaginalis anterior in Chloroformnarkose. (Dr. W. Beckmann). Es wird ein Metreurynter von Champetier de Ribes eingelegt und mit 450 ccm. Flüssigkeit angefüllt. Durch Zug am Metreurynter wird der Uterus herabgezogen, die portio vaginalis sagittal zerschnitten und an der Stelle des Ueberganges der Blase der Schnitt allein durch die Vaginalwand weiter nach aussen fortgeführt. Leichtes Abschieben der Blase von der Cervix. Die Blase wird durch eine vordere Platte nach oben gehoben, und der Schnitt durch die vordere Uteruswand nach oben hin fortgeführt so weit, bis der Metreurynter herausgezogen werden kann. Wendung und Extraction eines lebenden 2600,0 schweren Mädchens. Die Placenta wurde nach Credé exprimiert, die Uteruswand mit Knopfnähten, die Vaginalwand mit einem fortlaufenden Catgutfaden vernäht. Der präcervicale Raum wurde durch einen Marlystreifen drainiert. Leichte Uterusatonie.

Nach der Operation im Laufe des Tages 2 eklamptische Anfälle. T° 37,2, P. 64.

3/IX. Früh morgens 7 eklamptische Anfälle, danach stieg die Temperatur bis 38,6, P. 116. Eiweiss $^3/_4$ ‰. Abends T° 38,2. P. 100. Bei genügender Diurese sank der Eiweissgehalt in den nächsten Tagen schnell und verschwand am 3 Tage ganz. Pat. wurde am 3. Tage sehr unruhig, antwortete zwar auf laute Fragen, schrie aber unaufhörlich laut und hatte geradezu Tobsuchtsanfälle. Die Temperatur blieb subfebril, der Puls war 76—86. Am 8. September, nachdem Pat. die ganze Nacht sehr unruhig gewesen und getobt hatte, fing sie an zu husten, die T° stieg bis 38,0. Die Herztätigkeit wurde schlecht, es wurde von Therapeuten eine Dämpfung links hinten unten mit Bronchialatmen constatiert. Am 9. September morgens starb Pat.

Die Section ergab in den Genitalorganen nichts Abweichendes von der Norm. Als Todesursache wurde eine chronische Mitralstenose und acute Endocarditis verrucosa nebst Hydrothorax und hypostatischer Pneumonie festgestellt.

Die Leber war fettig infiltriert, ebenso die Nieren, die ausserdem eine chronische interstitielle Nephritis aufwiesen. Anaemie und Oedem des Gehirns.

In unseren 7 Fällen von vaginalem Kaiserschnitt handelte es sich 4 mal um Erstgebärende, 1 mal um eine II-para, 1 mal um eine IV-para und 1 mal um eine XII-para.

Die zielbewusste Frühentbindung nach dem ersten Anfall von Eklampsie ist seit Beginn dieses Jahres in unserer Abteilung zum Princip erhoben, was bis jetzt, meines Wissens, in Russland noch nirgends durchgeführt wird.

Von den wenigen Geburtshelfern, die den vaginalen Kaiserschnitt wegen Eklampsie bei uns gemacht haben, ist die Operation für die schwersten Fälle reserviert worden. So sagt Pobedinsky[40]), dass der vaginale Kaiserschnitt die beste Methode der Schnellentbindung sei in den Fällen, wo man schon im Beginn der Krankheit voraussagen könne, dass sie einen schweren Verlauf nehmen würde — bei Anurie, erhöhter Temperatur und frühzeitig auftretendem Coma. Cholmogoroff[41]) scheint ein wenig activer vorgegangen zu sein, Okintschitz[42]) hat dagegen eine grosse Anzahl von Anfällen in der Klinik in seinen 4 Fällen abgewartet, bevor er den vaginalen Kaiserschnitt ausführte. Litschkuss[43]), der die Operation zwar keinmal ausgeführt hat, findet sie nur in Deutschland, wo die Mortalität so gross sei, am Platz, bei uns könne man bei den alten Methoden bleiben, da unsere Mortalität ja viel geringer sei (6–8,5 %) und die frühe Entbindung bei uns praktisch nicht durchführbar wäre.

Wir konnten nur in 1 Falle den vaginalen Kaiserschnitt sofort nach dem ersten Anfall machen, in der übrigen Fällen gingen der Operation 2, 4, 4, 4, 8 und 9 Anfälle voraus, so dass dem Dührssenschen Postulat, nach dem ersten Eklampsiesymptom zu operieren, in der Mehrzahl der Fälle nicht genügt werden konnte. Doch geschah dies aus von uns unabhängigen Gründen, weil die Kranken zu spät

[40]) Journ. Akuscherstwa. 1909. Nr. 2.
[41]) Russkij Wratsch. 1910. Nr. 21.
[42]) Russkij Wratsch. 1910. Nr. 13.
[43]) Journal Akuscherstwa. 1910. Nr. 3.

eingeliefert wurden. Zu den Fällen III und VII hatten die Kranken in der kurzen Zeit, während die Vorbereitungen zur Operation gemacht wurden, je 2 Anfälle. Henkel[44]) sagt mit Recht, dass beweisend für den Effect der Operation nur die sofortige Entbindung nach dem ersten Eklampsiesympton ist. Ist das Gift erst in grösseren Mengen im Kreislauf, dann vermag die Schnellentbindung auch nichts mehr zu erzielen. In einem unserer tötlich verlaufenen Fälle waren 9 schwere eklamptische Anfälle der Operation vorausgegangen. Der tötliche Ausgang fällt in diesem Falle der Operation nicht zur Last, sondern ist auf die schwere Erkrankung zu beziehen (Anurie, Lebernecrose, Icterus), die mit einer chronischen diffusen Nephritis compliciert war. Im zweiten letal verlaufenen Falle constatierte die Autopsie als Todesursache eine Exacerbation einer chronischen Endocarditis mit Mitralstenose, die bei bestehender Nephritis zu einer hypostatischen Pneumonie geführt hatte.

Nach der Entbindung wiederholten sich die Anfälle in 4 unserer Fälle, was aber noch nicht gegen die Operation spricht, vielmehr hatten wir den Eindruck, dass die Krankheit ohne schnelle Entbindung einen viel schwereren Verlauf genommen hätte.

Dührssen konnte bereits im Jahre 1906 im Handbuch der Geburtshilfe v. Winckels 112 Fälle von vaginalem Kaiserschnitt wegen Eklampsie sammeln, die eine Mortalität von 15% ergaben; an Sepsis starben 2 Fälle, d. h. 2%. Bei consequenter Durchführung des Princips der sofortigen Entbindung durch vaginalen Kaiserschnitt hatte Veit[45]) in 33 Fällen nur 1 Todesfall an schon vor der Operation vorhandener Pneumonie. Der klassische Kaiserschnitt gibt nach Hammerschlag eine Mortalität von 53% (darunter 12% an Sepsis) bei Eklampsie, und daher kann man Seitz[46]) nur Recht geben, wenn er sagt, dass der vaginale Kaiserschnitt am meisten Mütter und Kinder rettet, und dass das Resultat bei Eklampsie um so besser ist, je früher der Uterus entleert wird.

Fritsch[47]) nennt den vaginalen Kaiserschnitt die beste und aussichtsvollste Behandlung der Eklampsie, vorausgesetzt, dass sofort und schnell operiert werden kann.

Unsere kleine Eklampsiestatistik ergibt gleichfalls eine bedeutende Herabsetzung der Mortalität, trotzdem wir nur in 1 Falle die Möglichkeit hatten, eine Frühentbindung, d. h. Entbindung nach dem ersten Anfall durchzuführen und uns in den übrigen Fällen auf eine Schnellentbindung beschränken mussten.

Was die Technik und Ausführbarkeit der Operation anbetrifft, so müssen wir sie als leicht für den specialistisch geschulten Gynäkologen bezeichnen. In dieser Beziehung hat Dührssen vollkommen Recht; ähnlich sprechen sich jetzt alle Autoren aus, und es herrscht darüber keine Meinungsdifferenz mehr. Jung[48]) nennt sie verblüffend leicht, Gauss[49]) — eine lebenssichere Operation, Schwabe[50]) — eine exacte chirurgische Operation mit leicht controllierbaren Verhältnissen. Cholmogorow[51]) sagt, dass jeder, der sich durch persönliche Erfahrung von der Einfachheit der Technik, der Ungefährlichkeit der Operation und von der Schnelligkeit überzeugt hat, mit welcher man zum Ziele kommt, den vaginalen Kaiserschnitt den übrigen groben und sogar gefährlicheren Methoden vorziehen wird. Ebenso urteilen alle übrigen Autoren, denen wir uns auf Grund eigener Erfahrung anschliessen müssen. Damit fällt dann der Widerspruch Ahlfelds[52]) gegen diese Methode als „lebensgefährliche Operation" fort. Ich glaube auch nicht, dass Ahlfeld jetzt nach 7 Jahren seine Ansicht, der klassische Kaiserschnitt sei dem vaginalen vorzuziehen, noch weiter aufrecht erhalten kann. Dagegen sprechen doch zu viel Erfahrungen der verschiedensten Geburtshelfer. Um eine Vorstellung von der geringen Gefährlichkeit des Eingriffes als solchen zu bekommen, führe ich nur an, dass Dührssen für denselben eine Mortalität von weniger als 1% berechnete, weswegen er die Operation als ungefährlich bezeichnet. Seitz[53]) hatte bei 70 nach den verschiedensten Indicationen ausgeführten vaginalen Kaiserschnitten 2 Todesfälle, in denen aber die Ursache des tötlichen Ausgangs nicht die Operation war.

Der Eindruck, den wir von unseren Fällen erhielten, war der, dass es sich bei unausgetragenen Früchten und bei Mehrgebärenden um eine spielend leicht auszuführende Operation handelt. Auch im Fall V, Erstgebärende mit ausgetragenem Kinde, war die Operation leicht. Nur im Falle I mit einem sehr grossen Kinde, enger, unnachgiebiger Vagina einer Erstgebärenden und wenig Fruchtwasser war das Operationsgebiet schwerer zugänglich zu machen. Der Uterus liess sich wenig vorziehen, und es musste in der Tiefe gearbeitet werden. Die genannten technischen Schwierigkeiten hätten sich aber beseitigen lassen, wenn wir den Rat Dührssens, bei Erstgebärenden eine tiefe Scheidendammincision zu machen, befolgt hätten. Dadurch hätte sich wohl auch die tiefe Ruptur bis zum Fornix vaginae vermeiden lassen.

Aehnliche Erfahrungen machten Uthmöller[54]), Nadory[55]) und Nacke[56]), die gleichfalls die Scheidendammincision zu machen unterliessen, was sie später bedauerten, der erste wegen der schwierigen Extraction, der zweite wegen eines zustandegekommenen totalen Dammrisses und der letzte wegen der ungenügenden Zugänglichkeit des Operationsgebietes. Bei Erstgebärenden muss daher die Scheidendammincision jedesmal in Erwägung gezogen werden, bei engen und wenig nachgiebigen Weichteilen und grossem Kinde ist es jedenfalls ratsamer, denselben vorher auszuführen. In unserem V Falle konnte ein 3000 grm. schweres Kind bei der Erstgebärenden leicht extrahiert werden, das Operationsfeld war genügend zugänglich, und es entstand nur ein kleiner Schleimhautriss, trotzdem wir den Scheidendammschnitt nicht anlegten.

In 6 Fällen beschränkten wir uns auf die Hysterotomia anterior, nur im I Falle wurde auch die hintere Lippe bis zum Fornix vaginae gespalten, ohne das Douglasperitoneum hinaufzuschieben. Die meisten Operateure beschränken sich jetzt auf die Spaltung der vorderen Uteruswand, bei grossen Kindern ist es vielleicht anzuraten, auch die hintere Wand mehr oder weniger hoch hinaufzuspalten, um ein Weiterreissen des vorderen Schnittes sicher zu vermeiden. In keinem unserer Fälle wurde weder

44) Centralbl. f. Gyn. 1910. Nr. 28 und 1905. Nr. 48.
45) Verhandl. des Gynäkologen-Congresses in Kiel 1905.
46) Arch. f. Gynäk. Bd. 90. H. 1.
47) Deutsche Med. Wochenschr. 1908. Nr. 33.
48) Deutsche Med. Wochenschr. 1906. Nr. 31.
49) Centralbl. f. Gyn. 1909. Nr. 40.
50) Centralbl. f. Gyn. 1907. Nr. 19.
51) Russkij Wratsch. 1910. Nr. 21.
52) Centralbl. f. Gyn. 1903. Nr. 52.
53) Auch f. Gyn. Bd. 90.
54) Centralbl. f. Gyn. 1906. Nr. 10.
55) Ibidem. 1907. Nr. 39.
56) Ibidem. 1909. Nr. 6.

absichtlich noch unabsichtlich die Peritonealhöhle eröffnet.

Döderlein[57]) und Lunkenbein[58]) empfahlen, als Vereinfachung der Operation die Uteruswand zu spalten, ohne das Scheidengewölbe abzutrennen und die Blase abzupräparieren. Trotzdem ich mich an vaginalen Uterusexstirpationen nach Döderlein davon vielfach überzeugt habe, wie leicht sich der Uterus von der Blase abziehen lässt, habe ich dieses Verfahren beim vaginalen Kaiserschnitt nicht angewandt, einerseits weil ich das Operieren im Dunkeln vermeiden wollte, und andererseits doch seltene Fälle vorkommen, wo die Verbindung zwischen Blase und vorderer Uteruswand eine ungewöhnlich feste ist. In diesen Fällen könnte bei diesem Vorgehen doch eine geringe Gefahr einer Blasenverletzung bestehen. Dieselbe ist beim typischen Vorgehen nach Dührssen sicher ausgeschlossen, und die Ablösung der Blase nach Durchschneidung der Scheidenwand machte keinerlei Schwierigkeiten.

In allen unseren Fällen wurde der Dührssensche[59]) Metreurynterschnitt ausgeführt, d. h. es wurde am in die Uterushöhle eingeführten Metreurynter ein starker Zug nach unten und hinten ausgeübt, eine vordere Platte ins vordere Scheidengewölbe eingeführt und nach Abschiebung der Blase die Uteruswand auf dem Metreurynter gespalten. In einigen Fällen wurden 2 Seidenfadenzügel in die vordere Lippe und eine Sutur durch den oberen Wundwinkel angelegt, doch ist dies bei einem zugfesten Metreurynter überflüssig. Auch bei schwer zugänglichem Operationsgebiet braucht man sich wegen der späteren Versorgung des Schnittes keine Sorgen zu machen, da nach Entleerung des Uterus die ganze Wunde leicht vorgezogen und dadurch dem Auge zugänglich gemacht werden kann. Die Vernähung derselben durch Knopfnähte oder eine fortlaufende Naht macht daher keinerlei Schwierigkeiten.

Der Zug am Metreurynter lässt es zu keiner nennenswerten Blutung aus den Schnitträndern kommen, nach der Entbindung steht jegliche Blutung aus den Wundrändern.

Nur in 3 Fällen haben wir nach Dührssens Rat den antecervicalen Raum durch einen schmalen Marlystreifen drainiert. In den übrigen Fällen wurde die Wunde völlig geschlossen.

Die Placenta wurde sofort 5 mal nach Credé und zweimal manuell entfernt, dadurch wurden Erschlaffungen der Gebärmutter beseitigt. Atonische Blutungen haben wir nicht beobachtet und daher auch nicht zur Uterustamponade greifen müssen.

In allen Fällen haben wir die Operation im Beginn der Geburt bei wenig oder fast gar nicht eröffnetem Muttermunde gemacht. Die Wehentätigkeit fehlte entweder ganz oder war nur schwach vorhanden.

Von den Kindern kamen 6 lebend und 1 tot zur Welt. Letzteres war aber bereits vor der Operation abgestorben, so dass diese allen Anforderungen inbezug auf die Rettung der Kinder genügte.

Mit Leopolds[60]) Meinung, der vaginale Kaiserschnitt sei nur bei Aussicht auf ein lebendes Kind auszuführen, im gegenteiligen Falle aber Metreuryse und Perforation auszuführen, kann ich mich nicht einverstanden erklären, da ich die Operation nicht allein zur Rettung des Kindes, sondern auch zwecks Rettung der Mutter mache.

Trotz der Einfachheit der Operation möchte ich mich doch gegen eine Ausführung derselben im Privathause aussprechen. Daraus folgt, dass alle Eklampsiefälle der Anstaltsbehandlung so bald als irgend möglich zuzuweisen sind. Dührssen glaubt, dass die Operation besonders mit Hilfe des Metreurynterschnittes im Privathause leicht auszuführen ist, und empfiehlt dem angehenden Geburtshelfer, sich die nötige Fertigkeit durch Uebung an einem eigens zu dem Zweck construierten Phantom anzueignen. Uthmöller[61]) und Stähler[62]) haben die Operation in ärmlichen Wohnungen mit Erfolg ausgeführt, ersterer rät jedoch, die Operation der Klinik zu reservieren, ebenso spricht sich Jung aus.

Es wäre noch die Frage zu erörtern, ob durch den vaginalen Kaiserschnitt der Patientin Gefahren in der Zukunft und bei späteren Geburten erwachsen könnten. Wir wissen vom klassischen Kaiserschnitt, dass die nach ihm im Uterus zurückbleibende Narbe eine schwache Stelle darstellt, die sehr wohl durch spätere Wehentätigkeit gedehnt werden kann. Auch Rupturen von Kaiserschnittsnarben sind beschrieben worden.

Dührssen[63]) dürfte aber Recht haben, wenn er das Zustandekommen der Rupturen nach klassischen Kaiserschnitten so erklärt, dass es zu einer Verdünnung der Narbe durch ein Zurückweichen der Muskelränder infolge von Muskelcontractionen kommt. Dieses Auseinandergehen der exact genähten Muskelwundränder kommt beim vaginalen Kaiserschnitt nicht in Frage, da eine puerperale Umformung des Nahtgebietes im Collum nicht zustande kommt, sobald man die Spaltung der Muskelwand möglichst wenig über den inneren Muttermund hinaufführt. Eine genaue Vereinigung der nicht dicken Uteruswand ist ja beim vaginalen Kaiserschnitt viel leichter als beim klassischen auszufuhren.

Dührssen[64]) konnte sich von der Festigkeit der Narbe nach vaginalem Kaiserschnitt in einem Falle gelegentlich einer später vorgenommenen Colpocoeliotomia anterior überzeugen.

Von Bardeleben[65]) constatierte bei der Nachuntersuchung von 8 Fällen von vaginalem Kaiserschnitt 5 mal eine völlige Wiederherstellung der Portio vaginalis, 2 mal Einkerbungen, die innerhalb physiologischer Grenzen lagen, und nur 1 mal einen etwas grösseren, jedoch auch auf die Portio vaginalis beschränkten Spalt. Weder Verlagerungen noch Ausfluss oder sonstige Abnormitäten konnten als Folgeerscheinungen des vaginalen Kaiserschnittes aufgefunden werden.

Die Beobachtungen von Geburten nach vorhergegangenen vaginalen Kaiserschnitten sind ja naturgemäss noch recht wenig zahlreich. Es scheint aber doch, dass man schon jetzt sagen kann, dass eine Rupturgefahr nach dem vaginalen Kaiserschnitt nicht vorliegt oder sehr gering ist.

I. Olow[66]) konnte im Ganzen 30 Fälle von Entbindung nach vorausgegangenem vaginalem Kaiserschnitt zusammenstellen. Er constatierte, dass eine besondere Disposition zur Ruptur der Cervix durch diesen Eingriff nicht geschaffen wird. In keinem der 30 Fälle kam es zur Ruptur.

Natürlich darf man noch keine endgültigen Schlüsse ziehen, doch scheint inbezug auf die Rupturgefahr

---

57) Therapie der Gegenwart. 1908. H. 1.
58) Münchener Med. Wochenschr. 1908. Nr. 28.
59) Gynäkol. Rundschau. 1910. Nr. 1 und Sammlung klin Vorträge. Neue Folge Nr. 549/550.
60) Centralbl. für Gynäk. 1908. Nr. 17.
61) Centralbl. f. Gyn. 1906. Nr. 10.
62) Ibidem. 1907. Nr. 48.
63) v. Winckels Handbuch der Geburtshilfe. Bd. III, 1.
64) Ibidem.
65) Centralbl. f. Gynäk. 1904. Nr. 46.
66) Centralbl. f. Gynäk. 1910. Nr. 31.

der vaginale Kaiserschnitt vor dem klassischen Vorzüge zu besitzen.

Anhangsweise möchte ich noch die Fälle von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie anführen, die nach der Dührssenschen Statistik im Winckelschen Handbuch nach dem Jahre 1909 publiciert sind. Ich habe sie in folgender Tabelle zusammengestellt.

Es sind im ganzen 83 Fälle. Angaben über den Ausgang für die Mutter fand ich in 75 Fällen, davon starben 9, und eine Kreissende wurde moribund operiert, was eine Mortalität von 12% ausmacht und noch geringer als die von Dührssen berechnete Mortalität (15%) ist. Inbezug auf die Mortalität der Kinder muss gesagt werden, dass der Operation selbst kaum ein Todesfall zur Last fällt. Es han-

Autor und Quellenangabe.	Zahl der Fälle	Ausgang für die Mutter		Ausgang für die Kinder	
		Genesen	Gestorben	Lebend	Tot
Henkel, Centralbl. f. Gyn. 1905. Nr. 48	6	5	1	—	—
Liepmann, Centralb. f. Gyn. 1906. Nr. 2	1	—	—	—	1 maceriert
Uthmöller, Centralbl. f. Gyn. 1906. Nr. 10	1	1	—	1	—
Westphal, Ibidem. Nr. 28	1	—	1 moribunda	1	—
Haindl, Dissert. Erlangen	1	1	—	1	—
Brindeau, Centrbl. f. Gyn. 1907. Nr. 18	2	—	—	—	—
Schwabe, Dissert. Jena. 1906	5	5	—	—	—
Jung, Centrbl. f. Gyn. 1907. Nr. 21	5	—	—	—	—
Keyserlingk, Ibidem. Nr. 24	2	2	—	2	—
Büttner, Hegars Beiträge, XI. pag. 401	5	4	1	—	5 z. T. perforiert, z. T. früher abgestorben
Gobiet, Wien. klin. Wochenschr. 1906. Nr. 37	1	1	—	—	1
Rotter, Centralbl. f. Gyn. 1907. Nr. 39	2	2	—	2	—
Nadory, Ibidem. Nr. 39	2	1	1	2	0
Balika, Ibidem. Nr. 43	1	1	—	1	—
Nijhoff, Ibidem. Nr. 46	1	1	—	—	1
Stähler, Gynäk. Rundschau. 1907. Nr. 7	2	2	—	1	1
Weisswange, Centrbl. f. Gyn. 1908. Nr. 10	1	1	—	—	1 vorher abgestorben
Friedenau, Gynäk. Rundschau. 1907. Nr. 15	1	1	—	1	—
Kreisch, Münch. Med. Wochenschr. 1908. Nr. 22	1	1	—	1	—
Saks, Centralbl. f. Gyn. 1908. Nr. 18	1	1	—	1	—
Rotter, Centrbl. f. Gyn. 1908. Nr. 49	4	3	1	3	1
Essen-Möller, Ibidem. Nr. 14	1	—	1	1	—
Seitz, Ibidem. 1909. Nr. 14	3	3	—	—	—
Weidlich, Ibidem. Nr. 25	2	1	1	1	1 Hydrocephalus
Nacke, Ibidem. Nr. 6	1	1	—	—	1
Mann, Ibidem. Nr. 13	1	1	—	1	—
Pobedinsky, Journ. Akuscherstwa. 1909. Nr. 2	1	1	—	1	—
Okintschitz, R. Wratsch. 1910. Nr. 13	4	4	—	2	2 nicht lebensfähig, perforiert
Cholmogoroff, R. Wratsch. 1910. Nr. 21	2	1	1	2	—
Kr. Brandt, Centralbl. 1910. Nr. 33	12	12	—	10	2 vorher abgestorben
A. Wolff (Fränkel), Centralbl. 1910. Nr. 36	3	3	—	3	—
W. Beckmann, diese Arbeit	7	5	2	6	1 vorher abgestorben

delte sich bei den totgeborenen Kindern fast immer um schon früher abgestorbene, macerierte oder lebensunfähige Kinder. Durch früheres Operieren hätte so manches Kind gerettet werden können.

Diese Statistik wie auch unsere persönlichen Erfahrungen sprechen also fürs erste für den vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie, die Unaufgeklärtheit dieser Krankheit gestattet es aber natürlich noch nicht, endgültige Schlüsse zu ziehen. Die alleinige Entbindung bedeutet noch keine Heilung dieser Krankheit, dagegen sprechen die Eklampsien post partum, doch scheint es immerhin, dass auf diese Weise ein bestimmter Procentsatz der sonst dem Tode verfallenen Kranken gerettet werden kann.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchow-Krankenhauses für Männer in St. Petersburg. Abteilungschef Prof. Dr. H. Zeidler.

Zur Frage der primären Gastroenterostomie beim Ulcus ventriculi et duodeni perforativum.

Von

Dr. Erich Hesse.

Der Frage von der Behandlung des in die freie Bauchhöhle perforierten Magen- und Duodenalulcus ist in letzter Zeit von verschiedensten Seiten grosses Interesse entgegengebracht worden, und eine Reihe von Kliniken und Krankenhäusern hat ihr teilweise nicht geringes Material veröffentlicht.

In der grössten Mehrzahl dieser Publicationen können wir in der Reihe der mitgeteilten Fälle 2 Zeitabschnitte unterscheiden. In die erste Zeitperiode rubricieren Fälle mit erstaunlich hoher Mortalität, in der zweiten Periode ist letztere um ein Bedeutendes gesunken. In einzelnen Kliniken, z. B. am Urban bei Körte[1]) ist dieser Unterschied ausserordentlich demonstrativ.

Kurz gesagt, handelt es sich hierbei um 2 Hauptfactoren, die wir als Gründe für diese Erscheinung nennen können. Der erste und wichtigere Grund ist die möglichst frühe Operation, welche natürlich nur bei frühzeitiger Diagnosenstellung möglich ist. Wir Chirurgen bekommen ja diese Kranken selten von vornherein zu Gesicht, sie wandern erst durch die Hände des praktischen Arztes und Internisten, und je früher von diesen die richtige Diagnose gestellt wird, desto günstiger die Prognose der in Frage kommenden Erkrankung.

Hier spielt nun auch Bildung und Kultur der Bevölkerung eine grosse Rolle, und es ist nicht zu verwundern, wenn in unseren städtischen Krankenhäusern die Mortalität erschreckend hoch ist, da ja der arme Mann die ärztliche Hilfe meist erst dann in Anspruch nimmt, wenn es schon „am letzten" ist.

Der zweite Grund zur Besserung der Operationsstatistik ist der Fortschritt in den Behandlungsmethoden. Von verschiedenen Seiten ist darauf aufmerksam gemacht worden, dass seit Anwendung der primären Gastroenterostomie die operativen Erfolge unvergleichlich viel besser geworden sind.

Als selbstverständliche Forderung ist es zu betrachten, dass die postoperative Pflege eines Perforationsfalles die denkbar sorgfältigste zu sein hat. Rectalen und subcutanen Kochsalzeinläufen in Verbindung mit herzstärkenden Mitteln kommt die grösste Bedeutung zu. Auch frühzeitige Nahrungsaufnahme vom 2.—3. Tage an ist ausserordentlich wichtig.

Während diese beiden Hauptvorbedingungen zur Besserung der Operationsresultate mehr oder weniger in der Hand der ärztlichen Wissenschaft liegen, müssen wir natürlich auch mit Factoren rechnen, die unabhängig von uns eine nicht unwichtige Rolle spielen. Es sind dieses der allgemeine Kräftezustand der Kranken und die Resistenzfähigkeit des Peritoneums gegen die Infection einerseits und die jeweilige Virulenz des in die freie Bauchhöhle übergetretenen Mageninhaltes andererseits. In Zahlen zusammengefasst lassen sich aus den Sammelstatistiken, welche Bamberger[2]) zusammengestellt hat, folgende Daten gewinnen.

Auf 1053 Fälle kommen 419 Todesfälle = 40 pCt. und 634 Heilungen = 60 pCt.

Aus diesen Zahlen ergibt sich fernerhin mit absoluter Evidenz die Abhängigkeit der Prognose vom Zeitpunkt der Operation. So betrug die Mortalitätsziffer in den ersten 12 Stunden 20,9 pCt. (von 196 Fällen 41 gestorben), in 12—24 Stunden 36,5 pCt. (von 126 Fällen 46 gestorben) und nach 24 Stunden 60,7 pCt. (von 89 Fällen 54 gestorben).

In einer weiteren Sammelstatistik, welche die einzelnen Veröffentlichungen von 1906—1909 in Betracht zieht, konnte Bamberger[2]) folgende Zahlen gewinnen.

Auf 513 Fälle kamen 215 Todesfälle = 42,1 pCt. und 298 Heilungen = 57,9 pCt. Die Verteilung auf die einzelnen Zeitabschnitte gibt analoge Resultate wie die erste Sammelstatistik des genannten Autors.

Es unterliegt ja nun keinem Zweifel, dass die aus den genannten Sammelstatistiken entnommenen Zahlen fraglos zu günstig sind. Es besteht ja erklärlicher Weise der Brauch, einzelne günstige Fälle zu veröffentlichen, während die letal verlaufenen Fälle nicht publiciert werden. Insofern gilt es als allgemein anerkannte Regel, gegenüber den aus einzelnen Fällen zusammengesetzten Sammelstatistiken eine gewisse Reserve zu beobachten. Viel richtiger natürlich sind Statistiken einer grösseren Reihe von Fällen aus ein und derselben Krankenanstalt. Diese geben nun ein wesentlich anderes Bild, wie das aus den Arbeiten Kümmels[3]) (16 Fälle, davon † 9), Miles[4]) (36 Fälle, davon † 18), Gask[5]) (69 Fälle, davon † 34). Ali Krogius[6]) (15 Fälle, davon † 9) u. a. ersichtlich ist.

Ganz besonders ungünstig sind die Resultate, welche wir an der chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchow-Krankenhauses für Männer (Abteilungschef Prof. H. Zeidler) beobachten konnten, und wir werden im Anschluss an diese Ausführungen die Ursachen dieses Umstandes zu beleuchten haben.

In der Zeitperiode 1904—1910 kamen 35 Fälle von Ulcus ventriculi et duodeni perforativum zur Operation. Von diesen haben wir 33 Todesfälle und nur 2 Heilungen zu verzeichnen, was einer Procentziffer von 5,7 entspricht.

---

[1]) Archiv f. klinische Chirurgie. Band 81. Heft 1.

[2]) Bamberger. Die innere und chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs. Berlin. 1909. Verlag von Springer. 269 Seiten.

[3]) Kümmel. Verhandlungen d. 35 Congr. der Deutschen Gesellsch. f. Chir.

[4]) Miles. Edinburgh med. surg. Soc. 1906, cit. nach Bamberger.

[5]) Gask. Brith. med. Journ. 1908.

[6]) Ali Krogius. Verhandlungen des I. Internat. Chir. Congresses 1905.

nur Milch zu sich genommen hat. Heute hat er zu Mittag gründlich gespeist und verspürte um 5 Uhr nachm. ganz plötzlich sehr starke Schmerzen. Kein Erbrechen. Der Leib ist eingezogen und die Bauchdecken bretthart. Grosse Druckempfindlichkeit besonders im Epigastrium. Leberdämpfung normal. Icterus der Sclera. Der Puls regelmässig, aber klein, 84.

Sofortige Operation in Chloroformnarcose (Dr. W. Lawrow) 3½ Stunden nach stattgefundener Perforation. Schnitt in der Mittellinie vom Schwertfortsatz bis zum Nabel. In der Bauchhöhle eitriges Exsudat. Auf der vorderen Wand des Duodenums eine etwa erbsengrosse Perforationsöffnung mit kallösen Rändern. Aus der Oeffnung quillt Mageninhalt. Zweireihige Naht. Gastroenterostomia retrocolica posterior mit dem Murphyknopf. Tamponade der Bauchhöhle. Partielle Bauchdeckennaht.

Im weiteren Verlauf konnte zunächst eine deutliche Besserung wahrgenommen werden. Der Leib war weich und nicht aufgetrieben. Kein Erbrechen. Stuhlgang und Abgang von Winden vorhanden. Die Herztätigkeit war gut, und es schien fast, als ob der Kranke genesen würde. Am 15. Tage jedoch zeigten sich Symptome einer trockenen Pericarditis und linksseitigen Pleuritis, und 18 Tage nach der Operation ging der Kranke an Allgemeininfection mit Metastasen zu Grunde. Die Section ergab folgenden Befund: Pericarditis fibrino-purulenta acuta. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii. Oedema et hyperaemia pulmonum. Pleuritis adhaesiva chronica sin. partialis. Hyperplasia lienis chronica et acuta. Degeneratio parench. et adiposa hepatis et renum. Abscessus metast. miliar. multipl. renum. Sutura ulceris intest. duodeni. Cicatrix mucosae partis superioris duodeni. Gastroenterostomia. Peritonitis sero-purulenta diffusa. Abscessus humeri sin. Die Darmnaht war vollständig sufficient und die Anastomose gut durchgängig.

2. Fall. 28-jähriger Friseur. Eingetreten am 9. April 1909. Gestorben am 10. April 1909. Ulcus duodeni perforativum.

4 Jahre lang leidet der Kranke an Schmerzen nach dem Essen. Vor 15 Jahren soll einmal reichliches Erbrechen blutiger Massen vorgekommen sein. Vor 14 Stunden erkrankte der Patient plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leibe und Erbrechen. Der Allgemeinzustand des Kranken ist schlecht; der Puls sehr klein. Die Bauchdecken bretthart. Herz und Lunge o. B. Sofortige Operation in Chloroformnarcose (Dr. L. Stuckey) 14 Stunden nach stattgefundener Perforation. Schnitt am Rande des m. rectus abdom. dext. Allgemeine Peritonitis. Grosse Mengen eines trüben, mit Galle gemischten Exsudates. An der vorderen Wand des Duodenums, welche narbig verdickt ist, eine Perforationsöffnung. Der Pylorus stenosiert u. der Magen dilatiert. Die Perforationsstelle wird von der teilweise adhaerenten Gallenblase verdeckt. Zweireihige Naht und Deckung der Naht durch die Gallenblasenwand, welche mit einigen Nähten fixiert wird. Sodann wird die Gastroenterostomia retrocolica posterior mit dem Murphyknopf angeschlossen. Tamponade. Partielle Bauchdeckennaht. Nach 36 Stunden exitus letalis an zunehmender Herzschwäche. Section: Degeneratio parench. myocardii. Oedema et hyperaemia pulmonum. Degeneratio parench. renum. Ulcus rot. pylori c. perf. Gastroenterostomia. Cholecystoplastica. Peritonitis purulenta diffusa perforativa.

3. Fall. 25-jähriger Schriftsetzer. Eingetreten am 4. December 1909. Entlassen am 24. Januar 1910. Ulcus duodeni perforativum.

Schon eine Reihe von Jahren leidet der Kranke am Magen. Die Beschwerden äusserten sich in Erbrechen, Schmerzen nach dem Essen und deutlicher Abmagerung. In der ersten Zeit hat sich der Kranke selbst behandelt, die immer stärker werdenden Beschwerden bewogen ihn jedoch, sich an einen Arzt zu wenden. Im October 1908 wurde der Charakter des Leidens als Hyperacidität und Ulcus ventriculi rotundum festgestellt. Die verordnete Diät hat der Kranke eine Zeitlang eingehalten, später aber vernachlässigt. Schon mehrfach traten schwere Schmerzanfälle auf mit Erbrechen, saurem Aufstossen und Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Der Kranke gibt an, dass die Anfälle unabhängig von der Nahrungsaufnahme auftraten. Einzelne von diesen Anfällen waren früher als Blindarmentzündung gedeutet worden. Eltern und Geschwistern gesund.

Heute um 1 Uhr mittags erkrankte der Patient ganz plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Starkes Erbrechen und Aufstossen. Die Schmerzen concentrieren sich in der Ileocoecalgegend und vielleicht ein wenig höher als diese. Stuhlgang normal. Winde gehen unbehindert ab. Harnabsonderung normal. Die Schmerzen strahlen in die rechte Schulter aus. Der Kranke hatte bis 1 Uhr mittags nur 1 Tasse Tee mit Brot und Wurst in geringer Quantität genossen.

Der Kranke ist mittleren Wuchses, sehr abgemagert und bleich. Der Puls 94 ist kräftig. Herz und Lungen ohne Besonderheiten. Die Bauchdecken stark gespannt, besonders im rechten Hypochondrium. Druckempfindlichkeit des ganzen Leibes. Die Leberdämpfung ist um 2 Querfingerbreit nach unten vergrössert. Dämpfung in den abhängigen Partien.

Sofortige Operation (Dr. E. Hesse) in ruhiger Chloroformnarcose. Vom Moment der Perforation bis zur Operation waren 4 Stunden verstrichen. Da sich trotz dringendem Verdacht auf eine vom Magen oder Duodenum ausgehende Perforationsperitonitis eine Affection des Wurmfortsatzes nicht ganz ausschliessen liess, wegen der besonderen Druckempfindlichkeit und stärksten Spannung in dieser Gegend, — Schnitt in der Appendixgegend. Sofort nach Eröffnung der Bauchhöhle liess das in grossen Mengen vorhandene gallig-fibrinöse Exsudat einen Zweifel an der endgültigen Diagnose nicht mehr aufkommen. Der Wurmfortsatz ohne entzündliche Erscheinungen und obliteriert. Auf den Därmen fibrinöse Auflagerungen. Erweiterung des Operationsschnittes in nach aussen convexem Bogen fast bis zum Rippenbogen. Die ganze Bauchhöhle liegt frei und ermöglicht eine leichte Orientierung. Die Gallenblase ohne Veränderungen. Auf der vorderen Wand des Anfangsteiles des Duodenums eine etwa kirschkerngrosse Perforation, aus der Galle quillt. Das Duodenum ist in seiner ganzen Circumferenz narbig verdickt und unbeweglich. Die Ränder der Perforation callös verändert. In der Gegend des Pylorus besteht eine deutliche narbige Stenose. Zweireihige Naht der Perforationsöffnung und Transplantation des kleinen Netzes auf die letzte Nahtreihe. Fixation des Netzes mit einigen Nähten. In Anbetracht der deutlichen Stenose wird die Gastroenterostomie angeschlossen. Gastroenterostomia retrocolica posterior mit dem Murphyknopf. Einführung eines Tampons in die Bauchhöhle und partielle Bauchdeckennaht. Dauer der Operation 1 Std. 10 Min. Der Puls ist nach Beendigung der Operation befriedigend, der Allgemeinzustand gut.

Die weitere Behandlung bestand in ausgiebigen subcutanen Kochsalzinfusionen und stündlichen Kochsalzklystieren. Dank diesen gelang es, dem Kranken das quälende Durstgefühl zu ersparen. Nachdem in den ersten 2 Tagen per os nichts gereicht worden war, wurde am 3. Tage leicht alkalische Flüssigkeit in geringen Quantitäten gegeben. In den ersten Tagen nach der Operation bestand saures Aufstossen, jedoch keine Uebelkeit und kein Erbrechen. Am 3. Tage trat vollständige Darmatonie auf. Der Leib war wie eine Trommel aufgetrieben und sehr schmerzhaft. Es wurden folgende Mittel angewandt: Hohe Rectaleinläufe, Galvanisation der Bauchdecken und Atropininjectionen. Nach 5-tägiger vollständig erfolgloser Anwendung dieser Mittel gelang es durch Injection reichlicher Physostygmindosen [26]) eine gründliche Darmperistaltik hervorzurufen. Nach 3-tägigen starken Durchfällen traten nun vollständig normale Verhältnisse auf. Aus dem weiteren Verlauf ist zu erwähnen, dass die Heilung der grossen Operationswunde per primam erfolgte und der Murphyknopf am 20. Tage nach der Operation ohne jegliche Beschwerden abging. Die Verdauung des Kranken ist durchaus normal. Keine Uebelkeit und kein Erbrechen.

Die Untersuchung der Magentätigkeit nach der Boas-Ewaldschen Probemahlzeit ergab folgende Resultate, wobei die mir vom Patienten überlassenen früheren Untersuchungsdaten zum Vergleiche herangezogen seien.

	October 1908	April 1909	Januar 1910
Quantität	100 c. c.	240 c. c.	220 c. c.
Gesamtacidität	108	104	74
Freie Salzsäure	92	90	58
Pepsin	+	+	
Labferment	+	+	
Milchsäure	—		
Blut	—	—	
Schleim		—	
Griessche Reaction			—
Jod-Stärke R.			schwach positiv.

Am 24. Januar 1910 wurde der Kranke aus dem Krankenhause entlassen mit der Weisung, vorläufig Diät zu halten.

---

[26]) Ueber die äusserst erfolgreiche Anwendung dieses Mittels ist u. a. von Solowow auf dem IX Russischen Chirurgen-Congress in Moskau im December 1909 berichtet worden.

Im weiteren ist es dem Patienten sehr gut ergangen; bei der letzten Nachuntersuchung am 1. October 1910 waren keinerlei Beschwerden vorhanden und eine erhebliche Gewichtszunahme constatierbar. Das Aeussere des Patienten war ein frisches und sein Allgemeinbefinden vorzüglich.

4. Fall. 40-jähriger Bauer. Eingetreten am 11. Januar 1910. Gestorben am 14. Januar 1910. Ulcus ventriculi perforativum.

Der Kranke leidet schon 6 Jahre am Magen. Die Beschwerden bestanden in Uebelkeit, Erbrechen und Schmerzen unmittelbar nach dem Essen. Quälendes Aufstossen und Sodbrennen. Der Kranke hat sich von einem Feldscher behandeln lassen; ärztliche Hilfe hat er nie in Anspruch genommen. Heute um 10 Uhr morgens erkrankte der Patient ganz plötzlich unter heftigen Schmerzen im Hypogastrium und Erbrechen. Morgens hatte der Kranke ein Gläschen Schnaps, Wasser und ein Stück Brot zu sich genommen.

Es handelt sich um einen hochgewachsenen, kräftigen, etwas fettleibigen Mann. Der Puls ist kräftig, 102. Die Herztöne etwas dumpf. Lungen normal. Der Leib ist aufgetrieben und bretthart. Ueberall gleichmässig verteilte starke Druckempfindlichkeit. Die Leberdämpfung ist etwa 2 Querfinger breit nach unten hin vergrössert.

Sofortige Operation in Chloroformnarcose (Dr. E. Hesse) 4½ Stunden nach erfolgter Perforation. Hautschnitt in der Mittellinie vom Schwertfortsatz bis zum Nabel. In der Bauchhöhle ein trübes, schleimiges Exsudat in geringer Quantität. Auf der vorderen Wand des Pylorus beim Uebergange zum Duodenum eine etwa zündholzkopfgrosse Perforationsöffnung, aus welcher Mageninhalt quillt. Um die Perforationsöffnung herum ist narbig verändertes Gewebe zu palpieren. Zweireihige Naht der Perforationsöffnung und Transplantation des kleinen Netzes auf die letzte Nahtreihe. Fixation des Netzes mit einigen Nähten. Sodann wird die Gastroenterostomia retrocolica posterior mit dem Murphyknopf angeschlossen. Zur Leber, welche mit ihrem unteren Rande die Perforationsstelle deckt, wird ein dünner Gazestreifen eingeführt. Partielle Bauchdeckennaht. Dauer der Operation 1 Stunde. Im weiteren Verlauf stellte sich starkes Erbrechen und zunehmender Icterus ein, und unter den Zeichen der zunehmenden Herzschwäche kam der Kranke trotz angewandter Mittel nach 6 Tagen ad exitum.

Autoptisch konnte folgendes festgestellt werden: Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii. Pericarditis acuta fibrinosa incipiens. Pleuritis adhaesiva chron. bilat. partialis. Oedema et hyperaemia pulmonum. Pneumonia hypostatica partis poster. pulm. dext. Hyperaemia lienis. Degeneratio adiposa renum. Infiltratio adiposa hepatis. Ulcera multipl. mucosae ventr. Ulcus rotundum partis pylor. ventr. cum stenosi et perforatione. Gastroenterostomia. Peritonitis acuta fibrinosa incipiens. Icterus gravis. Die Nähte der Gastroenterostomie erwiesen sich als sufficient und das transplantierte Netz war mit der Magenwand gut verklebt. Die Anastomose durchgängig.

5. Fall. 23-jähriger Dienstmann. Eingetreten am 15. Mai 1908. Gestorben am 19. Mai 1908. Ulcus duodeni perforativum.

Der Kranke fühlt sich schon 10 Tage lang schlecht. Eine Verschlimmerung trat ganz plötzlich vor 2 Tagen nach dem Genuss eines Stückchens Wurst ein. Heftiges Erbrechen und Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend. Die Bauchdecken sind gespannt, besonders im rechten Hypochondrium. Die Zunge belegt und trocken. Sofortige Operation (Frl. Dr. N. Spassokukozkaja) in Chloroformnarcose 48 Stunden nach stattgefundener Perforation. Hautschnitt am äusseren Rande des linken Rectalmuskels. Das Peritoneum ist stark injiciert. Auf den Därmen ein fibrinös-eitriger Belag. In der Gegend des Pylorus starke Verwachsungen. In der vorderen Wand des Duodenum eine etwa stecknadelkopfgrosse Perforationsöffnung, aus welcher Galle quillt. Naht der Perforationsöffnung und Transplantation des grossen Netzes auf die Nahtstelle. Ausführung der Gastroenterostomia retrocolica posterior nach v. Hacker mit dem Murphyknopf. Partielle Bauchdeckennaht und Tamponade. Im weiteren Verlauf kam es zu einer katarrhalischen rechtsseitigen Pneumonie. Das am 3. Tage nach der Operation zu bakteriologischen Zwecken dem Kranken entnommene Blut erwies sich als steril. Nach 4 Tagen exitus letalis.

Autoptisch konnte folgendes festgestellt werden: Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii et hepatis. Pleuritis fibrinosa sin. circumscripta lobi inferioris. Pneumonia catarrhalis acuta disseminata et part. confluens lobi inf. pulmonis dextri et diss. lobi inf. pulmonis sin. Hypertrophia gr. parv. cordis. Endocarditis fibr. chron. valv. mitral. Induratio cyanotica et hyperpl. ac. lienis. Nephritis ac. parenchymatosa. Ulcera rotunda duodeni. Peritonitis fibrinosa circumscripta reg. ventriculi et hepatis. Gastroenterostomia. Die Nähte der Gastroenterostomie erwiesen sich als sufficient, die Anastomose permeabel. Das transplantierte Netz war mit dem Duodenum verklebt.

Zum Verhalten des Phaeochroms bei der Anaphylaxie.

Von

Dr. med. A. Ucke.

Die Blutdrucksenkung und der Temperatursturz sind Erscheinungen, die beim Auslösen des anaphylactischen Shocks mit grosser Regelmässigkeit wiederkehren und daher auch als wichtige Kriterien des anaphylactischen Zustandes Geltung haben.

Aus dem Studium über die Rolle der Nebennieren im Haushalt des Organismus und über die physiologische Wirksamkeit des aus den Nebennieren gewonnenen Adrenalins wissen wir nun, dass gerade zwischen Blutdruck und den Nebennieren die engsten causalen Beziehungen bestehen dürften.

Ausgehend von der Ueberlegung, dass möglicherweise auch die beim anaphylactischen Shock zu beobachtende Blutdruckerniedriegung mit consecutiver Temperaturerniedrigung auf eine functionelle Alteration in den Nebennieren bezogen werden kann, unternahm ich es, die Nebennieren von anaphylactischen Tieren pathologisch-histologisch zu untersuchen.

Durch das Entgegenkommen des Herrn Dr. O. Hartoch wurde es mir möglich, die Nebennieren von Meerschweinchen, an denen er Anaphylaxieversuche machte, zu diesem Zwecke zu verwenden. Für die liebenswürdige Ueberlassung des Materials sage ich dem Herrn Collegen an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank.

Die Nebennieren wurden lebenswarm in Müller-Formol fixiert und davon Gefrier- und Paraffinschnitte von 5—10 μ. Dicke hergestellt; behufs Darstellung des Phaeochroms wurden diese in Giemsalösung gefärbt.

Wenn mein Material auch klein ist, so scheue ich mich doch nicht, die Befunde der Oeffentlichkeit zu übergeben, da sie mir bemerkenswert zu sein scheinen. Es standen mir folgende Fälle zur Verfügung:

1. Ein Meerschweinchen, das durch intravenöse Reinjection im activen Anaphylaxieversuch ad exitum gelangte.
2. Eines, welches stark anaphylactisch reagierte, jedoch den Anfall überlebte.
3. Ein drittes, welches durch intravenöse Injection im passiven Anaphylaxieversuch ad exitum gelangte und
4. 2 gesunde Meerschweinchen, von denen das eine durch Entbluten, das andere durch Nackenschlag getötet wurde.

Die mikroskopische Untersuchung [1]) der Nebennieren dieser Tiere ergab nun, dass die Zellen des Marks der normalen Tiere nur eine leicht grünliche Färbung aufwiesen, die Kerne rein blau waren und nur einzelne Zellen eine etwas intensivere Grünfärbung zeigten. Dagegen fiel das Nebennierenmark der anaphylactischen Tiere schon bei schwacher Vergrösserung durch die Intensität der Grünfärbung auf, wobei es sehr scharf gegen die Rinde sich abhob. Bei Anwendung der Immersion konnte eine diffuse Grünfärbung des

[1]) Für die Herstellung und Färbung der Präparate bin ich Frau H. Jeromuso zu grossem Dank verpflichtet. Ucke.

Protoplasmas der Markzellen constatiert werden, die nebenbei mehr oder weniger zahlreiche kleinste Lücken (Lipoidgranula) aufwiesen. In vielen Zellen waren auch die Kerne grün, in anderen allerdings blau gefärbt

Dies in Kürze die Befunde, die ich erheben konnte.

Ohne zu den vielen bereits vorhandenen Ueberempfindlichkeitstheorien eine neue hinzufügen zu wollen, zumal ich mir bewusst bin, dass dazu eine viel grössere Reihe vielfach variierter Versuche nötig wäre, kann ich doch nicht umhin, die Möglichkeit hier zu discutieren, dass die Blutdrucksenkung und der Temperatursturz während des anaphylactischen Anfalls dadurch zustande kommen, dass das Adrenalin plötzlich in den phaeochromen Zellen fixiert und dem Organismus entzogen wird. Man müsste selbstredend annehmen, dass dies nicht nur in den Nebennieren geschieht, sondern im ganzen phaeochromen System, wodurch die Intensität der Erscheinungen erklärt wäre.

Die auffälligen, morphologisch wahrnehmbaren Veränderungen an den Nebennieren sprechen des weiteren für die Annahme, dass die Eiweissantieiweissreaction in vivo sich au niveau der Zellen abspielt.

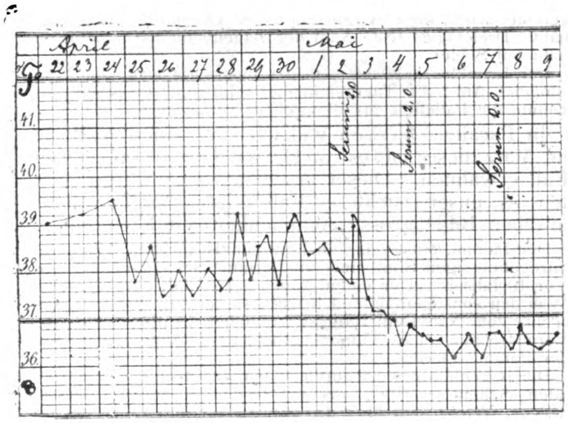
Ein Fall von Endocarditis gonococcica, erfolgreich mit Injection von Gonococcenserum behandelt.

Von

Dr. med. W. Schiele und Dr. med. F. Dörbeck.

Der Stud. M. B. erkrankte am 13. April dieses Jahres an einer Gonorrhoe, die in der ersten Woche normal verlief. In der 2. Krankheitswoche unterwarf der behandelnde Specialarzt den Kranken einer recht eigentümlichen Cur: er wischte laut Angabe des Pat. mit einer mit Watte umwickelten und in eine Lapislösung getauchten Sonde die Harnröhre aus, was dem Kranken beträchtliche Schmerzen verursachte. Diese Procedur wurde 3 mal vorgenommen mit je einem Intervall von einem Tage. Am Tage nach der dritten Auswischung stellten sich heftige Tenesmen ein, häufiger Harndrang und Fieber, so dass der Pat. das Bett hüten musste. Die erschreckten Eltern schickten am 22. April nach ihrem Hausarzt, Dr. Dörbeck, der folgenden Befund aufnahm (Schiele).

Der Pat. befand sich in einem recht schweren Zustand: er klagte über allgemeines Unwohlsein, Kopfschmerzen, häufigen Harndrang. Tenesmen. Temp. 39⁰, Puls 100, Gesicht gerötet Zunge etwas belegt und trocken. Herzgrenzen normal, Töne rein, bis auf ein sehr schwaches blasendes systo-



lisches Geräusch an der Herzspitze, das ich schon gelegentlich früher gehört hatte und das wohl wahrscheinlich auf eine abgelaufene Endocarditis zurückzuführen war, die im Anschluss an einen in früher Kindheit überstandenen Scharlach sich entwickelt haben mochte. Lungen frei. An den Abdominalorganen nichts Abnormes. Stuhl angehalten. Aus der Harnröhre bestand reichlicher eitriger Ausfluss. Ich verordnete ein Clysma, innerlich Salol und riet den Eltern, den Collegen W. Schiele als Specialarzt wegen der gonorrhoischen Affection zu consultieren, dessen Befund hier folgt (F. Dörbeck).

Ich constatierte eine Urethritis gonococcica acuta anterior et posterior und eine geringe Schwellung der Prostata, besonders des linken Lappens derselben. Ich verordnete dem Pat. absolute Ruhe, das Salol fortzusetzen und Suppositorien aus Ichthyol mit Belladonna. Die Localbehandlung wurde sistiert.

Nach einigen Tagen besserte sich der Zustand des Pat., die Harnbeschwerden liessen nach, die Prostata schwoll ab, die Temp. wurde normal. Doch bald stieg sie wieder bis 39,5, der Pat. klagte über Kopfschmerzen, Schmerzen in der rechten Schulter und im Nacken und allgemeines Unwohlsein. An der Prostata liess sich nichts Abnormes nachweisen, die erneute Temp.-Steigerung und das ganze Krankheitsbild musste einen anderen Grund haben (Schiele).

Bei genauer Untersuchung fanden wir beide folgendes: der Pat. macht den Eindruck eines hoch fiebernden schwer Kranken. Gesicht gerötet, Zunge belegt, trocken. Puls 100, rhythmisch, von erhöhter Spannung, Atmung beschleunigt. Active und passive Bewegungen der linken Schulter und Beugen des Kopfes ruft Schmerzen in dem betr. Gelenk und in der Halswirbelsäule hervor. Pupillen von mittlerer Weite, reagieren prompt. Sensorium frei. Die Percussion des Herzens ergibt: rechte Grenze = r. Sternalrand, links etwa $1^1/_2$ Querfinger nach aussen von der linken Mamillarlinie. An der Spitze ein scharf ausgesprochenes systolisches Blasen zu hören, das auch an der Aorta fortgeleitet ist, der 2. Pulmonalton accentuiert. Lungen frei. An den Abdominalorganen nichts Abnormes. Es konnte kein Zweifel darüber bestehen, dass eine schwere Complication der Gonorrhoe sich entwickelt hatte, eine Endocarditis gonococcica acuta.

Dem Pat. wurde angeraten, volkommene Ruhe im Bett in Rückenlage zu beobachten und einen Eisbeutel auf der Herzgegend zu halten. Innerlich erhielt er Aspirin mit Coffein. (Dörbeck).

Unser verehrter Jubilar, Herr Dr. W. Kernig, der zur Consultation gebeten wurde, bestätigte die Diagnose und Therapie und war auch mit meinem Vorschlag einverstanden, dass dem Pat. subcutane Injectionen des von der Firma Parke, Davis & Co nach der Methode von Dr. Torrey hergestellten Antigonococcen-Serums gemacht würden, das gegen chronische Formen der Gonorrhoe, sowie speciell gegen innere Complicationen, wie Rheumatismus gonorrhoicus, Endocarditis und ähnliche, von amerikanischer Seite empfohlen wird. Der Erfolg war ein überraschend günstiger, am Abend nach der ersten Injection stieg die Temp. bis auf 39.1°, um am folgenden Tage bereits zur Norm abzufallen, die sie in der Folge nicht mehr überschritten hat. Das Serum kam in 3 Serien zu 3 Ampullen à 2 ccm. zur Anwendung. Es rief keine localen unangenehmen Nebenerscheinungen hervor, schien aber den Localprocess in der Urethra wenig zu beeinflussen, da Ausfluss und Gonococcen nach den Injectionen nicht zum Schwinden kamen. Zur Ausheilung der Urethritis waren noch mehrwöchentliche Urethral-Injectionen (mit der Tarnowskischen Spritze) mit Lösungen von Kali hypermang. und der Ricord'schen Emulsion nötig. Innerlich verordnete ich Salol, Urotropin und Santyl. Zum Schluss brachte ich die letzten Urethralfäden durch Janetsche Spülungen der vorderen Partie der Harnröhre und Instillationen nach Guyon mit Albargin in die hintere Partie zum Schwinden (Schiele).

Die Erscheinungen am Herzen liessen auch sehr bald nach. Die acut entstandene Erweiterung ging zurück. Als rechte Herzgrenze konnte schliesslich der linke Sternalrand festgestellt werden, links allerdings blieb die Dämpfung bis etwa 1 Querfinger nach aussen von der Mamillarlinie bestehen, so dass als Folge der Endocarditis und des Klappenfehlers eine compensatorische Hypertrophie des linken Ventrikels verblieb. Das blasende systolische Geräusch liess allmählich an Intensität nach, bis es zuletzt denselben Charakter annahm, der vor der letzten Erkrankung bestanden hatte. Wie oben erwähnt, dauerten die Entzündungserscheinungen von seiten der Harnwege am längsten an, und erst am 18. Juni konnte der Pat. als geheilt entlassen werden. Pat. begab sich darauf auf mehrere Monate aufs Land. Vor seiner Abreise und nach seiner Rückkehr (im September) untersuchte ich ihn noch. Bei der letzten Untersuchung fand ich, dass er sich im Allgemeinen sehr gut erholt hatte, das Körpergewicht hatte zugenommen, das subjective Befinden war sehr gut. Die Herzgrenzen waren dieselben, wie zuletzt erwähnt. Das schwachblasende Geräusch an der Mitralis ist wie früher zu hören (Dörbeck).

Der Fall bietet insofern Interesse, als die geschilderten Complicationen—acute Arthritis und namentlich die Endocarditis gonococcicae—immerhin zu den

seltenen Begleiterscheinungen der Gonorrhoe gehören. Die Entstehung der acuten Endocarditis mag durch die schon früher im Anschluss an Scharlach überstandene Herzerkrankung, deren Folgen sich noch an der Mitralklappe dauernd bemerkbar machten, begünstigt worden sein. Wie in der Mehrzahl der Endocarditiden, hatte sich auch dieses Mal der acute Process an einer Klappe des linken Herzens, und zwar an der schon früher geschädigten Bicuspidalis etabliert. Der Verlauf der Erkrankung muss als ein ganz besonders günstiger bezeichnet werden. Es wurden keinerlei Folgeerscheinungen oder Complicationen der Herzerkrankung beobachtet. Sehr bemerkenswert ist der Erfolg der specifischen Therapie, der sich in einem prompten Abfall der Temperatur, Schwinden aller Allgemeinsymptome und Rückgang der acuten Entzündungserscheinungen am Herzen äusserte, während der Process in der Harnröhre eine länger dauernde specielle Localbehandlung erforderte.

(Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchow-Krankenhauses für Frauen in St. Petersburg. — Abteilungschef Dr. I. Grekow).

Ein Fall von Pseudomyxom des Bauchfells nach Appendicitis.

Von

Dr. F. Pikin.

Während die meisten Fälle von Pseudomyxoma peritonei e processu vermiculari von pathologisch-anatomischer Seite veröffentlicht worden sind, sind die klinisch beobachteten Fälle so selten, dass es mir erlaubt erscheint, das klinische Bild und den Operationsbefund eines Falles zu beschreiben.

Ehe ich jedoch auf die Beschreibung unseres Falles übergehe, sei mir ein kurzer Rückblick auf die Geschichte der vorliegenden Erkrankung gestattet. Als erster hat Werth im Jahre 1884 unter dem Namen Pseudomyxoma peritonei eine Krankheitsform beschrieben, bei welcher das Peritoneum mit gelatinösen abgekapselten Massen bedeckt war, welche von einer Ovarialcyste ausgingen. Er erklärte diese Erscheinung folgendermassen: die stark verdünnte Wand der Cyste reisst an irgend einer Stelle ein, ihr Inhalt ergiesst sich infolgedessen in die Bauchhöhle und ruft hier, als steriler Fremdkörper wirkend, eine chronische Peritonitis productiva hervor.

Dieser Anschauung widersprechend, fasste Wendeler die Krankheitserscheinung als chronische Peritonitis productiva mit myxomatöser Degeneration auf, während Olshausen und Pfannenstiel die Ursache des Pseudomyxoms in Metastasen der Cyste sahen.

So wurde das Pseudomyxom des Bauchfells bis zum Jahre 1901 als eine nur beim weiblichen Geschlecht vorkommende Krankheitsform aufgefasst, bis Fränkel einen Fall von Pseudomyxoma peritonei bei einem männlichen Patienten veröffentlichte und dadurch bewies, dass das Pseudomyxom nicht ausschliesslich vom Ovarium, sondern auch vom Processus vermicularis ausgehen kann.

Ich gehe zur Beschreibung unseres Falles über.

Die Kranke ist von Dr. I. Grekow operiert worden, durch dessen liebenswürdiges Entgegenkommen ich in den Stand gesetzt worden bin, den Fall zu veröffentlichen.

Die Patientin Wera A. erkrankte zum ersten Mal vor 18 Jahren; sie hatte damals Schmerzen in der rechten Ileocoecalgegend und musste über einen Monat lang zu Bett liegen. Seitdem wiederholten sich von Zeit zu Zeit ebensolche Schmerzanfälle. Die Schmerzen halten 2–3 Tage an, die Temperatur ist während dieser Zeit erhöht, manchmal bis zu 39°. Die Menses sind während der ganzen Zeit schmerzhaft, grosse Blutmengen, nicht selten fallen sie zeitlich mit den Anfällen zusammen. Eine Geburt, vor 15 Jahren ein Abort. Vor 2 Jahren hatte Patientin einen besonders starken Anfall, der letzte war im März dieses Jahres. Patientin hat sich vielfach behandeln lassen, meist von Gynäkologen. Ein Arzt fand in der Tiefe des rechten Parametriums ein Infiltrat; er stellte die Diagnose: Appendicitis und Salpingitis.

Patientin erscheint bedeutend abgemagert, sie ist sehr nervös. Augenblicklich klagt Patientin über Schmerzen in der Gegend des Blinddarms, Obstipation und schmerzhafte Menses.

Bei der ersten Untersuchung wird folgender Befund erhoben: der Uterus ist vergrössert, in der Ileocoecalgegend findet sich ein derbes, höckeriges, beim Palpieren schmerzhaftes Infiltrat, an derselben Stelle Schallverkürzung. Adnexe nicht palpabel. Nachdem ein Abführmittel gegeben worden ist, erscheint das Infiltrat bedeutend kleiner, unter Wasser lässt es sich als feste, pflaumengrosse Geschwulst palpieren. Das Coecum ist beweglich, derb, deutliches gargouillement.

1. IV. a. c. Operation unter Chloroformnarcose: Resectio partialis coeci cum appendice. Coecopexia nach Wilms.

Schnittführung längs des rechten Poupartschen Bandes. Nach Durchtrennung des Bauchfells zeigt sich, dass letzteres völlig bedeckt ist mit gallertartigen Massen, desgleichen auch das Coecum und die benachbarten Darmschlingen. In der Bauchhöhle finden sich reichliche Gallertmassen, besonders im hinteren Douglas. Das Coecum war mit dem Netz und dem Colon transversum verklebt, auch sonst fanden sich viele Verwachsungen, zwischen ihnen kleine abgekapselte Gallertmassen, in diesen verstreut kleine weissliche Knötchen. Die Adnexe waren mit dem parietalen Bauchfell verwachsen, das rechte Ovarium, welches etwa taubenei gross war, war cystisch degeneriert. Der Wurmfortsatz war nach innen und unten localisiert, von konischer Gestalt, an der Basis cystisch erweitert, seine Länge betrug 5 cm. Im Winkel zwischen der Appendix und dem Coecum fand sich eine cystische Vorwölbung, welche an eine Drüse erinnerte; durch Druck liess sich aus ihr eine dickflüssige, gelbliche, colloide Masse ausscheiden. In der Wand des Coecum, an der Basis des Wurmfortsatzes liess sich eine knochenharte, etwa zwanzigkopekenstückgrosse Geschwulst palpieren. Da eine tuberculöse Erkrankung des Coecum und des Fortsatzes vorausgesetzt wurde, wurde eine partielle Resection des Coecum mit dem wurmförmigen Fortsatze vorgenommen. ferner wurden die Verwachsungen des Omentum und der Därme gelöst, ebenso die Verwachsungen der Adnexe, schliesslich wurden aus dem kleinen Becken die Gallertmassen entfernt. Das Coecum, welches ein sehr langes Mesenterim hatte und sich daher als gut beweglich erwies, wurde nach Wilms in der fossa iliaca fixiert, d. h. in einer Tasche, welche durch einen abgetrennten Streifen des parietalen Bauchfells gebildet wird; diese wurde über dem Coecum wieder zugenäht. Dreietagige feste Naht der Bauchwunde (Catgut; Hautnaht mit Seide).

Der Krankheitsverlauf nach der Operation war ohne Störungen. Am 5-ten Tage spontaner Stuhlgang, am 14-ten Tage konnte die Patientin das Bett geheilt verlassen.

In Parallele hiervon will ich kurz einen anderen im März dieses Jahres von Honnecker publicierten Fall erwähnen. Dieser erschien weiter vorgeschritten als unser, leichterer Fall, zeigte aber im anatomischen Bilde grosse Aehnlichkeit mit letzterem.

Der Patient, ein Greis von kräftigem Körperbau, klagt über unregelmässigen Stuhl und unbestimmte Schmerzen im Leibe. Vor 10 Jahren hat er einen Appendicitisanfall durchgemacht. Was den sonstigen Befund betrifft, so sei nur erwähnt, dass rechts vom Nabel ein Infiltrat gefunden wurde. Unter der Voraussetzung eines Tumors unbekannter Aetiologie wurde der Patient operiert.

Die Bauchhöhle wird durch einen rechtsseitigen pararectalen Schnitt eröffnet, aus ihr treten gallertartige Massen hervor, welche sich über das ganze Bauchfell verbreitet finden. Wegen der schleimigen Massen gelingt es nicht, die Appendix zu finden. Es wird ein zweiter Schnitt in der Mittellinie angelegt: das Bild der Bauchhöhle, welches sich zeigt, ist das gleiche, wie beim ersten Schnitt. Die Geschwulst erweist sich als ein Conglomerat des Omentum mit gallertartigen Massen. Soweit als möglich, wird die Geschwulst entfernt. In die Wunde wird eine Drainage eingelegt. Der

Krankheitsverlauf ist während der ersten Woche nach der Operation glatt, dann tritt Erhöhung der Temperatur ein und Exitus letalis unter peritonitischen Symptomen.

Aus dem Protocoll der Autopsie, welche von Prof. Schmorl ausgeführt wurde, geht hervor, dass die Todesursache in einer eitrigen Peritonitis zu suchen ist, welche von der Appendix ausging. Ohne auf die Einzelheiten des Protocolls einzugehen, will ich nur die Veränderungen an der Appendix beschreiben.

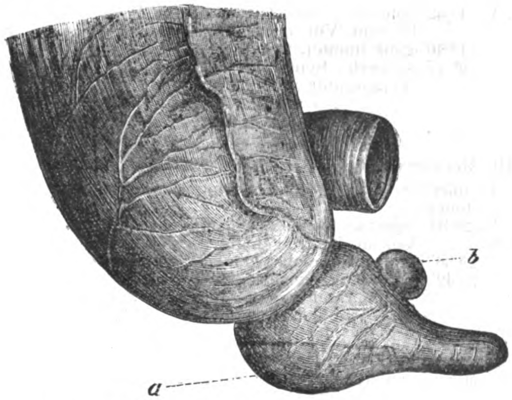
Die Länge desselben betrug 5 cm. Am proximalen Ende ist das Lumen obliteriert, dahinter kugelförmig aufgetrieben. Auf der medialen Seite dieser haselnussgrossen Erweiterung befindet sich eine runde Oeffnung mit scharfen Rändern, aus welcher sich Gallertmassen ausdrücken lassen. Durch diese Oeffnung communiciert die Cyste mit der freien Bauchhöhle.

Hierauf gehe ich zur pathologisch-anatomischen Beschreibung des Präparats über, welches bei unserem Falle durch die Resection der Appendix gewonnen wurde.

Das distale Ende des Fortsatzes, d. h. ein 2 cm. langes Stück desselben, erscheint bei makroskopischer Betrachtung normal, die Wände sind etwas verdickt. Der ganze übrige, proximal gelegene Teil zeigt die Form einer Wallnuss, durch Palpieren lässt sich Fluctuation feststellen. An der Hauptstelle des Mesenteriums befindet sich ein erbsengrosses Gebilde, aus welchem bei Druck auf die Cyste selbst ein bernsteinfarbiger Schleim herausfliesst. Die dem Coecum zugekehrte Wand der Cyste ist infolge von Kalkeinlagerungen von harter Consistenz.

Mikroskopische Untersuchung. Grosse Stücke der Mucosa der Cystenwand fehlen, nur an einzelnen Stellen finden sich Inseln aus epithelialen Elementen, die aber die ihnen eigene Cylinderform nicht mehr aufweisen.

Die erhaltenen Zellen sind mit Schleim gefüllt, teilweise wird dieser von den Zellen ausgeschieden und verteilt sich frei in Form von Tropfen. Die Kerne sind gut färbbar und liegen zumeist an der Basis der Zellen, sie zeigen teils ovale, teils runde Formen. An den schleimhautfreien Stellen befindet sich eine Schicht von verschiedener Dicke, welche aus einer gleichförmigen Masse besteht; in dieser zerstreut lassen sich langgestreckte Zellen mit zarten Fortsätzen, welche zum Teil miteinander anastomosieren, nachweisen. Stellenweise sind in dieser gleichförmigen Masse Fasern von verschiedener Dicke verteilt, welche sich nach Van Gieson rosa färben lassen. Ferner lassen sich Lymphocyten, Leukocyten und neugebildete Blutgefässe, welche mit Blut gefüllt sind, nachweisen. Die Submucosa fehlt teilweise ganz, teilweise ist eine dünne Schicht erhalten geblieben; in dieser Schicht lässt sich ein kleinzelliges Infiltrat und Kalkeinlagerungen nachweisen. Die Muscularis ist fast in ihrer ganzen Ausdehnung verdünnt, die Serosa ist etwas verdickt, stellenweise kleinzellig infiltriert. Was nun die Wand des distalen Teiles des Fortsatzes betrifft, so lässt sich Atrophie der Schleimhaut und ein kleinzelliges Infiltrat der Submucosa und Muscularis feststellen.



a) Die cystisch veränderte Appendix.
b) Perforationsstelle.

Aus dieser Beschreibung des pathologisch-anatomischen Befundes geht hervor, dass es sich im vorliegenden Fall um eine Cyste des Wurmfortsatzes handelte, deren Inhalt durch die vorhandene Oeffnung in die freie Bauchhöhle ausgeschieden wurde.

Ohne auf die Divertikel des Wurmfortsatzes und die sog. entzündlichen Cysten, welche von einem intramuralen Abscess auszugehen pflegen, einzugehen, erlaube ich mir, auf die Entstehung der Retentionscysten, zu welchen unser Fall zu rechnen ist, einzugehen. Die Entstehungsweise der Retentionscysten ist wenig compliciert. Wenn in irgend einem Teil des Wurmfortsatzes durch einen entzündlichen Process eine Obliteration des Lumens hervorgerufen wird, so dehnt das sich ansammelnde Secret der Schleimdrüsen den abgeschnürten Teil des Fortsatzes aus und gibt dadurch den Anstoss zur Bildung der Cyste. Was die Localisation der Cyste an dem Fortsatze betrifft, so wäre zu bemerken, dass sie sich meist am distalen Ende desselben bildet. Das Schicksal der gelatinösen Massen, welche sich in die Bauchhöhle ergiessen, kann verschieden sein. Erstens können die Gallertmassen organisiert werden, dann zeigt die Bauchhöhle das Bild einer Peritonitis adhaesiva; zweitens können sich auf dem Bauchfell secundäre Cysten bilden, diese werden von einigen Autoren als Metastasen angesehen, die dadurch entstehen, dass epitheliale Elemente zusammen mit den Gallertmassen aus der Cyste des Fortsatzes ausgeschieden und ins Peritoneum transplantiert werden.

Hiermit verlasse ich die pathologisch-anatomische Seite der Frage, welche durch Fränkel, Oberndorf, Hueter, Chataro Tomita, Honnecker u. and., in Russland durch Winteler und Ssysoew ausreichend bearbeitet worden ist, und gehe zum klinischen Teil über.

Die Diagnose des Pseudomyxoms des Bauchfells ist äusserst schwierig, ja man kann wohl sagen, unmöglich, und zwar nicht nur vor, sondern sogar manchmal während der Operation Als Beispiel hierfür sei der von Honnecker publicierte Fall angeführt, wo die Diagnose selbst während der Operation nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte, oder Nagers Fall, bei dem auch die Probelaparotomie die rätselhafte Krankheit nicht aufklären konnte.

Das Pseudomyxom des Bauchfells erscheint pathologisch-anatomisch als gutartige Erkrankung, während es klinisch durchaus nicht als gleichgültig zu betrachten ist. Die Menge der Gallertmassen in der Bauchhöhle und die durch sie bedingten Zerrungen können ausser Schmerzen und Stuhlunregelmässigkeit eventuell auch Darmverschluss hervorrufen. Die Prognose der Laparotomie bei weit vorgeschrittener Erkrankung ist nach Goette ungünstig: von den 18 Operierten, über die er berichtet, sind 10 genesen. In der Mehrzahl der Fälle gingen die Kranken an Sepsis zu Grunde, diese wird erklärt durch den äusserst günstigen Nährboden, den die gelatinösen Massen für Bakterien abgeben.

Was nun die Therapie betrifft, so ist die Appendectomie als Radicaloperation anzusehen, wofern sich die Erkrankung noch im Anfangsstadium befindet. Bei jeder Appendectomie muss darauf geachtet werden, ob sich vielleicht in der Umgebung Schleimmassen finden; diese sind sorgfältig zu entfernen. Finden sich in der Umgebung secundäre Cysten, so sind auch diese, wenn irgend möglich, operativ zu entfernen. Winteler zieht die Möglichkeit in Betracht, dass eine Cyste im Mesenterium bei der Operation übersehen werden könnte, und empfiehlt daher, das Mesenterium der Appendix völlig zu entfernen.

Literatur.

Fränkel. Münch. med. Woch. 1901. pag. 965. Oberndorfer. Verhandl. d. Gesellsch. f. Pathol. 1906. Winteler. Die Cysten des Wurmfortsatzes. Inaug.-Diss. Charkow.

1909. Hueter. Zieglers Beitr. Bd. 41. Chatera Tomita. Centralblatt für allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1907. Henke. Verhandl. d. path. Gesellsch. 1899. Nager. Zieglers Beiträge 1909. Bd. 36. Syssojew. Verhandlungen der pathologischen Gesellschaft in Petersburg. Mai 1910. Honnecker. Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. 1910. Pikin. Protocolle des wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowkrankenhauses. Mai 1910.

Zur Frage der Rotzdiagnose mit Hilfe der passiven Anaphylaxie.

Von

A. Wladimiroff.

Nachdem durch die grundlegenden Versuche von Otto gezeigt war, dass die activ ausgebildete Ueberempfindlichkeit passiv auf gesunde Tiere übertragen werden kann, lag der Gedanke nahe, diese Erscheinung zu diagnostischen Zwecken zu verwerten. In der Tat sind auch schon bei Tuberculose, Typhus abdominalis, malignen Tumoren Untersuchungen in dieser Richtung angestellt worden.

Was den Rotz anbetrifft, so wissen wir, dass Individuen (speciell Pferde), welche von dieser Krankheit befallen sind, eine ausgesprochene Ueberempfindlichkeit dem Malleïn gegenüber aufweisen. Während normale Tiere auf eine subcutane Malleïninjection sozusagen überhaupt nicht reagieren, bewirkt das gleiche Vorgehen beim rotzkranken Tier typische Temperaturerhöhung. ausgesprochene locale Reaction und gewisse, nicht constante Allgemeinerscheinungen. Die rotzkranken Tiere sind demnach dem Malleïn gegenüber überempfindlich bezw. anaphylactisch.

Es fragt sich nun, ob es möglich ist, diese Anaphylaxie mit dem Serum der rotzkranken Individuen passiv auf gesunde kleine Laboratoriumstiere zu übertragen und auf solche Weise eine weitere diagnostische Hilfsmethode beim Malleus zu gewinnen.

In der Literatur liegt meines Wissens nur eine kurze Mitteilung von Schern über diese Frage vor; ausserdem verfüge ich über einige Versuche aus meinem eigenen Laboratorium, welche ich gemeinsam mit Dr. Hartoch ausgeführt habe.

Schern arbeitete mit Kaninchen und Meerschweinchen. Erstere erhielten 3—5 ccm. carbolisierten rotzigen Pferdeserums in die Bauchhöhle und 24 Stunden darauf 0,1 ccm. flüssigen Malleïns, welches Foth dem Verfasser zur Verfügung gestellt hatte, in die Vene. Soweit aus der Mitteilung ersichtlich, hatte diese zweite Einspritzung keine reactiven Erscheinungen zur Folge. — Die Meerschweinchen wurden mit 1,5—5,0 ccm. sowohl carbolisierten als auch nicht carbolisierten Pferdeserums vorbehandelt und nach 24 bis 48 Stunden mit 0,05 ccm. flüssigen Malleïns, resp. 0,08 g. trockenen Malleïns (Foth), resp. 0,5—1,0 ccm. Rotzbacillenextract (offenbar durch Behandlung von Rotzbacillen mit Antiformin gewonnen) intracardial nachgespritzt. Bei einzelnen der Meerschweinchen sind Symptome, wie Benommenheit, Zuckungen, Lähmung und sogar Tod beobachtet worden, Symptome „die nicht mit Sicherheit von der Anaphylaxie haben getrennt werden können". Trotzdem ist Schern der Ansicht, dass sich die passive Anaphylaxie zur Diagnose des Rotzes in der Praxis nicht eignen wird.

Zu unseren Experimenten benutzten wir ausschliesslich Meerschweinchen. Für die Wahl dieses Versuchsobjectes war massgebend, erstens der Umstand, dass das Meerschweinchen ein für Rotz hochempfindliches Tier ist, und zweitens die Tatsache. dass es sich anerkanntermassen für Anaphylaxieversuche ganz besonders eignet.

Die Vorbehandlung bestand darin, dass gesunden Meerschweinchen das Serum normaler resp. rotzkranker Pferde in Dosen von 2—6 ccm. intraperitoneal eingeführt wurde. Nach Verlauf der üblichen Incubationszeit von 24 Stunden fand die Prüfung auf eingetretene Ueberempfindlichkeit statt, und zwar durch eine Injection von 0,3—1,0 unseres russischen Malleïns (d. i. eines Filtrates alter, durch Erhitzen abgetöteter Bouillonculturen) in die Jugularvene.

Als unmittelbare Folge dieses zweiten Eingriffes trat bei allen Tieren ein Abfall der Körpertemperatur ein, der jedoch im Allgemeinen unbedeutend war und bald (weniger als 1 Stunde) normaler oder sogar erhöhter Temperatur Platz machte. Bei den mit Rotzserum vorbehandelten Meerschweinchen wurden ausserdem gewisse Erscheinungen beobachtet, wie Unruhe, Zittern, Kratzen, Niessen, welche an die von den Eiweissanaphylaxie-Versuchen her bekannten Symptome erinnern; niemals dagegen Asphyxie, Krämpfe und Tod. Indessen kamen ebendieselben Symptome, freilich in schwächerem Masse, bisweilen auch bei denjenigen Meerschweinchen vor, die mit Normalserum vorgespritzt waren.

Einige Versuchsprotocolle mögen das Gesagte illustrieren.

I. Meerschweinchen Nr. 76. 425 g.

27. V. 1910. Injection von 6 ccm. Serum vom Pferd des Herrn K. intraperitoneal. Das Pferd reagierte typisch auf Malleïn, gab positive Complementbindung und zeigte typische Rotzveränderungen bei der Section.

28. V. 1910. 2^{h} 55′ Injection von 1 ccm. Malleïn (Ser. 1908) in 1,5 ccm. Vol. in die freigelegte Jugularvene.
2^{h} 57′ kratzt sich, Kaubewegungen.
2^{h} 59′ sträubt das Fall, zittert.
3^{h} 05′ keinerlei Symptome.

Temperatur vor der Injection 38,8
„ 5′ nach „ „ 37,3
„ 10′ „ „ „ 37,6
„ 20′ „ „ „ 39,1

II. Meerschweinchen Nr. 73. 415 g.

27. V. Injection von 6 ccm. Normalpferdeserum (Pferd „Lootsmann") intraperitoneal.

28. V. 1^{h} 42′ Injection von 1 ccm. Malleïn (Ser. 1908) in 1,5 ccm. Vol. in die freigelegte Vena jugularis.
1^{h} 46′ ganz munter.
2^{h} 17′ keinerlei Symptome.

Temperatur vor der Injection 38,6
„ 5′ nach „ „ 36,7
„ 10′ „ „ „ 37,0
„ 20′ „ „ „ 38,9

III. Meerschweinchen Nr. 75. 410 g.

27. V. Injection von 6 ccm. Normalpferdeserum intraperitoneal.

28. V. 2^{h} 34′ Injection von 0,7 ccm. Malleïn (1908) in 1,5 ccm. Vol. in die freigelegte Jugularvene.
2^{h} 36′ kratzt sich, sonst keinerlei Symptome.
2^{h} 42′ sitzt ruhig, keinerlei Symptome.

Temperatur vor der Injection 38,6
„ 5′ nach „ „ 37,7
„ 10′ „ „ „ 38,1
„ 20′ „ „ „ 38,7

IV. Meerschweinchen Nr. 74. 420 g.

27. V. Injection von 6 ccm. Pferdeserum Nr. 445 (Pferd „Sjablik") intraperitoneal. Das Pferd zeigte positive Malleïnreaction und positive Complementbindung bis 0,05.

28. V. 2^{h} 02′ Injection von 0,7 ccm. Malleïn (1908) in 1,5 ccm Vol.. in die freigelegte Jugularvene.
2^{h} 04′ niesst, kratzt sich.
2^{h} 06′ unruhig, kaut.
2^{h} 12′ kratzt sich, sonst keinerlei Symptome.
2^{h} 20′ Urinabgang, zittert.
2^{h} 44′ keinerlei Symptome.

Temperatur vor der Injection				38,4
„	5′	nach „	„	37,2
„	10′	„ „	„	37,6
„	20′	„ „	„	38,8

Die angeführten Versuche, die nur als Beispiele aus einer grösseren Reihe analoger Versuche herausgegriffen sind, dürften genügen, um zu zeigen, dass der passiven Anaphylaxieprobe beim Rotz unter den gewählten Versuchsbedingungen eine praktische diagnostische Bedeutung nicht zukommt. Weder die klinischen Erscheinungen noch die Temperaturcurven lassen einen greifbaren Unterschied zwischen den mit Rotzserum vorbehandelten Tieren und den Controllen erkennen. Immerhin aber ist meines Erachtens die Möglichkeit keineswegs ausgeschlossen, dass brauchbare Resultate erzielt werden können, etwa durch Verwendung eines Antigens, welches den specifischen Rotz-Eiweisskörper in möglichst reiner und unveränderter Form enthält.

Aus dem kaiserlichen Institut für Experimentelle Medicin zu St. Petersburg.
Abteilung A. A. Wladimiroff.

Untersuchungen über den Bau der Normalopsonine

Von
Dr. O. Hartoch und Dr. M. Willim.

Im Nachstehenden sei über einige Versuche berichtet, die wir in Ergänzung zu den bereits von uns publicierten Befunden[1]) vorgenommen haben und die sich auf Untersuchungen über den Bau der Normalopsonine beziehen.

Es würde über den Rahmen einer kurzen Mitteilung hinausgehen, wollten wir an dieser Stelle die grosse Literatur berücksichtigen, die sich im Laufe der Zeit angesammelt hat und die trotz allem bis auf den heutigen Tag keineswegs zu einer einheitlichen Meinung in dieser Frage geführt hat. Trotz entgegengesetzter Meinung, speciell von Fornet und Porter, sind die meisten Autoren der Ansicht, dass die Rolle des Complementes bei dem Acte der Phagocytose keineswegs eine gleichgültige ist, und nehmen an, dass die Normalopsonine als Körper von complexem Bau aufzufassen sind. Obgleich somit unsere Untersuchungen keineswegs die ersten sind, die sich mit der Frage über den Bau der Opsonine beschäftigen, und wesentlich als Nachforschungen zu gelten haben, so sind sie dennoch vorgenommen worden, um eine weitere Bestätigung unserer früheren Befunde zu erbringen und uns eine persönliche Stellungnahme zu dieser Frage zu gestatten.

Die Versuchstechnik war die bei den Opsoninversuchen übliche, wobei die Wright schen Vorschriften eingehalten wurden.

Die Leukocyten wurden aus dem circulierenden Blut gewonnen und einer dreifachen Waschung mit physiologischer Kochsalzlösung unterzogen. Als Bakterienemulsion benutzten wir stets 24-stündige Agarculturen, die mit einer entsprechenden Menge Kochsalzlösung abgeschwemmt und auf die zur Anstellung des Versuches nötige Dichte gebracht wurden.

Zunächst stellten wir einige Versuche an, die sich mit der Frage über die Reactivierbarkeit eines erhitzten Serums durch frisches Complement befassen.

[1]) Wien. klin. Wochenschr. 1908. Wratschebnaja Gaseta. 1909.

Versuch I.

St. = 24-stündige Staphylococcenemulsion (Staphylococcus albus).
J. K. S. = inactiviertes Kaninchenserum.
M. S. = Meerschweinchenserum (Complement).
K. L. = Kaninchen-Leukocyten.

Wright'scher Opsoninversuch. 10 Minuten Thermostatenaufenthalt. Färbung der Ausstrichpräparate mit Thionin.

	Absol. ops. Ind.
№ 1. St. + J. K. S. + M. S. + K. L.	14,5
№ 2. St. + Phys. CL. Na + M. S. + K. L.	7,4
№ 3. St. + J. K. S. + M. S. in Verdünnung v. 1 : 4 + K. L.	7,8
№ 4. St. + Phys. Cl. Na. + M. S. in Verdünnung v. 1:4 + K. L.	2,0
№ 5. St. + J. K. S. + Phys. Cl. Na. + K. L.	0,6

Dieser Versuch zeigt uns, dass das inactivierte Kaninchenserum, das durch den Process der Inactivierung seine opsonischen Fähigkeiten eingebüsst hat, durch Hinzufügen von Complement reactiviert werden kann. Dass es sich dabei um eine Reactivierung des Kaninchennormalamboceptors handelt, und nicht blos um eine opsonische Wirkung seitens des hinzugesetzten Complementes oder um eine Summierung der Wirkung von erhitztem Serum und Complement, geht mit Deutlichkeit aus den zahlenmässigen Angaben der Controllversuche (№№ 2, 4 und 5) hervor, in denen das inactivierte Kaninchenserum bezw. das Complement durch physiologische Kochsalzlösung ersetzt sind, bei sonst durchaus gleichbleibenden Versuchsbedingungen.

Ein durchaus analoges Resultat erhielten wir bei einer zweiten Versuchsreihe, in welcher wir eine Reactivierung von Menschenserum vornahmen.

Versuch II.

T. = 24-stündige Typhusemulsion (bei 65° abgetötet).
J. M. S. = Inactiviertes Menschenserum von 4 verschiedenen Personen (I, II, III, IV).
$\frac{\text{M. S.}}{4}$ = Complement (Meerschweinchenserum) in der Verdünnung von 1 : 4.
M. L. = Menschenleukocyten.

Wright'scher Opsoninversuch. 10 Minuten Thermostatenaufenthalt. Färbung der Ausstrichpräparate mit Thionin.

	Absol. ops. Ind.
№ 1. T. + J. M. S. I. + $\frac{\text{M. S.}}{4}$ + M. L.	14,0
№ 2. „ + „ „ „ II + „ + „ „	19,8
№ 3. „ + „ „ „ III + „ + „ „	22,3
№ 4. „ + „ „ „ IV + „ + „ „	23,0
№ 5. „ + Phys. Cl. Na. + „ + „ „	3,9
№ 6. „ + J. M. S. III + Phys. Cl. Na. + M. L.	2,1

Auch dieser Versuch zeigt in eindeutiger Weise, wie durch Hinzufügen eines complementreichen frischen Serums das durch Hitze inactivierte Serum reactiviert werden kann. Der mehr als fünffach kleinere Index des Controllversuches (№ 5) überzeugt uns davon, dass es sich nicht um eine Opsoninwirkung allein seitens des hinzugefügten Complementes handelt, sondern dass vielmehr das unwirksame erhitzte Menschenserum (№ 6) durch das Complement reactiviert wird.

Eine Reihe von weiteren Versuchen, in denen wir sowohl die Verdünnungen als die Zeit der Opsonineinwirkung als auch die Provenienz von Serum und Leukocyten variierten, ergab ähnliche Resultate, so dass wir auf die Anführung von weiteren diesbezüglichen Versuchsprotocollen verzichten können.

Waren somit die angeführten Versuche dazu angetan, uns aufs neue die wesentliche Rolle des Complementes vor Augen zu führen, so mussten die weiter unten folgenden Zahlen uns endgültig und direct von der ausschlaggebenden Bedeutung des Complementes bei der Normalopsoninwirkung überzeugen.

Durch mehrfach wiederholte Einführung (kurze, 2—3-tägige Intervalle) gewaschener artfremder Erythrocyten in die Bauchhöhle von Meerschweinchen erzielten wir bei diesen Tieren ein Serum, welches die zur Immunisierung verwendete Blutart zu lösen imstande war. Mit anderen Worten, wir erzielten ein hämolytisches Immunserum vom Meerschweinchen, das neben dem nicht specifischen Complement und den Normalamboceptoren einen verhältnismässig reichen Gehalt an Immunhämolysinen besass.

Gelänge es uns nun, durch Behandeln des Immunserums mit der entsprechenden Blutart den Immunamboceptor und das Complement zu binden, so hätten wir ein Serum in der Hand, in dem nur der normaliter vorkommende Opsoninamboceptor vorhanden wäre bei fehlendem oder vermindertem Complementgehalt. Ein solches Serum müsste aber, falls unsere Voraussetzung richtig war, dass nämlich das Complement als integrierender Bestandteil bei der Opsoninwirkung in Erscheinung tritt, eine fehlende oder verminderte opsonische Wirkung aufweisen.

Voraussetzung für ein Gelingen dieses Versuches ist, dass die Menge des durch die Vorbehandlung verbrauchten Complementes so gross ist, dass das zur Complettierung des Normalamboceptors nötige Complementquantum im Serum nicht mehr vorhanden wäre. Der folgende Versuch zeigt nun, dass die Voraussetzung, von der wir ausgingen, richtig ist, und dass durch eine specifische Complementbindung das vordem complementhaltige Serum, das zugleich auch opsonisch wirkt, seiner opsonischen Fähigkeit beraubt wird.

Serum von Meerschweinchen №	Unverd.	Verd. 1:5	Verd. 1:10	Gewasch. Ziegenblut.	Gewasch. Pferdeblut	Hämolyse.	Ueberstehende Flüssigkeit.	Staph. aureus.	Meerschw. Leukocyten.	Abs. O. I.
1	—	1Teil		1Teil	—	incompl.	1Teil	1Teil	1Teil	2,8
1	—	—	1Teil	„	—	fehlt	„	„	„	1,7
3	—	1Teil		„	—	„	„	„	„	10,4
3	—	—	1Teil	„	—	„	„	„	„	3,8
2	1Teil		—	—	1Teil	compl.	„	„	„	10,7
2	—	1Teil	—	—	„	incompl.	„	„	„	3,7
2	—	—	1Teil	—	„	fehlt	„	„	„	1,9
4	1Teil	—	—	—	„	„	„	„	„	28,0
4	—	1Teil	—		„	„	„	„	„	9,4
4	—	—	1Teil	—	„	„	„	„	„	1,4

1 Stunde Thermostatenaufenthalt, Centrifugierung und Anstellung des Opsoninversuches mit der überstehenden Flüssigkeit.

Versuch III.

Meerschweinchen № 1, durch 4-malige intraperitoneale Injection von gewaschenen Ziegenerythrocyten vorbehandelt.
Meerschweinchen №. 2, durch 3-malige intraperitoneale Injection von gewaschenen Pferderythrocyten vorbehandelt.
Meerschweinchen № 3 normal.
Meerschweinchen № 4 normal.

Alle 4 Meerschweinchen wurden im Wright'schen Opsoninversuch auf opsonische Fähigkeiten gegenüber Staphylococcus aureus geprüft und ergaben Werte, die ziemlich übereinstimmend waren. Alsdann wurden die betreffenden Sera in verschiedenen Verdünnungen mit den entsprechenden Erythrocyten versetzt, 1 Stunde bei Brutschranktemperatur belassen, hernach die noch ungelösten Erythrocyten abcentrifugiert und mit der überstehenden Flüssigkeit der Wright'sche Opsoninversuch angestellt.

Aus diesem Versuche geht zur Evidenz hervor, dass durch den bei der Vorbehandlung des Immunserums (mit dem entsprechenden Antigen) stattgehabten Complementverlust die opsonischen Fähigkeiten des Serums leiden. Die Controllsera hingegen, bei denen infolge von einem fehlenden passenden Amboceptor die Complementbindung nicht stattfindet, sind demgemäss auch in ihren opsonischen Fähigkeiten nicht alteriert.

Versuch IV.

Meerschweinchen № 1, immunisiert gegen Hammelerythrocyten.
Meerschweinchen № 2, immunisiert gegen Hammelerythrocyten.
Meerschweinchen № 3 normal.
Meerschweinchen № 4 normal.

Nachdem durch einen Versuch festgestellt wurde, dass der absolute opsonische Index gegenüber Staphylococcen bei allen vier Meerschweinchen annähernd der gleiche ist, wurden die Sera mit 2 Teilen Kochsalzlösung verdünnt und zu gleichen Teilen mit Hammelerythrocyten versetzt; nach $^1/_2$-stündigem Thermostatenaufenthalt zeigten die mit Immunsera hergestellten Mischungen eine Auflösung der roten Blutkörperchen (Ser. I complette Lyse, Ser. II. incomplette), während in den Controllsera die roten Blutkörperchen unverändert blieben. Mit den vom Satze abcentrifugierten Serumverdünnungen wurde nun der übliche Wright'sche Opsoninversuch angestellt.

Abcentrifugierte Serummischung von
Meerschweinchen № 1 + Staph. alb + Leuk. v. Meerschw. 8,1
„ № 2 + „ „ + „ „ „ 2,9
„ № 3 + „ „ + „ „ „ 12,8
„ № 4 + „ „ + „ „ „ 16,98

Wenn auch der opsonische Index beim Meerschweinchen-Serum I nur um wenig im Vergleich zur Controlle gesunken war, so war der Unterschied beim Meerschweinchen-Serum II um so auffälliger. Wir können annehmen, dass es sich im ersten Falle um ein stärkeres hämolytisches Serum gehandelt hat (was übrigens auch daraus hervorgeht, dass es zur völligen Lyse führte), bei dem noch nach stattgehabter Lyse ein genügender Complementgehalt vorhanden war, um den opsonischen Amboceptor zu activieren.

Andererseits ist dieser gewissermassen negative Erfolg des I Serums auch noch in der Hinsicht interessant, als er uns zeigt, dass die verminderten opsonischen Fähigkeiten nach stattgehabter Lyse nicht etwa auf eine Leukocytenschädigung seitens des bei der spec. Lyse freiwerdenden Giftes (Friedemann und andere) zu beziehen sind.

Wir beschränken uns auf die Wiedergabe dieser wenigen Protocolle, da auch weitere diesbezügliche Versuche zu ähnlichen Resultaten führten.

Ziehen wir nun den Schluss aus den obigen Versuchsresultaten, so müssen wir sagen, dass sowohl

die Complettierungsversuche als auch die Complementablenkungsversuche in Uebereinstimmung mit unseren früheren Versuchsergebnissen für den complexen Bau der Normalopsonine sprechen.

Zum Schlusse möchten wir noch bemerken, dass die Versuche im Februar 1909 abgeschlossen wurden und aus äusseren Gründen erst jetzt zur Publication gelangen. Eine Berücksichtigung der nach diesem Termin erschienenen Arbeiten in der Versuchsanordnung konnte naturgemäss nicht stattfinden.

Ein Fall von Cholecystenterostomie.

Von

Prof. Dr. H. Zeidler.

Bei dauerndem Verschluss des Choledochus und der Unmöglichkeit, das Hindernis zu beseitigen, ist der einzige Ausweg — die Bildung einer Fistel zwischen den Gallenwegen und dem Darmtractus.

Die Fistel kann zwischen der Gallenblase, dem D. choledochus oder D. hepaticus einerseits und dem Dünndarm, dem Duodenum, dem Dickdarm oder dem Magen andererseits angelegt werden.

Am häufigsten wird wohl die Cholecystenrostomie ausgeführt. Die erste derartige Operation hat Winiwarter[1]) gemacht. Die von ihm angewandte, sehr complicierte Methode führte, nach verschiedenen Nachoperationen, zum Ziele.

Nachdem dann die Frage experimentell in Angriff genommen worden war (Harley, Golzi, Gaston), führten Monastyrskij[2]) und dann Kappeler[3]) im Jahre 1888 zum ersten Male die einzeitige Cholecystenterostomie aus. Im Jahre 1902 konnte Radsiewsky[4]) schon 56 Fälle von Gallenblasendarmfisteloperationen zusammenstellen. Seitdem ist die Anzahl natürlich noch stark gestiegen, und jetzt wird wohl jeder beschäftigte Chirurg über mehrere einschlägige Fälle verfügen.

Die häufigste Indication ist der volle Choledochusverschluss durch ein Carcinom des Pankreaskopfs. Trotz der klaren Indication sind die Resultate aus naheliegenden Gründen doch sehr wenig einladend: 65% Mortalität (Radsiewsky) und im günstigen Fall eine Besserung, welche einige Monate anhält.

Ganz anders liegt die Sache bei gutartigem Verschluss des Choledochus. Hier kann die Gallenblasendarmfistel radicale Heilung bringen. Trotzdem wird vor dieser Operation gewarnt (Kehr, Dujardin-Baumetz, Michaux u. andere), da durch die breite Communication zwischen Gallenblase und Darm der Darminhalt Zutritt zu der Gallenblase erhält und Infection der Gallenwege — eitrige Cholangitis — eintreten könnte. Kehr rät, die Anwendung dieser Operation angesichts der Möglichkeit einer Infection tunlichst einzuschränken. Krause[5]) verbindet mit der Cholecystenterostomie eine weite Enteroanastamose zwischen zu- und abführender Dünndarmschlinge, um dadurch einer Infection der Gallenwege vorzubeugen.

[1]) Winiwarter. Prager med. Wochenschrift. 1882 Nr. 21 u. 22.
[2]) Monastyrskij. Chirurg. Westnik. 1888.
[3]) Kappeler. Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. 1887, Nr. 17 u. 1889, Nr. 4.
[4]) Radsiewsky. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. IX, 1902.
[5]) Maragliano. Centralblatt f. Chirurgie, 1903, Nr. 35.

Es ist richtig, wie die Tierversuche Radsiewskys beweisen, dass die Bakterien die Gallenwege entlang weit bis ins Leberparenchym hinauf wandern, wobei die Gallengänge dilatiert sind; dabei leiden aber, wie Radsiewsky ausdrücklich bemerkt, die Versuchstiere, wenigstens in der auf die Operation unmittelbar folgenden Zeit, nicht. Die Gefahr im Sinne einer Infectionsmöglichkeit tritt nach Radsiewsky erst ein bei Retention des Inhalts der Gallenwege.

Was die Erfahrung am Krankenbett anbetrifft, so entbehrt nach Radsiewsky die Befürchtung, es könne die Gallenblasendarmfistel eine Cholangitis purulenta nach sich ziehen, zur Zeit der tatsächlichen Begründung durch klinische Beobachtung, da in keinem einzigen Todesfall nach Anlegung einer Gallenblasendarmfistel die Entwickelung einer Cholangitis purulenta sicher festgestellt ist. Zur endgültigen Entscheidung der Frage über die Infectionsgefahr der Gallenwege nach Cholecystenterostomie ist natürlich, wie Radsiewsky richtig schliesst, weiteres Material nötig, wie sich das Schicksal der Operierten in weiteren Zeitabschnitten gestaltet.

Da die Frage des Dauerresultats nach der Cholecystenterostomie von Wichtigkeit ist, so dürfte folgender, von mir operierter und beobachteter Fall einiges Interesse beanspruchen.

Ein Herr von 45 Jahren erkrankte im Mai 1906 mit heftigen Schmerzen in der Lebergegend, wobei er icterisch wurde. Nach ein paar Tagen gingen diese Erscheinungen wieder zurück und Patient war bis zum October vollkommen gesund, als sich wieder Schmerzen einstellten und Icterus eintrat. Die Schmerzen schwanden bald, der Icterus hielt aber an bis zu seinem Eintritt ins Krankenhaus, Anfang Februar 1907. In der Zeit von October bis Februar hatte der Kranke noch 4 Schmerzanfälle mit Fieberschwankungen. Bei seinem Eintritt war der Choledochusverschluss ein completer. Icterus ad maximum. Absolut acholischer Stuhl. Der Urin fast schwarz. Keine Schmerzen. Die Leber stark vergrössert, 4—5 Finger breit, ziemlich fest, aber glatt. Die Milz durchzufühlen. Sonst nichts Abnormes. Kein Ascites. Der Allgemeinzustand nicht schlecht. Der Kranke macht keinen kachektischen Eindruck. Weder Lues noch Malaria. Die nächstliegende Diagnose war Verschluss des Choledochus durch Stein. Dafür sprach die Anamnese, dagegen der Umstand, dass der Verschluss so complet war, während wir bei Choledochusstein doch gewöhnlich Schwankungen haben. Der volle, über 4 Monate anhaltende Verschluss liess eher auf eine Narbe oder ein Neoplasma schliessen. Endlich kam noch in Betracht ein Verschluss durch indurierende Pancreatitis. Kurz die Diagnose war nicht vollkommen sicher gestellt, als ich den 20./II. 1907, zur Operation schritt.

Bei der Laparotomie fand sich eine kaum vergrösserte Gallenblase, die Wandungen nicht verdickt. Leichte Verklebungen mit dem Omentum. Kein Stein, weder in der Gallenblase noch in den Gallenwegen. Choledochus mässig dilatiert. Der Pankreaskopf schien mir etwas verdickt, etwas derber als gewöhnlich. Sowohl ein Steinverschluss als auch ein Neoplasma war eigentlich nach diesem Befund auszuschliessen; also konnte es sich um eine Narbe (nach Durchgang eines Steines?) oder eine Pancreatitis indurativa handeln.

Cholecystenterostomie mit dem Murphyknopf. Verlauf glatt. Erster Stuhl wenig gefärbt, die weiteren gut gefärbt. Der Icterus ging sehr langsam zurück; nach $1\frac{1}{2}$ Monaten war der Patient noch ganz leicht icterisch und wurde in diesem Zustande entlassen. Die Wunde heilte per primam. Der Murphyknopf ging am 17. Tage ab. Bei der Untersuchung 9 Monate nach der Operation vollkommen gesund. Keine Schmerzen, keine Spur von Icterus. Leber kaum vergrössert. Vollkommen normale Darmfunction.

Jetzt, 3 Jahre 7 Monate nach der Operation, volles Wohlbefinden.

Wir konnten also in diesem Fall ein Dauerresultat constatieren, welches nichts zu wünschen übrig lässt, und es scheint, als ob in solchen Fällen die Cholecystenterostomie indiciert ist und mit gutem Erfolge angewandt werden kann.

Aus dem Hospital der Schwesterngemeinschaft, gegründet zum Andenken an den General Adjutanten Kauffmann.
Chefarzt Prof. Dr. H. Zeidler.

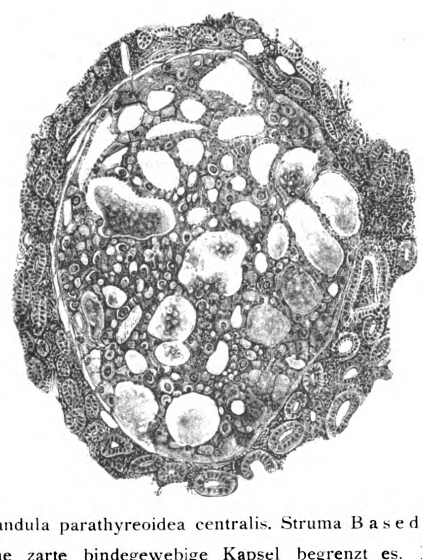
Centrales Epithelkörperchen beim Menschen.

Von
Dr. Woldemar Lange.

Obwohl schon Mikulicz 1886 empfahl, bei Kropfoperationen die Gegend, in der sich die Glandulae parathyreoideae oder Epithelkörper befinden, sorgfältig zu schonen, um schweren Zufällen nach der Operation vorzubeugen, ist erst in der letzten Zeit durch sehr exacte experimentelle Arbeiten die nach Strumaoperationen zuweilen auftretende Tetanie aufgeklärt und ihr Zusammenhang mit der Mitentfernung der Epithelkörperchen festgestellt worden.

Die bei allen Säugetieren vorhandenen Epithelkörperchen liegen an der Hinterseite der Schilddrüse an den Endverzweigungen der Art. thyreoidea inferior und kommen meist doppelt, als obere und untere Epithelkörperchen, auf jeder Seite vor. Das obere E. K. befindet sich bei einigen, gerade zu Experimenten am meisten benutzten Tieren, Katze, Hund, Kaninchen, eingeschlossen im Parenchym der Schilddrüse und wird daher auch als inneres oder centrales E. K. bezeichnet. Durch diese Localisation ist die ohnehin schon sehr schwierige experimentelle Untersuchung dieser unscheinbaren und doch so wichtigen Organe bedeutend erschwert. Beim Menschen sind in der Regel die E.-K. der Schilddrüse aussen angelagert und central gelegene sind bisher nur von Schaper, Schreiber und Milewski in je einem Falle beschrieben worden. Das seltene Vorkommen eines centralen E. K. und einige Abweichungen im histologischen Bau rechtfertigen wohl eine kurze Mitteilung über einen derartigen Fund.

In einer von mir vor 2 Jahren exstirpierten Basedowstruma fand ich zufällig im oberen hinteren Lappen der Struma ein centrales Epithelkörperchen. Es liegt ca 1 cm. von der Oberfläche im Schilddrüsengewebe, ist von braungelber Farbe und hat 1 Millimeter im Durchmesser.



Glandula parathyreoidea centralis. Struma Basedowi.

Eine zarte bindegewebige Kapsel begrenzt es. Das gesamte Gebilde besteht aus grossen polygonalen Zellen mit deutlichen Zellgrenzen, hellem, leicht gekörntem Protoplasma und grossem, scharf tingiertem ovalem Kern, in dem 1, selten 2 Kernkörperchen und ein reichliches Chromatinnetz zu sehen ist. Im Protoplasma der Zellen liegen zuweilen grosse, helle Vacuolen. Das gesamte Organ besteht fast nur aus solchen, den sogenannten Hauptzellen der Autoren entsprechenden Zellen. Zwischen diesen Zellmassen befinden sich Hohlräume mit scholliger, kolloidartiger Substanz, die ebenso wie das Kolloid des anliegenden Schilddrüsengewebes hellgelblich gefärbt ist. (Eisen-Hämatoxylin-Pikrofuchsin. Weigert). Auffallend ist ferner der völlige Mangel an Blutgefässen, die sonst immer sehr zahlreich im E.-K. gefunden werden. Ebenso fehlt jegliches bindegewebige Stroma. Leider konnte bei der geringen Anzahl von Schnitten keine genauere Untersuchung vorgenommen werden.

Das Hauptinteresse dieser Fälle liegt wohl darin, dass aus selbstverständlichen Gründen die Untersuchung von lebenswarm fixierten menschlichen E.-K. nur in exceptionellen Fällen möglich sein wird. Ueber den Zustand der Epithelkörperchen bei Morbus Basedowii ist wenig bekannt. Erdheim hat in einem Falle von Basedowscher Krankheit die Epithelkörperchen unverändert gefunden.

Die Patientin, von der das Präparat stammt, zeigte nach der Operation keinerlei üblen Zufälle, und ihr Zustand besserte sich wesentlich.

Aus dem städtischen Obuchow-Krankenhaus für Männer in St. Petersburg.
Chefarzt Dr. A. Netschajew.

Ein Fall von epidemischer Cerebrospinalmeningitis.

Von
Dr. Gustav Zeidler.

Unter den Fällen von acuter Meningitis, welche in Petersburg bei Erwachsenen auftritt, ist — soweit man nach dem Material des Obuchow-Krankenhauses urteilen kann — die Cerebrospinalmeningitis, hervorgerufen durch den Meningococcus intracellularis Weichselbaum, keine häufige Erscheinung. Oefter findet man in solchen Fällen den Fränkelschen Dipplococcus Pneumoniae. Infolgedessen muss man die Fälle mit Meningococcenbefund zu den überall sporadisch auftretenden rechnen.

Was die Aetiologie der Meningococcenmeningitis anbetrifft, so sind die Meinungen geteilt. Einige Autoren vertreten den Standpunkt der Infection per continuitatem aus dem Nasenrachenraum, andere in neuerer Zeit halten die Meningitis für eine consecutive Teilerscheinung einer allgemeinen Meningococcenbakteriämie, mit dem Lymphsystem (Mandeln etc.) als Eintrittspforte. Als Beweis wird die in einem gewissen Procentsatz von Meningitis gefundene Meningococcenbakteriämie angeführt. Als Verbreiter einer Epidemie kommen jedenfalls die sogenannten Träger in Betracht, bei denen sich Meningococcen monatelang in dem Nasenrachenraum halten können.

Die Prognose gestaltet sich ziemlich schlecht, da die Mortalität bei Fällen, die nicht specifisch mit Meningococcenheilserum behandelt werden, bei verschiedenen Autoren zwischen 50—80 pCt., sogar 100 pCt. (Netter) variiert. Ausserdem werden bei einer grossen Zahl von Genesenen sehr ernste Folgeerscheinungen beobachtet wie Hydrocephalus (am häufigsten), Taubheit etc.

Ich erlaube mir, einen einschlägigen Fall, der vor kurzem im Obuchow-Männerkrankenhaus zur Beobachtung gekommen ist, mitzuteilen.

Am 24. December 1909 wurde ins Obuchow-Krankenhaus für Männer der Bauer A. L. in halbbewusstlosem Zustande eingeliefert. Wie nacher eruiert wurde, ist er ungefähr eine

Woche vor Eintritt ins Hospital zu Hause an Kopfschmerz und allgemeinem Unwohlsein krank gewesen, aber erst den 24. XII. 1909 soll der Zustand sich verschlimmert haben. Weder Schnupfen noch andre katarrhalische Erscheinungen der Respirationswege will er zu Hause gehabt haben.

Status präsens: Halbbewusstloser, ausserordentlich erregter Zustand. Pat. antwortet undeutlich auf Fragen, schlägt um sich, schreit. Keine Paralysen der Extremitäten. Stark erweiterte Pupillen, welche nicht auf Licht reagieren. Die linke Pupille etwas grösser als die rechte. Eine starke Hyperästhesie am ganzen Körper, die Patellarreflexe schwach. P. 64, voll, etwas gespannt, von guter Qualität. T° 38,0°. Stark ausgesprochene Nackenstarre, stark ausgesprochenes Kernigsches Symptom an beiden unteren Extremitäten. Keine besonderen Veränderungen an den inneren Organen. Urinretention. Der mittelst Katheter gewonnene Urin (1500 ccm.) enthält weder Eiweiss noch Zucker, Spec. G. 1024, reagiert sauer. Im Sediment keine Formelemente.

Patient macht den Eindruck eines sehr schwer Kranken. Bei der Punction nach Quincke, welche sogleich vorgenommen wurde, flossen 60 ccm. serös eitriger Flüssigkeit unter hohem Druck ab, in der sich nach einigem Stehen Fibrinflocken bildeten. Im gefärbten Sediment nach dem Centrifugieren wurden fast ausschliesslich polynucleäre Leukocyten gefunden, in denen Gram-negative, kleine, semmelförmige Diplococcen eingeschlossen waren. Die aus dieser Flüssigkeit angelegte Cultur ergab eine Reincultur von kleinen Gram-negativen Diplococcen. 1 ccm. dieser Flüssigkeit wurde einer weissen Maus subcutan injiciert, doch ging die Maus nicht ein. Wir hatten es also nach allen Anzeichen mit dem intracellulären Meningococcus Weichselbaum zu tun, also mit einer sogenannten epidemischen Cerebrospinalmeningitis. Am selben Abend fiel die Temp. bis 37,0°, und der Kranke wurde ruhig. Den nächsten Tag war der Kranke bei T°. 37,0 und P. 68 und besserem Bewusstsein ganz ruhig. Alle anderen Erscheinungen ohne Veränderung. Am dritten Tage hatte sich das Bewusstsein vollkommen eingestellt, der Patient spricht und antwortet klar auf alle Fragen. T.° 36,8, P. 76. Klagen über starke Kopfschmerzen und Schmerzen in der Lumbalgegend. Die Meningealsymptome ohne Veränderung. Nach weiteren zwei Tagen trat ein verbreiteter Herpes labialis auf, die Rigidität des Nackens hat etwas nachgelassen, das Kernigsche Symptom aber ist unverändert bei gutem Allgemeinbefinden. Am selben Tage steigt die T.° zum Abend wieder auf 39,0°, worauf ihm am nächsten Morgen bei T. 38,0°, P. 90 und denselben Symptomen die Punction nach Quincke wiederholt wird. Es werden 25 ccm. schwachtrüber seröser Flüssigkeit gewonnen, in der sich vereinzelte Fibrinflocken beim Stehen bilden. Im gefärbten Sedimente wurden hauptsächlich polynucleäre Leukocyten gefunden. In einigen von ihnen konnte man vereinzelte Gram-negative Diplococcen finden. 1 ccm. dieser Flüssigkeit wurde einer weissen Maus intraperitoneal und 1 ccm. einer anderen subcutan injiciert. Beide Mäuse blieben am Leben. Die mit dieser Flüssigkeit geimpften Agarröhrchen blieben steril. Der Zustand des Kranken verbesserte sich zusehends. Am 9. Tage der Krankheit fing Patient an, spontan zu urinieren, die Nackenstarre wurde immer schwächer und verschwand ganz am 11. Tage der Krankheit. Die Temp., welche sich noch subfebril gehalten hatte, war vom 12. Tage an absolut normal. Das Kernigsche Symptom wurde allmählich schwächer, hielt sich aber noch, nachdem alle übrigen Erscheinungen geschwunden waren, bis gegen 4 Wochen vom Anfang der Krankheit. Das Allgemeinbefinden wurde bald vollkommen normal, nachdem die Kopfschmerzen am 11. Tage ganz aufgehört hatten. Die am 16. und 17. Krankheitstage ausgeführten Untersuchungen des Nasenschleims zeigten unter anderem bakterioskopisch denselben intracellulären kleinen Gram-negativen Diplococcus, doch gelang es nicht, ihn in Reincultur zu isolieren. So konnte man den Patienten ohne jegliche Functionsstörungen im Organismus 12 Tage nach dem Beginn der Krankheit als vollkommen geheilt ansehen.

Der beschriebene Fall bietet meiner Meinung nach ein gewisses Interesse, erstens weil die Heilung verhältnismässig in kurzer Zeit vor sich ging, ohne die geringsten Folgeerscheinungen zu hinterlassen, obgleich die Prognose dem ganzen schweren Syptomencomplex nach sehr schlecht gestellt werden musste. Zweitens zeigt der Fall, wie eine solche Menge Coccen in stark eitriger Flüssigkeit in einem geschlossenen serösen Raume durch die natürlichen Schutzkörper des Organismus erst ihre Virulenz verlieren, dann ihre Lebensfähigkeit einbüssen und schliesslich vollkommen eliminiert werden bei gleichzeitiger Klärung der serösen Flüssigkeit. Der Lumbalpunction, die als diagnostisches Mittel zur Aufklärung über den Charakter einer Meningitis unerlässlich ist, dürfte in diesem Falle auch ein günstiger Einfluss auf die Heilung zuerkannt werden, haben wir doch gesehen, dass die T° prompt nach beiden Punctionen fiel und der Zustand des Kranken sich merklich besserte.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchow-Krankenhauses für Frauen.
Abteilungschef Dr. med. J. Grekow.

Zur Frage der Freilegung der Milz bei Verletzuugen derselben.

(Ein Fall von gleichzeitiger Schussverletzung der Pleura, des Diaphragma, der Milz, des Colon, des Pankreas, der linken Niere und der XII. Rippe).

Von

Dr. J. Grekow.

Bei Verwundungen der Milz und ihrer Nachbarorgane werden die verschiedensten Schnittmethoden angewandt (in der Mittellinie, winkelförmige, d. h. Schnitte in der Mittellinie mit hinzugefügtem Querschnitt, Schnitte längs des Rectusrandes, schräge Schnitte den Rippenbogen entlang, mediale und Schrägschnitte gleichzeitig, transpleurale mit oder ohne Rippenresection, eine Combination der letzteren mit einem der schon genannten Schnitte u. s w.) Es können auch die Methoden Vanverts und Auvrays angewandt werden — ein Schrägschnitt längs des Rippenbogens mit Resection desselben oder mit Infraction oder Durchschneiden der Rippen und Umlegen des Rippenbogens nach oben (Marwedel).

Alle genannten Methoden sind bereits in die Lehrbücher der operativen Chirurgie übergangen, und ich will sie daher nicht weiter besprechen. Alle haben sie ihre Nachteile und Vorteile, jede besitzt ihre Indication.

Bei ausgedehnten Verletzungen der Milz und complicierenden Verwundungen der Nachbarorgane ist augenscheinlich der von Kocher empfohlene Winkelschnitt der zweckentsprechendste, da er schnell einen weiten Zutritt zu den verwundeten Organen gestattet. Bei Verwundungen der Milz durch das Diaphragma erlaubt dieser Schnitt aber nicht, den ganzen Wandcanal zu untersuchen. Dasselbe gilt in noch grösserem Masse von den übrigen Schnitten; die grösste Zahl der Milzverletzungen ist jedoch mit Verletzungen des Diaphragmas compliciert, welche eine genaue Naht erfordern (B. K. Finkelstein[1]).

In der Sitzung der chirurgischen Gesellschaft vom 18. October 1896 erinnerte ich gelegentlich eines Vortrags von N. N. Petroff[2]) die Gesellschaft an einen Schnitt, den ich empfehlen konnte und durch den die Rippenknorpel durchschnitten und gleichzeitig die Brust und Bauchhöhle eröffnet werden.

Dieser Schnitt ist offenbar zuerst von Prof. H. Zeidler 2 mal bei Milzverletzungen angewandt worden (und zwar zum ersten Mal 1898). Er ist in der Dissertation von M. M. Krjukow („Ueber die Verwundungen der Milz". St. Petersburg. 1901.) beschrieben. Diese Schnittführung erwies sich als sehr zweckentsprechend bei einer Kranken, welche

[1]) Zur Milzchirurgie. 1910.
[2]) Zur Frage von den Milzverletzungen. Russkij Wratsch 1906 Nr. 48 u. 49.

ich operiert und damals der Gesellschaft demonstriert habe. Da dieser Schnitt leider weder in den Handbüchern noch auch in speciellen Monographien (z. B. von B. K. Finkelstein, N. N. Petrow) erwähnt wird, dabei aber viele Vorzüge aufweist, so erlaube ich mir nochmals, etwas ausführlicher auf ihn zurückzukommen und vor allen Dingen das in der erwähnten Sitzung Gesagte zu wiederholen (Verhandlungen der chirurgischen Pirogow-Gesellschaft 1906—1907, pag. 17).

E. M. 23 Jahre alt, im 8 Monat schwanger, erhielt am 30/IX 1906 Stichwunden mit einem finnischen Messer, wobei eine der 11 Wunden sich in der Gegend des Knorpels der 8. Rippe in der linken Mamillarlinie befand und durch das prolabierte Netz tamponiert war. Links unten vom Nabel war eine Dämpfung nachweisbar, die Gegend des rechten Musculus rectus war gespannt. P. 94, mässige Anämie, kein Pneumothorax. In Chloroformnarcose wurde ein Schnitt gerade nach unten von der Wunde geführt (der obere Rand der 8. Rippe erwies sich incidiert), 7 cm. lang. Die Knorpel der 8., 9. und 10. Rippe wurden durchschnitten, die Pleura- und Diaphragmawunde wurde bis zum Ansatz an die Rippen erweitert und die Bauchhöhle eröffnet. Temporärer Tampon in die Pleurahöhle. Jetzt lagen die Milz, der linke Leberlappen, der Magengrund und die Flexura colica lienalis frei da. Alle diese Organe waren unverletzt, die Wunde erstreckte sich in die bursa omentalis, wo ein hühnereigrosses Hämatom gefunden wurde. Das Pankreas war gleichfalls nicht verletzt, als Quelle der Blutung erwies sich eins der Gefässe des Lig. gastrocolic. Nach Entfernung des Hämatoms und Resection des Netzes wurde die Pleura und das Diaphragma mit Seitenknopfnähten vernäht, ebenso das Bauchfell mit Ausnahme einer Oeffnung, durch welche ein kleiner Tampon bis zum Hämatom hingeleitet wurde. Die Rippenknorpel wurden mit besonderen Nähten vernäht. Die übrigen 10 Wunden wurden vernäht und heilten ebenfalls anstandslos. Es kam weder zu einer Frühgeburt noch zu einer Pleuritis, und die Kranke konnte bereits nach 19 Tagen gesund entlassen werden.

In ähnlichen Fällen müsste man häufiger den in diesem Falle benutzten Schnitt verwenden, da er einen guten Zutritt zur Milz und ihren Nachbarorganen eröffnet. Bei gleichzeitiger Verwundung der Brust und Bauchhöhle, besonders in der Gegend der falschen Rippen, muss dieser Schnitt als Normalschnitt angesehen werden, da er einfach ist und es gestattet, den ganzen Wundcanal zu übersehen und das verwundete Diaphragma wiederherzustellen.

Zu dem damals Gesagten füge ich hinzu, dass dieser Schnitt nicht nur praktisch, sondern auch ungefährlich ist, dass er beim Auseinanderziehen der Wundränder mit Haken auch den Zutritt zur Cardia und zur Diaphragmakapsel gestattet. Seine Ausführung ist in der Gegend der falschen Rippen sehr leicht und einfach: Die Rippenknorpel werden durch einen Messerzug zerschnitten und ebenso leicht wieder genau vernäht. Zu einem Pneumathorax kommt es nicht, da der Schnitt nicht über den Complementärraum der Pleura geführt wird und die Pleura nach ihrer Eröffnung leicht durch einen nicht grossen Tampon temporär abgeschlossen wird. Die Länge des Schnittes ist unbedeutend — 7—10 cm. —, daher ist die Zahl der durchschnittenen Nervenäste nicht gross, und es kommt zu keiner bemerkbaren Atrophie des M. rectus. Trotzdem das Durchschneiden von Nerven ein Uebelstand ist, der bekanntlich allen Längsschnitten eigen ist, besonders wenn sie am Rande des M. rectus geführt werden, halte ich doch diese Schnittmethode für das Normalverfahren bei allen von vorn her durch den Complementärraum zugefügten Milzverletzungen, besonders in der Gegend der falschen Rippen, da sie vor allen Dingen dem allgemein gültigen chirurgischen Princip entspricht, die Wunde durch eine unmittelbare Erweiterung derselben zu untersuchen.

Wenn die Anzeige zu dem von mir befürworteten Schnitte in dem beschriebenen Falle noch nicht sehr dringend war, und ich ihn nur deshalb ausführte, weil er einen guten Zutritt schafft, so überzeugte mich folgender Fall endgültig von dem grossen Vorteil dieses Schnittes, und veranlasst mich, ihn in dieser Mitteilung nochmals in Erinnerung zu bringen.

Martha T., 22 Jahre alt, Frau eines Elektrotechnikers schoss sich um 4 Uhr morgens am 21. Februar d. Jahres 1/4 Stunde nach einem Abendessen eine Kugel durch das Hemd in die Brust aus einem Revolver des Systems Smith und Wesson. Nach dem Schuss blieb sie auf den Füssen und wurde erst von dem herbeigeeilten Ehemanne ins Bett gelegt. Ich wurde von Dr. A. G. Lifschütz etwa 1 Stunde nach der Verwundung zur Kranken gerufen und erhob folgenden Befund. Mittelgrosse, zartgebaute, magere, blasse Frau. Pat. stöhnt vor Schmerzen im Epigastrium. P. 110, ziemlich gut. In der Gegend des 8 Rippenknorpels, einen Querfinger nach links von der l. mamillaris hin, befindet sich die kleine, durch ein Netzstück verschlossene Einschussöffnung mit verbrannten Rändern. Eine Ausschussöffnung fehlt. Die Kugel fühlt man unter der Haut des Rückens auf der Höhe der 12. Rippe in der Scapularlinie durch. Die Betastung des Epigastriums uud der linken falschen Rippen ist schmerzhaft, die Muskeln sind dort gespannt. Links unten im Abdomen Dämpfung. R. 28. oberflächlich, mit Zurückbleiben der linken Brusthälfte. Weder Pneumothorax, noch Blutung nach aussen. Die Leber steht normal, kein Blut im Urin. Klagen über starke Schmerzen im Epigastrium, Schwindel und Uebelkeit, kein Erbrechen. Ziemlich bedeutender Shock. Es wurde eine Verwundung des Magens und der Milz diagnosticiert und die Pat. in das St. Petersburger Gynäkologische Institut transportiert. Dortselbst verstärkten sich die Symptome der Anämie: die Blässe wurde intensiver, die Gesichtszüge verfielen, und der Puls stieg bis 124 in der Minute.

Um 7¼ Uhr morgens, 3 Stunden nach der Verwundung, Operation in Chloroform-Aethernarcose. Nach Extraction und Resection des Netzes 10 cm. langer Längsschnitt durch die Einschussöffnung nach unten längs dem Rande des Muscul. rect. sin. fast bis zum Niveau des Nabels. Dabei werden die Knorpel der 8., 9. und 10. Rippe und das Diaphragma durchschnitten und gleichzeitig die Brusthöhle (temporärer Tampon) und Bauchhöhle eröffnet. Dabei werden Blutergüsse und Coagula unter dem Diaphragma und im kleinen Becken und eine blutende Wunde der Milz sichtbar. Der durch Gase und Speisen stark ausgedehnte Magen ist unverletzt. Um die Blutung zu stillen und die Orientierung zu erleichtern, wurde die Milz nach Ligierung ihres Stieles durch 3 Ligaturen exstirpiert. Die fortdauernde Blutung wurde durch temporäre Tamponade gestillt. Auf der Flexura coli lienalis wurde auf der Höhe eines Haustrums eine silberrubelgrosse Oeffnung entdeckt. Der Darm war leer, die Oeffnung wurde in querer Richtung in 2 Etagen vernäht. Durch allmähliches Entfernen der Tampons wurde darnach eine blutende Wunde im Pankreasschweif entdeckt. Das Gewebe war daselbst im Bereich eines 2-kopekengrossen Bezirkes zertrümmert. Die Blutung wurde durch 6 durchgreifende Nähte gestillt, die durch das Pankreas gelegt und darnach zur Wunde hinaus geleitet wurden. Die Blutung hörte aber auch jetzt noch nicht auf das Blut ergoss sich im Strom aus der Diaphragmakuppel, wo durch Betastung mit dem Finger eine sich später als penetrierend erweisende Oeffnung im oberen Pol der linken Niere, etwa 2—3 cm. von ihrer Kuppe entfernt, aufgefunden wurde. Die Wunde wurde temporär tamponiert, die Pat. auf die Seite gelegt und längs der 12. Rippe ein Lumbalschnitt über der durchgefühlten Kugel angelegt und dabei die Kugel extrahiert. Beim Freilegen der 12. Rippe erwies sie sich als in mehrere Stücke zersplittert, sie wurde reseciert und die Niere freigelegt. Die Nierenwunde, die sich als penetrierend erwies, wurde inspiciert und zu derselben ein Tampon geleitet. Ein zweiter Tampon wurde in die Pleurahöhle durch die erweiterte Ausschussöffnung geführt, da in sie Luft einzudringen begann. Die hintere Wunde wurde offen gelassen, die vordere mit Seide in 3 Etagen bis auf ihre Mitte, durch welche die Nähte und der Tampon des Pankreas geleitet wurden, vernäht.

Die Pleurahöhle wurde vorn vernäht: die vordere Diaphragmawunde wurde mit der Pleura und die Rippenknorpel gesondert vernäht.

Die exstirpierte Milz war ein wenig vergrössert, auf ihrer inneren concaven Fläche sah man auf dem oberen und unteren Pol 2 penetrierende Rupturen von 3—4 cm. Länge. In ihrer Umgebung befanden sich einige kleinere Risse. Der unverletzte Hilus befindet sich zwischen diesen beiden Rupturen.

Pat. überstand die 2 Stunden dauernde Operation gut, der Verlauf war in den ersten 2 Tagen nach der Operation ein

recht schwerer: starke Atemnot und Cyanose, die Frequenz der Respiration stieg bis 40–50 in der Minute, der Puls war sehr schwach und betrug in den ersten 36 Stunden ca. 160 trotz subcutaner Infusionen und Herzmittel. Die tägliche Harnmenge betrug 500,0, die Temperatur war subfebril (37,8°).

Am 22./II. um 5 Uhr abends fing der Puls an, zu verschwinden, und ich bat daher Dr. F. Pikin, der Pat. eine intravenöse Injection von 500,0 physiologischer Kochsalzlösung mit 8 Tropfen Adrenalin zu machen. Nach derselben trat sogleich bei der Kranken schwere Atemnot auf, die Cyanose wurde noch stärker, der Puls verschwand, und es trat ein Schüttelfrost mit Temperaturanstieg bis 39,1 auf. Um diese Zeit sah die Kranke auch Dr. W. W. Alexandrow, er hielt sie für hoffnungslos und sterbend. Trotzdem erholte sie sich wieder, und eine Stunde später constatierte ich einen Puls von 140, der deutlich fühlbar war. Von diesem Moment an fing die Pat. an, sich wie nach einer Krisis zu erholen. Ungefähr 2 Wochen lang war die Temperatur subfebril, sie stieg nur einmal bis 38°, der Puls sank allmählich bis zur Norm (nach 3 Wochen). Eine Peritonealreizung war nicht vorhanden: am 3. Tage gingen die Winde ab, nach einer Woche spontaner Stuhl. Erbrechen und Husten war überhaupt nicht vorhanden, ein unbedeutender Pneumothorax resorbierte sich schnell. In den ersten Tagen war hinten unten über der linken Lunge ein pleuritisches Reibegeräusch und subcrepitierendes Rasseln zu hören, beides verschwand nach Entfernung des Tampons aus der Pleura. Die hintere Wunde verheilte ohne Eiterung, der vernähte Teil der vorderen Wunde heilte gleichfalls per primam, aus der tamponierten Höhle entleerte sich dagegen ziemlich viel eigenartigen, fast durchsichtigen Eiters, der sehr ätzend und flüssig war mit Beimengung rahmiger Massen. Das subcutane Fett bedeckte sich bald mit dem charakteristischen Belage von Fettnecrose. Die Nähte wurden vom Pankreas allmählich im Laufe von 2 Wochen entfernt, zugleich mit der letzten Naht stiess sich ein ziemlich bedeutendes Stück nekrotischen Pankreasgewebes ab. Der Allgemeinzustand der Kranken besserte sich dabei schnell, so dass sie am 24. Tage (17 März) das Bett verliess und am 35. Tage (28. März) bereits die Anstalt verlassen konnte. Ich bemerke noch, dass die Kranke die ganze Zeit über nagende Schmerzen in den Knochen, besonders der unteren Extremitäten klagte. Die hintere Wunde war jetzt schon vernarbt, vorn war noch eine kleine Fistel nachgeblieben, die nur wenig secernierte. Links unten war eine leichte Dämpfung und Abschwächuag des Pectoralfremitus nachweisbar, das Atemgeräusch war dagegen überall vesiculär (die Pat. wurde von unserem hochverehrten Jubilar, Dr. W. Kernig untersucht).

Die von Dr. P. Kasakow in liebenswürdigster Weise am 6., 15., und 41. Tage ausgeführte Blutuntersuchung ergab folgende Resultate:

26/II	rote Blutkörp.	2800000	weisse	17000	Hämoglobin	40%
7/III	„ „	4000000	„	11000	„	70%
2/IV	„ „	4400000	„	12000	„	80%

Mit anderen Worten, die Regeneration des Blutes schritt fort. Dieses wurde auch durch das Aussehen der Kranken bestätigt, sie hatte sich gut erholt, ihre Gesichtsfarbe war besser geworden, sie hatte jetzt nur noch Angst zu sterben! [1]).

Der beschriebene Fall ist, wenn man die grosse Zahl der gleichzeitig verwundeten Organe und die Literatur in Betracht zieht, einzig in seiner Art, ausserdem aber anatomisch nicht ganz klar. Offenbar erfolgte der Schuss während des Inspiriums bei nach rechts gebeugtem Körper der Patientin, anders kann man sich nicht erklären, wie der ausgedehnte Magen unverletzt blieb und gleichzeitig so viele Organe bei der vorhandenen Richtung des Schusscanals verwundet wurden. Er verlief, über dem 8. Rippenknorpel beginnend, durch die Pleura, das Diaphragma und Bauchfell und darnach offenbar durch den oberen Pol der Milz, die obere Oberfläche des Colon und den Pankreasschweif, darnach durchschlug die Kugel den unteren Pol der Milz, den oberen Pol der linken Niere und wieder das Diaphragma und die Pleura; sie zerschmetterte die 12. Rippe und blieb unter der Haut des Rückens stecken. Der Wundcanal hatte eine beinahe horizontale Richtung, wobei sich die Einschussöffnung etwas höher und medianer gelegen als die Stelle, wo die Kugel steckte, befand. Wenn man in dieser Richtung bei gestrecktem Körper eine Nadel durchsticht, so werden sicher 1—2 der bei unserer Kranken verletzten Organe nicht getroffen.

Auch in diagnostischer Beziehung ist unsere Kranke interessant. Bei der ersten Untersuchung machte sie durchaus nicht den Eindruck einer sehr schwer Kranken (jedenfalls nicht schwerer krank als die zuerst beschriebene Kranke). Nur die Localisation der Wunde, der Prolaps des Netzes, die Spannung der Bauchmuskeln und die Dämpfung links unten im Abdomen berechtigten, eine Milzverletzung und vielleicht auch Magenverletzung (bald nach einer Abendmahlzeit) anzunehmen. Später wurde der Zustand der Kranken viel schlechter. Auch der Eingriff und Ausgang sind in diesem Falle von Interesse. Als besonders günstig erwies sich der Schnitt, über den ich bereits vorhin sprach. Wir arbeiteten die ganze Zeit unter Controlle des Auges, und nur die Nierenwunde wurde durch Palpation festgestellt, Sehr gut waren die Wunden der Pleura und des Diaphragmas zu sehen, die genau vernäht wurden. Ich glaube, dass bei einer anderen Schnittführung irgend eine der Verletzungen leicht hätte übersehen werden können. Der Schnitt erwies sich nicht nur als ungefährlich (ein unbedeutender Pneumothorax kam nur infolge des Lumbalschnittes zustande), er verhalf uns sogar, die bei solchen Verletzungen häufigen und fast gewöhnlichen Complicationen, wie Empyem, Pneumonie und Subdiaphragmalabscess u. s. w. zu vermeiden.

Folgende Momente wirkten noch beim Zustandekommen des guten Ausganges der Operation mit: die Desinfection des Operationsfeldes durch Jodtinctur und der Hände durch Spiritus [2]), der frühe Eingriff, die primäre Exstirpation der Milz, welche durch die Blutung die Inspection der benachbarten Organe erschwerte, und endlich die Abwesenheit von Darminhalt im Dickdarm. Die Tamponade der Nierenwunde von hinten aus, das Zurücklassen der Nähte im Pankreas und der dahin durchgeleitete Tampon garantierten einen guten Abfluss und verhinderten eine Fettnekrose des Bauchfells.

Von den Complicationen sind beachtenswert: die ungewöhnlich starke Wirkung der intravenösen Eingiessung mit Adrenalin, welche gefahrdrohende Erscheinungen und dadurch eine Wendung der Krankheit hervorrief; ferner die Nekrose des Pankreas mit Fettnekrose des Wundcanals und Ausfluss eigenartigen Eiters. Diese Nekrose lässt den Gedanken aufkommen, dass es vielleicht bei dieser Kranken vorteilhafter gewesen wäre, den Pankreasschweif zu resecieren statt Nähte auf seine contusionierten Gewebe anzulegen. Von allen den zahlreichen Verletzungen bei dieser Kranken halte ich die Verwundung des Pankreas für die ernsteste und gefährlichste, jedenfalls machte sie uns allein im postoperativen Verlauf etwas zu schaffen.

Die Entfernung der Milz machte sich nur durch schnell vorübergehende Knochenschmerzen bemerkbar und störte die schnelle Wiederherstellung der normalen Zusammensetzung des Blutes der Kranken nicht.

---

[1]) Gegenwärtig (Anfang September) ist die Pat. völlig gesund, sie hat jetzt ein lebensfreudiges, blühendes Aussehen, nachdem sie den Sommer in Finnland verbracht und daselbst viel Lawn-Tennis gespielt hat. Trotzdem einige versenkte Seidenligaturen spät abgingen, sind keinerlei Anzeichen von Eventration oder merklicher Atrophie des Musc. rectus nachzuweisen: die Narbe ist fest und unnachgiebig.

[2]) Diese Methode ist bei uns endgültig eingeführt, wobei unsere weiteren Erfahrungen alles in meiner Arbeit im 90. Bd. H. 4 des Langenbeck schen Archivs Gesagte bestätigten.

Aus dem städtischen Obuchow-Krankenhause für Frauen in St. Petersburg.
Chefarzt Dr. W. Kernig.

Zur Diagnostik der Hirnlues.

Von
Dr. med. L. Krewer.

Die syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems, insbesondere die Hirnsyphilis, gehören zu den am meisten untersuchten und vom pathologisch-anatomischen, sowie klinischen Standpunkte aus am besten studierten Affectionen im Bereiche der Nervenpathologie. Dieser Umstand erklärt sich einerseits durch die Frequenz derartiger Erkrankungen und andererseits dadurch, dass die Wichtigkeit möglichst frühzeitiger Diagnosticierung dieser Erkrankungen schon längst die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gelenkt hat. Wir besitzen gegenwärtig eine grosse Literatur über diese Frage und sind in der Diagnose der Hirnsyphilis fortgeschritten, besonders seit der Entdeckung der Spirochaeta pallida und des Erscheinens der Wassermannschen Lehre und seiner Reaction. Leider gehören meine klinischen Beobachtungen jener Zeit an, als man auf die specitische Spirochaeta pallida nur zuerst hingewiesen und von der Wassermannschen Theorie noch keine Ahnung hatte. Und doch scheint es mir, dass meine klinischen Beobachtungen, die ich im Verlaufe eines Decenniums, nämlich vom Jahre 1891 bis zum Jahre 1900 im Obuchow-Frauenhospital gemacht habe, kaum an Interesse dadurch verloren haben.

Ich konnte für das erwähnte Decennium im ganzen 59 Fälle von Hirnsyphilis sammeln. Dies entspricht wohl nicht der wirklichen Zahl der Hirnlueserkrankungen für diese Frist, welche viel bedeutender zu sein scheint. Ich fand es aber für zweckmässig, alle diejenigen Fälle auszuschliessen, wo entweder die Diagnose zweifelhaft schien, oder wo es sich um eine parasyphilitische Erkrankung handelte und endlich, wo wir es mit Arteriosclerose im Gehirn zu tun hatten.

Bevor ich zu meinen Beobachtungen übergehe, möchte ich kurz auf die Zeichen hinweisen, welche ich bei der Diagnose „Lues" verwertet habe. Sehr selten gab schon die Anamnese Auskunft. In den meisten Fällen aber war man gezwungen, diese Frage auf klinischem Wege aufzuklären. Und da kam die Anwesenheit von gummösen Geschwülsten, die Perforation der Nasenscheidewand oder das Fehlen derselben, Perforation des weichen Gaumens, charakteristische Narben an den Schleimhäuten und Periostitiden zu Hilfe, Erscheinungen, welche ziemlich sicher auf Syphilis hinweisen. Zu den weniger sicheren Zeichen gehören Narben der Haut, Verdickungen der Knochen, vergrösserte, derbe Lymphdrüsen, Leucoderma, öftere Aborte bei Frauen ohne bestimmte Ursache, endlich mehr oder weniger charakteristische Veränderungen in den parenchymatösen Organen. Die Diagnose wird noch sicherer, wenn man zugleich mehrere Zeichen im Einzelfalle findet.

Ausser den erwähnten möchte ich auf noch ein Zeichen hinweisen, von welchem ich in der Literatur keine Erwähnung gefunden habe, welches aber nach meinen Beobachtungen ein ziemlich sicheres Zeichen zu sein scheint. Wenn man nämlich die Bauchhaut oder die Haut der Oberschenkel palpiert, ebenso wenn man eine Falte zu machen versucht, so erhält man die Empfindung, als ob unter der Haut eine Menge einzelner, kleiner (stecknadelkopfgrosse und kleinere), harter Knötchen sich befinden, welche mit der Haut verwachsen, nicht schmerzhaft sind und eine ganz eigenartige Empfindung bei der Palpation der Haut geben. Man hat das Gefühl, als ob unter der Haut Graupen verschüttet wären. Mich erinnert diese Empfindung an Reis und ich möchte deshalb so eine Haut als „Reishaut" bezeichnen. Zuweilen lässt sich dieses nicht nur an der Haut des Bauches und der Oberschenkel, sondern auch an anderen Regionen feststellen. Nur ist am Bauche und den Oberschenkeln diese Erscheinung gewöhnlich am besten ausgesprochen. Interessant ist es, dass es mir gelang, in einigen Fällen das Verschwinden dieser Erscheinung während einer durchgeführten antiluetischen Behandlung zu constatieren. Ich erklärte mir das so, dass diese Veränderung der Haut auf eine specifische Veränderung der Hautdrüsen zurückzuführen sei. Ob dem so ist und ob dieses Zeichen überhaupt brauchbar ist, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, da die Zahl meiner Beobachtungen in dieser Beziehung zu klein ist, umsomehr, da es bei weitem nicht in jedem Falle vorhanden ist. Jedenfalls halte ich es für zweckmässig, auf dieses Zeichen hinzuweisen, und es wird sehr interressant sein, dasselbe an einem grösseren Material bestätigt zu sehen

In diagnostischer Beziehung teile ich meine 59 Fälle in 2 Categorien ein: 1) solche Fälle, in welchen die vorausgegangene syphilitische Infection unzweifelhaft war und 2) solche, in welchen dieselbe mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist. In die erste Categorie gehören 12, in die zweite 47 Fälle. Das Alter der Kranken war zwischen 15 und 16 Jahren. Wie schnell die Gehirnerscheinungen nach der Infection auftraten, konnte ich nur in 5 Fällen feststellen, und zwar in einem Falle nach 2 Jahren, in einem — nach 3 Jahren, in einem — nach 6 Jahren und in 2 Fällen nach 10 Jahren.

Zu den häufigsten Symptomen der Hirnsyphilis gehört zweifellos der Kopfschmerz, welcher bei meinen Kranken in 36 Fällen ausgesprochen war, also in 60,68%. Dieser Kopfschmerz ist eigentümlich und unterscheidet sich von dem Kopfschmerz anderen Ursprungs. Er ist hartnäckig, nimmt meist den ganzen Schädel ein, dauert wochen- und sogar monatelang, hat die Neigung, sich in der Nacht zu verstärken und den Schlaf zu stören, ist selten in einem bestimmten Schädelbezirk localisiert; er ist oft mit Uebelkeit und nicht selten mit Erbrechen verbunden, welches ich in 15 Fällen, also in fast 25% beobachtet habe. Das Beklopfen des Schädels ist in der Mehrzahl der Fälle ziemlich schmerzhaft, was bei Kopfschmerzen anderen Ursprungs selten der Fall ist. Besonders intensiv ist diese Schmerzhaftigkeit, wenn die syphilitische Affection auch das Schädelperiost betrifft, sie ist aber auch bei intracraniellen Processen vorhanden. Die Verstärkung der Schmerzen in der Nacht konnte ich nur in 4 Fällen feststellen, und zwar in denjenigen, wo es sich um eine Schädelperiostitis handelte, oder wo der Kopfschmerz das einzige Symptom der luetischen Gehirnerkrankung war. Solche Fälle sind für die Diagnostik sehr schwer. Man muss sich dabei an folgende Gesichtspunkte halten: wenn der Kopfschmerz hartnäckig, lange andauernd, zuweilen schwächer, zuweilen intensiver ist, aber nie ganz schwindet, wenn er nicht streng localisiert ist, wenn das Beklopfen des Schädels empfindlich ist, wenn eine Abschwächung des Gedächtnisses sich constatieren lässt und wenn dabei wenigstens Wahrscheinlichkeit auf eine vorausgegangene syphilitische Infection vor-

handen ist, wobei alle anderen Ursachen (Urämie, tumor cerebri) ausgeschlossen werden können — so habe ich in diesen Fällen Lues cerebri diagnosticiert und bin zu einer antiluetischen Behandlung geschritten. Da der Effect einer solchen Behandlung gewöhnlich nicht lange auf sich warten lässt, so findet man in derselben eine Bestätigung der Richtigkeit der Diagnose. Es ist deshalb angezeigt, in jedem auf Lues verdächtigen, wenn auch zweifelhaften Fall eine antiluetische Behandlung einzuleiten.

Solche Fälle aber, bei welchen der Kopfschmerz das einzige Krankheitssymptom ist, sind im allgemeinen sehr selten. Gewöhnlich trifft man dabei auch irgend welche objective Erscheinungen und zwar in erster Linie an den Hirnnerven, von denen besonders oft der Oculomotorius und der Opticus afficiert werden. Deshalb findet man oft bei derartigen Kranken Pupillenveränderungen, Paralysen der Augenmuskeln, der Augenlider, Abschwächung der Sehkraft bis zur völligen Blindheit etc. Solche Fälle habe ich nur 3 beobachtet, wobei alle schon nach 8—10-tägiger entsprechender Behandlung sich fast bis zur Genesung besserten.

Ausser Kopfschmerzen klagten die Kranken nicht selten über Schwindel, der mit, öfter aber ohne Kopfschmerzen vorkommt, was ich in 10 Fällen, also in 17% beobachtet habe. Dieses Symptom wird hauptsächlich durch die Sclerose der Hirnarterien hervorgerufen, welche bei Lues schon frühzeitig auftreten kann. Und doch kann ich dem Schwindel keine für Lues cerebri pathognomonische Bedeutung zuschreiben, da ich denselben bedeutend öfter bei Hemiplegien, sei es nach Blutungen, Thrombosen oder Embolien, beobachtet habe Während desselben Jahrzehntes waren im Krankenhause in Behandlung nicht weniger als 2500 Hemiplegien, und in der Hälfte aller Fälle konnte man Schwindel vor und nach dem Insult beobachten.

Nach dem Kopfschmerz steht die Hemiplegie an zweiter Stelle, welche sich in meinen Fällen 33 Mal beobachten liess, also in 55,93%. Gewöhnlich ist auch hier das Eintreten der Hemiplegie mit einem Insult verbunden, wie es bei den Hemiplegien anderen Ursprungs der Fall ist; hier ist er nicht so ausgesprochen und weniger andauernd. Dem apoplectischen Insult geht gewöhnlich der Schwindel. der Hirnsyphilis — der Kopfschmerz voran, wobei selten Schwindel zu beobachten ist. Dann dauert der Insult nur kurze Zeit und die Kranken erholen sich ziemlich schnell, während der comatöse Zustand. der so oft bei Apoplexien beobachtet wird, bei der Hirnlues zu den Ausnahmen gehört. Sogar beim Insult lässt sich nicht selten bei Hirnlues ein nicht völliges Fehlen des Bewusstseins constatieren. Ziemlich oft lassen sich bei Hirnlues epileptiforme Anfälle vor oder nach dem Insult beobachten, was bei den Apoplexien selten der Fall ist, es sei denn dass die Hämorrhagie an der Hirnoberfläche (Convexität) sitzt. Trotzdem würde es zu gewagt sein, nur auf Grund des Charakters des Insults irgend welche sichere diagnostische Schlüsse zu machen. Wenn auch eine gewisse Differenz zwischen dem Insult bei Apoplexien und Hirnlues existiert, so fehlt sie oft ganz bei Embolien, Thrombosen und Neubildungen des Gehirns. Doch lässt sich die Tatsache, auf welche die meisten Autoren hinweisen, dass alle Erscheinungen bei der Hirnlues immer nur halb ausgesprochen sind, auch bei dem Insult bestätigen. In der Tat finde ich in den Krankenbögen sehr oft den Ausdruck, „halbbewusstlos, halb somnolent". — Ebenso wie der Insult verläuft die nachfolgende Hemiplegie. In einer Reihe von Fällen ist sie gleich nach dem Insult eine vollständige, aber schon nach kurzer Zeit, zuweilen nach einigen Stunden, restituiert sie sich allmählich bis auf eine unbedeutende Parese oder sie schwindet ganz. Andererseits lässt sich oft nach dem Insult nur eine leichte Hemiparese feststellen, welche allmählich sich in eine vollständige Hemiplegie verwandelt, wie man es öfters bei der Thrombose beobachtet. Wenn auch die zur Hälfte und inconstant ausgesprochenen Symptome bei der Hirnlues zwar sehr charakteristisch sind, so darf man nie diesen Umstand als alleiniges Moment bei der Diagnose benutzen, wenn man Fehler vermeiden will. Viel wichtiger für die Diagnose sind Paralysen einzelner Hirnnerven, welche schon an und für sich Verdacht auf Lues hervorrufen können. Dieser Verdacht verstärkt sich bis zur Zweifellosigkeit, wenn die Hirnnervenparalyse sich mit einer Hemiplegie und zwar mit einer gekreuzten Hemiplegie combiniert. Diese Combination ist geradezu pathognomonisch für Hirnlues und darf nicht unterschätzt werden. Am häufigsten haben wir eine Paralyse des Oculomotorius, verbunden mit einer Hemiplegie der entgegengesetzten Körperhälfte, beobachtet. Unter den 33 erwähnten Hemiplegien fand ich in 14 Fällen eine Oculomotoriuslähmung auf der entgegengesetzten Seite, also in 42,42%, fast in der Hälfte der Fälle. Sehr oft lassen sich bei Hirnlues Paralysen der Augenmuskelnerven beobachten und zuweilen auch des Sehnerven, welche der Hemiplegie entweder vorausgehen oder sich derselben hinzugesellen, obwohl sie zuweilen auch vollständig unabhängig vorkommen. Auch diese Paralysen sind von grosser Wichtigkeit für die Diagnose. Uhthof, der eine collosale Erfahrung in dieser Frage besitzt, sagt, dass man nur in 15% der Fälle bei Hirnlues Veränderungen von Seiten der Augen vermisst. Und doch hat die Oculomotoriuslähmung für die Diagnose eine viel grössere Bedeutung als die Opticuslähmung, da sie in einer ganzen Reihe von Hirnerkrankungen nicht-syphilitischer Natur vorkommen kann.

Von anderen Erscheinungen, welche der Hirnlues eigen sind, möchte ich noch die Abschwächung der Intelligenz hervorheben Was die psychische Sphäre überhaupt anbetrifft, so beobachtet man Erscheinungen, beginnend von der Gedächtnisschwäche und endigend mit voller Demenz, ja sogar maniakalischen Zuständen. Diese Zustände erscheinen oft ziemlich plötzlich und können auch ebenso plötzlich verschwinden. Ueberhaupt bleiben auch hier die Erscheinungen nicht scharf ausgedrückt und inconstant.

Eine weitere für Hirnlues ziemlich charakteristische und nicht seltene Erscheinung sind die epileptiformen Anfälle. Sie treten plötzlich, ohne bekannte Ursache auf bei Leuten, welche bis dahin nie an solchen Anfällen gelitten haben. Wir beobachteten sie in unseren Fällen 19 Mal, also in 32,2%; sie nehmen also an Häufigkeit der Symptome die 3. Stelle ein (Kopfschmerz — 60, 68%, Hemiplegie— 55,93%). Wenn auch diese Anfälle der Epilepsie sehr ähneln, so unterscheiden sie sich doch wesentlich von den echt epileptischen, und es lohnt sich, diese Tatsache, da sie von grosser Bedeutung ist, etwas ausführlicher zu besprechen. Bei der sog. syphilitischen Epilepsie haben wir nie eine Aura beobachten können, welche der gewöhnlichen Epilepsie so eigen ist. Das Bewusstsein während des Anfalls war in unseren Fällen meistens stark herabgesetzt, aber selten kam es bis zum vollen Verlust desselben. Dafür kamen die Kranken nicht so schnell zu sich, und wenn die Anfälle schnell aufeinander folgten,

so verfielen die Kranken in den freien Intervallen oft in einen comatösen Zustand. Der feste Schlaf, der bei der genuinen Epilepsie dem Anfalle gewöhnlich zu folgen pflegt, fehlte in unseren Fällen ganz. An Dauer unterscheiden sich die Anfälle nicht von den echtepileptischen, dafür aber könnte man sie an Häufigkeit dem Status epilepticus, der bei der genuinen Epilepsie nur selten vorkömmt, gleichstellen.

Wenn epileptiforme Anfälle sich der Hirnlues hinzugesellen, so sind sie fast nie vereinzelt, sondern sie folgen schnell aufeinander und erreichen zuweilen eine ungeheuere Zahl in ziemlich kurzer Zeit; wir haben z. B. bis über 200 Anfälle in 24 Stunden bei einigen unserer Kranken beobachtet. Letztere Fälle sind fatal, und die Kranken gehen schnell im comatösen Zustande zu Grunde. Ein solcher Verlauf ist jedoch seltener. Gewöhnlich ist die Zahl der Anfälle in 24 Stunden viel geringer (bis 50), während das Bewusstsein in den Pausen nicht zurückkehrt. In solchen Fällen gelingt es oft, mit Hilfe der specifischen Behandlung die Anfälle zum Stillstand, ja zum Schwinden zu bringen. Im allgemeinen sind die epileptiformen Anfälle bei Hirnlues immer ein ernstes Symptom. Der Charakter der Krämpfe bei Hirnlues unterscheidet sich kaum von dem bei der genuinen Epilepsie, aber die Verbreitung der Krämpfe ist bei der Hirnlues viel beschränkter, dafür aber auch mannigfaltiger. In vielen unserer Fälle beschränkten sich die Krämpfe nur auf einzelne Körperregionen, so traten sie z. B. im Gesicht, nur in einer Extremität, häufiger in der oberen, in einer Körperhälfte — wobei der Anfall nach dem Typus der Jacksonschen Epilepsie verläuft — und endlich sogar in einigen Muskelgruppen auf. Dabei beobachteten wir oft nach dem Anfalle Paralysen der entsprechenden Muskelgruppen, häufiger Mono- und Hemiplegien, welche schnell mit Abnahme der Anfälle schwanden, um bei Wiederholung der Anfälle von neuem zu erscheinen. Es kommt jedoch auch vor, dass die Paralysen nach Verschwinden der Anfälle bestehen bleiben, dann aber müssen bestimmte anatomische Veränderungen in der Gehirnsubstanz vorhanden sein. Wir hatten Gelegenheit, in manchen Fällen das klinische Bild von Hirnlues mit epileptiformen Anfällen zu beobachten, welchen eine Hemiplegie nachfolgte. Bei der Obduction fand man ausser einem Gumma noch eine ausgebreitete Erweichung der Gehirnsubstanz um das Gumma. Das ist keine seltene Erscheinung bei gummösen Neubildungen an den Hirnhäuten oder in der Hirnsubstanz; noch häufiger sind die Erweichungen Folgen der fast immer bei Hirnlues vorhandenen arteriitischen Veränderungen.

Mit der grössten Sicherheit also kann Hirnlues in den Fällen diagnosticiert werden, wenn wir es mit epileptiformen Anfällen zu tun haben bei erwachsenen Personen, welche nie bis dahin an solchen Anfällen gelitten haben; wenn den Anfällen keine Aura vorausgeht; wenn sie schnell aufeinander folgen und sich nur auf einzelne Muskelgruppen, einzelne Körperteile oder eine bestimmte Körperhälfte verbreiten; wenn das Bewusstsein während der Anfälle nicht ganz erloschen und während der Pausen nicht ganz frei ist; wenn den Anfällen vorübergehende Paralysen folgen und wenn endlich noch dabei Verdacht auf eine vorausgegangene syphilitische Infection besteht.

Wir haben im Vorhergehenden die drei häufigsten und typischsten Symptome im klinischen Bilde der Hirnsyphilis angeführt, wobei wir schon erwähnten, dass dieselben sich verschiedenartig in jedem Einzelfalle combinieren und häufig noch eine ganze Reihe anderer sich hinzugesellen. Ich kenne fast keine einzige Erscheinung in der Neuropathologie, welche bei Hirnlues nicht vorkäme. Wenn auch die syphilitische Affection ihre „Lieblingssitze" hat, verschont sie doch im allgemeinen keine einzige Stelle. Es ist selbstverständlich, dass das klinische Bild in jedem Falle abhängig sein wird von der Localisation der Affection. Der syphilitische Process hat ausserdem die Neigung, nicht vereinzelt, sondern multipel aufzutreten, was natürlich eine ganze Reihe von Herderscheinungen hervorruft und das klinische Bild sehr mannigfaltig gestaltet. So z. B. haben wir einen Fall von Hirnlues beobachtet, welcher unter dem Bilde der multiplen Herdsclerose verlief. Oft haben wir es bei der Diagnose mit einer ganzen Menge von Symptomen zu tun, von welchen manche einander widersprechen. Und doch erleichtert diese Anhäufung von Symptomen, ihre Mannigfaltigkeit und ihre Ungeordnetheit die Diagnose. Nich selten verbreitet sich die syphilitische Affection auf andere Teile des Centralnervensystems, auf das verlängerte oder das Rückenmark. Es ist leicht begreiflich, inwiefern das klinische Bild verwickelt und für die Diagnose erschwert werden muss. Mit Recht betonen deshalb alle Autoren den Polymorphismus der syphilitischen Affection des Centralnervensystems, welcher dem klinischen Bilde ein eigenartiges Gepräge verleiht und im Zusammenhange mit der Inconstanz der Symptome die Diagnose erleichtert. Dies steht im Einklange mit den biologischen Eigenschaften der syphilitischen Producte, bei welchen Wachstum und Zerfall in einem so gegenseitigen Verhältnis sich befinden, dass das eben Neugebildete zerfällt, damit auf derselben Stelle wieder sich Neues bilde. „Die Wandelbarkeit, das Kommen und Gehen, die Flut und Ebbe der Symptome, der sprunghafte Verlauf" — das sind die Eigenheiten in der Symptomatologie der syphilitischen Affectionen des Centralnervensystems.

Resumieren wir das oben Auseinandergesetzte, so kommen wir zu dem Schluss, dass die Hirnsyphilis kein bestimmtes, einheitliches klinisches Bild, sondern eine ganze Reihe verschiedenartiger Symptome liefert. Und je mannigfaltiger der Symptomencomplex ist und je weniger derselbe sich in einen für eine bestimmte Affection des Centralnervensystems entsprechenden Rahmen hineinpassen lässt, desto mehr muss Verdacht auf den syphilitischen Charakter der Erkrankung entstehen, wenn auch anamnestische Angaben oder charakteristische Untersuchungsbefunde fehlen. Es ist eine altbekannte Tatsache, dass die Anamnese oft sehr trügerisch ist und dass die Abwesenheit charakteristischer Symptome eine bestimmte Erkrankung nicht ausschliesst. Wie verwickelt auch das klinische Bild sein mag, so kann man bei gewisser Erfahrung doch die richtige Diagnose auf Hirnlues stellen, was doch im höchsten Grade wichtig ist, da nur in diesem Falle eine richtige und erfolgreiche Therapie eingeleitet werden kann.

Von unseren 59 Fällen, welche alle einer antiluetischen Behandlung unterworfen waren, sind 35 vollständig genesen, also 59,32%; 11 trugen eine bedeutende Besserung von der Therapie davon, also 18,64%; bei 4 trat eine leidliche Besserung ein, also in 6,78%, ebensoviel, d. h. 6,78% blieben ohne Besserung und endlich 5 starben, also 8,48%. Bei allen 5 Gestorbenen liessen sich epileptiforme Anfälle beobachten.

In der letzten Zeit besitzen wir in dem von Prof. Ehrlich neuentdeckten Arsenpräparat (Arsenobenzol od. 606) ein mächtiges Mittel zur schnellen Bekämpfung der syphilitischen Infection. Damit wird die Hoffnung erweckt, dass bald eine Zeit kommen wird, wo die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns und des Centralnervensystems überhaupt zu den grössten Seltenheiten gehören werden.

Die Bestimmung des Fermentgehalts der Stühle und des Antifermentgehalts des Blutes bei der Diagnose verschiedener Erkrankungen des kindlichen Alters.

Von

Dr. med. M. Abelmann (St. Petersburg).

Die in den letzten Jahren von Müller, Jochmann, Brieger, Kantorowitz[1]) und vielen anderen Autoren veröffentlichten interessanten Versuche über die proteolytische Kraft der polynucleären Leukocyten und die antitryptische Wirkung des Blutserums, besonders aber die zwecks Feststellung der Pankreasfunction von Müller und Schlecht[2]), ausgearbeitete einfache Methode der Trypsinbestimmung in den Stühlen, eröffneten auch dem Pädiater ein grosses Feld zu den verschiedentlichsten Untersuchungen, zumal letztere tiefere Einblicke in die functionelle Tätigkeit der grossen Drüsen und der von ihnen producierten Fermente erheischten.

Bald nach dem Erscheinen der ersten Publication von Müller und Jochmann begann ich meine Versuche an der internen Abteilung des klinischen Elisabeth-Kinderhospitals, wobei ich mir zunächst die Aufgabe stellte, die tryptische Kraft der Faeces bei verschiedenen Erkrankungen des kindlichen Alters zu analysieren. Zu diesen Verdauungsversuchen bediente ich mich des Löfflerserums, das genau nach den Angaben von Müller aus Rinderblutserum und Traubenzuckerbouillon (1 : 2) hergestellt wurde. Die Versuche wurden in folgender Weise ausgeführt: die Rückenfläche der Petrischen Schale wurde in eine Reihe von Feldern geteilt; denselben entsprechend brachte ich auf die glatte Oberfläche des Serums bestimmte Mengen von vorher mit Glycerin verriebenen Faecalien. Bei starker saurer Reaction derselben musste zunächst eine 1- bis 2-procentige Sodalösung hinzugesetzt werden, um eine etwaige Abschwächung der Fermentwirkung zu verhüten. Sehr wichtig ist es, vorher mit Hilfe der bekannten Blutproben sich zu überzeugen, dass keine Spur von Blut in den Faeces vorhanden sei, da ja durch dessen Anwesenheit die Wirkung des Trypsins durch das Antiferment des Blutserums aufgehoben werden kann. Dieser Umstand kommt besonders zur Geltung bei acuten Erkrankunken des Dickdarms, ferner bei tuberculösen und typhösen Darmgeschwüren. Zur quantitativen Trypsinbestimmung benutzte ich nach Schlecht eine 10% wässerige Glycerinlösung in der Stärke von 1 zu 1 bis 1 zu 200. Die auf die soeben angegebene Weise beschickten Serumplatten brachte ich sofort in den auf 55° eingestellten Thermostat und verzeichnete alsdann das zeitliche Einsetzen, sowie die Grösse und Tiefe der etwaigen Dellenbildung. In denjenigen Fällen, wo letztere nur sehr langsam und spät etwa erst nach 48 Stunden eintrat, wurden die Versuche mehrmals wiederholt, häufig mit Zusatz eines Tropfens Blutserum oder Oedemflüssigkeit, wobei die Dellenbildung gewöhnlich ganz ausblieb. Im Ganzen wurden die Faeces von 86 Kindern geprüft.

Da es von vorneherein von grossem Interesse war, zu erforschen, wie stark die proteolytische Kraft der Fäces der Neugeborenen und ganz jungen Kinder sei, führte ich zunächst Versuche an einem hiesigen Gebärasyl aus. Es erwies sich, dass das Meconium keine tryptische Kraft besitzt; dieselbe beginnt sich zu offenbaren in den Stühlen der Kinder vom 3. bis 4. Lebenstage ab, wobei die fermentative Kraft der Faeces sehr rasch ansteigt, auf der Serumplatte sehr früh einsetzt und durch Zusatz von Antiferment nicht leicht aufgehoben werden kann. Es verdient hervorgehoben zu werden, dass das erste Erscheinen von Trypsin gerade zu einer Zeit einsetzt, wo die starke fermentative Kraft des Colostrums verschwindet, was wohl von biologischer Seite recht interessant ist. Die eben angeführten Resultate stimmen mit denen von Hecht überein; derselbe fand ebenfalls das Meconium immer fermentfrei; erst nach dem ersten Frauenmilchstuhl beobachtete er ein langsames Ansteigen des Fermentgehaltes. Auch Rovere[3]) constatierte dasselbe. Dagegen behauptet Czekkel[4]), dass das Meconium bereits schon verdauende Kraft besitze. Ueberhaupt muss constatiert werden, dass bei gesunden Kindern im ersten Lebensjahre die fermentative Kraft der Faeces eine viel stärkere ist als in den späteren Jahren, was höchstwahrscheinlich damit zusammenhängt, dass die Stühle häufiger erscheinen und das Trypsin daher keine Zeit hat, resorbiert zu werden.

Was nun die Krankheiten anlangt, bei denen Faecesuntersuchungen vorgenommen wurden, so sind vor allem die Affectionen des Darms zu erwähnen; da zeigte sich ein grosser Unterschied in der fermentativen Kraft der Faecalien bei reinen Formen von Dünndarmkatharren einerseits und andererseits von Dickdarmkatharren, die mit häufigen schleimigen Stühlen und Temesmus einhergingen. Während die Dellenbildung bei reiner Enteritis rasch vor sich geht, und häufig fast das ganze Serumfeld nach 24 bis 48 Stunden verdaut vorgefunden wird, tritt bei der Colitis eine Dellenbildung entweder garnicht ein oder aber erst sehr spät und in äusserst geringem Umfange. Dabei musste hier eine Antifermentwirkung ausgeschlossen werden, denn diejenigen Fälle, bei denen Blut mit Hilfe der Guajak- oder Benzidinprobe nachweisbar war, wurden von mir nicht berücksichtigt; auch bestand keine zu starke sauere Reaction der Faeces, im Gegenteil dieselbe war häufig alkalisch. Es muss somit angenommen werden, dass während bei der Enteritis die Stühle starke verdauende Kraft besitzen, letztere bei den typischen Formen von Colitis fast vollständig fehlt.

In 10 Fällen von Abdominaltyphus ergaben die täglich ausgeführten Verdauungsversuche folgendes Bild: während der 2 ersten Krankheitswochen kommt eine Dellenbildung zwar zustande, doch nur äusserst langsam und wenig ausgiebig, was auf eine Verminderung der tryptischen Kraft der Faeces hinweist; diese beginnt erst von der dritten Krankheitswoche an, stark zu werden und verbleibt fast auf derselben Höhe bis zur Genesung der Kinder, immer das Normale um ein Bedeutendes übertreffend. Höchst wahrscheinlich haben wir es hier mit einer mangelhaften Resorption der Fermente infolge abgeschwächter Tätigkeit des lymphatischen Apparates des Darms zu tun. In 3 Fällen von epidemischer Gelbsucht mit acholischen Stühlen fand ich die tryptische Kraft der Faeces nicht herabgesetzt, obwohl die

Stühle normale Consistenz aufwiesen, also jedenfalls nicht dünnflüssig waren.

In drei Fällen von typischer Atrophia infantum, die sich nach einer schweren acuten Darmaffection eingestellt hatte, wobei die Stühle bereits wieder normale Consistenz annahmen, konnte ich in den Ausleerungen ein völliges Fehlen jeglicher Trypsinwirkung constatieren; die Dellenbildung blieb vollständig aus, was wohl auf eine mangelhafte Function der Bauchspeicheldrüse hinweisen dürfte. Es ist interessant, dass in 2 von den eben erwähnten Fällen die Darreichung von Pankreaspräparaten von glänzendem Erfolge begleitet war; besonders günstige Wirkung entfalteten Pankreatinum Witte in lamellis und Pankreon Renania, während das officinelle Präparat Pankreatinum rossicum ganz wirkungslos blieb. Beide Kinder nahmen an Gewicht zu und wurden aus dem Hospital gesund entlassen, während das dritte an tuberculöser Meningitis zu Grunde ging.

Ferner wäre das Verhalten der Faeces bei der tuberculösen Peritonitis zu erwähnen. In 7 Fällen wurden mehrfache, fast tägliche Verdauungsversuche angestellt, und ich konnte mich überzeugen, dass die fermentative Kraft der Stühle absolut verringert war, häufig fehlte dieselbe vollständig, ganz unabhängig von der Consistenz der Stühle. Sehr interessant war das Verhalten der Ausleerungen bei dem 14-jährigen Mädchen Anna Bjelskaja, die mit einer ziemlich schweren Form von Peritonealtuberculose ins Hospital aufgenommen worden war. Neben grossen, harten, recht schmerzhaften Tumoren, war auch ein Exsudat zu constatieren, Temperatur von remittierendem Charakter bis zur Höhe von 40°. Die Stühle waren von normaler Consistenz und bildeten auf der glatten Serumfläche keine Dellen. Erst nach 8 Wochen, als das Exsudat völlig resorbiert worden war, und auch die Tumoren sich verkleinerten, konnte ich in den Faeces tryptisches Ferment nachweisen, freilich in sehr geringen Mengen. Die Dellenbildung trat spät ein und war wenig ausgiebig. In einem Falle von Abdominaltumor, wo die Diagnose zwischen Sarcom und Tuberculose der Mesenterialdrüsen schwankte, fand ich eine äusserst starke verdauende Kraft der Faeces und schloss daraufhin die Tuberculose aus. Der weitere Verlauf der Krankheit bestätigte meine Annahme. Die schwache tryptische Kraft der Faeces bei der Peritonealtuberculose ist nur durch die Annahme einer Störung der Pankreasfunction zu erklären; würde es sich um eine mangelhafte Resorption des Ferments infolge gestörter Function der Lymphgefässe und Mesenterialdrüsen handeln, so müsste ja die tryptische Kraft der Stühle verstärkt sein. Auf eine starke Abschwächung der Pankreasfermente bei tuberculöser Peritonitis hat bekanntlich bereits Jacubowitsch[5]) auf Grund seiner Verdauungsversuche mit den Drüsenextracten aufmerksam gemacht.

Wir sehen somit, dass das Studium der fermentativen Kraft der Faeces mit Hilfe des Löfflerserums, uns wohl einige diagnostische Anhaltspunkte geben kann, nicht nur, wie Schlecht meint, als Probe für den Grad der Pankreasarbeit, sondern auch überhaupt für differentiell-diagnostische Zwecke. Freilich können wir nicht verlangen, dass diese Probe uns absoluten Aufschluss gebe über die Tätigkeit der Bauchspeicheldrüse bei gesunden und kranken Kindern, hierzu sind Verdauungsversuche mit den Drüsenextracten selbst erforderlich, wie sie bekanntlich Gillet und namentlich Jacubowitsch angestellt haben.

Im Anschluss an meine Versuche mit dem proteolytischen Ferment unternahm ich es, weitere Beobachtungen über den Nachweis anderer Fermente in den Faeces anzustellen. Zunächst legte ich mir die Frage vor, ob auch in den Faeces ein Fett spaltendes Ferment, das also der Lipase resp. dem Steapsin analog wirken oder als solches aufgefasst werden könnte, nachweisbar wäre. Von vorneherein versprach ich mir von diesen Versuchen nicht viel, da einerseits die Lipase bekanntlich wenig widerstandsfähig ist, andererseits die Spaltung der Neutralfette im Darmcanal, wie ich das vor 20 Jahren in meiner[6]) unter Minkowskis Leitung ausgeführten Arbeit bewiesen habe, auch ohne Lipase zustande kommen kann.

Meine Versuche stellte ich folgendermassen an: Es wurde reines Olivenöl, das bekanntlich 6—8% Oelsäure enthält, so lange mit Sodalösung und Barytwasser geschüttelt, bis es auf Lakmus neutral reagierte und eine alcoholische Alkanatincturlösung nicht mehr rot färbte. Alsdann wurde das neutrale Oel à 5,0 in sterile Reagenzgläser gegossen, mit steriler Watte verschlossen und wieder sterilisiert. Kleine Mengen von Faeces mit vorher bestimmtem Fettsäuregehalt brachte ich mit Hilfe einer Platinöse in das Oel, und die so beschickten Reagenzgläser kamen dann sofort in den auf 50° eingestellten Thermostat. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Stühle nicht alkalisch reagieren, da das fettspaltende Ferment bei alkalischer Reaction unwirksam wird. Nach 24 bis 48 Stunden entnahm ich dann dem Thermostat die Reagenzgläser, das Oel wurde mit der gleichen Menge Schwefeläther gut durchgeschüttelt und diese Lösung dann mit einer $^1/_{10}$ normaler alcoholischer Kalilauge titriert, wobei als Indicator Phenolphtalein verwendet wurde. Bekanntlich gleicht ein Ccm. der eben genannten Lösung 0,0282 Oelsäure. Bei der Anstellung der eben geschilderten Versuche nahm ich immer Controllversuche mit dem reinen Oel vor, da eine Spaltung des neutralen Oeles allein durch die Wirkung einer höheren Temperatur nicht ausgeschlossen ist. Die Ergebnisse meiner Versuche waren folgende: das Meconium zeigt keine fettspaltende Wirkung, eine solche ist aber wohl nachzuweisen in den Ausleerungen kleiner Kinder vom 7.—8. Lebenstage ab. Von den 5,0 neutralen Fettes wurde 0,04 bis 0,12 Oelsäure gebildet. Bei älteren Kindern im Alter vom 3.—12. Lebensjahre stellte ich auch verschiedene Versuche an. Das Resultat war, dass bei katharrhalischen Zuständen des Darms, sowohl bei der reinen Form von Enteritis, als auch bei der Colitis eine deutliche Fett spaltende Wirkung der Stühle nie nachweisbar war. Auch bei der tuberculösen Peritonitis war das Ergebnis ein vollständig negatives, dagegen konnte ich in normalen Stühlen von Kindern, die an Pneumonie oder Keuchhusten erkrankt waren, deutliche Fettspaltung nachweisen. Man ist zu der Annahme gezwungen, dass bei Erkrankungen des Darmcanals die Lipase rasch zerstört wird und infolge dessen in den Ausleerungen nicht mehr vorhanden ist.

Endlich noch Einiges über das Verhalten der Diastase in den Ausleerungen. Bezüglich der Herkunft derselben steht bekanntlich Strassburger auf dem Standpunkte, dass die Diastase fast ausschliesslich ein Product der Darmsecrete sei, wogegen Wohlgemuth[7]), der eine recht zweckmässige Methode zur quantitativen Diastasebestimmung im Urin und in den Faeces angegeben hat, auf Grund seiner experimentellen Versuche an Hunden diese Meinung bekämpft und behauptet, dass der Hauptanteil der Diastase dem Pankreassecrete zukomme. Derselbe Autor konnte ferner den Nachweis führen, dass die

Diastase, die beim Menschen mit dem Speichel in den Magen gelangt, keinen Einfluss auf die Diastasemengen in den Ausleerungen hat. Hunden, die im Speichel keine Diastase führen, wurden die Pankreasgänge unterbunden und ihnen alsdann zur Nahrung grosse Mengen menschlichen Speichels hinzugesetzt. Die Diastasemengen in den Faeces blieben nach diesem Experiment gleich Null. Wynhausen[8]) hat dann bei einer grossen Zahl von Fällen die Diastase in den Faeces quantitativ bestimmt und bei den Erkrankungen des Pankreas eine Abnahme dieses Ferments nachgewiesen.

Meine Versuche führte ich genau nach der von Wohlgemuth angegebenen Methode aus. Das Princip derselben besteht darin, dass eine abgewogene Menge Kot mit einer bestimmten Quantität einer einprocentigen Kochsalzlösung gut verrieben und der dünnflüssige Brei dann in Röhrchen centrifugiert wird. Die überstehende Flüssigkeit wird ab gegossen und die Diastase mit Hilfe des Reihenversuches bestimmt, wobei zu jeder Fermentprobe 5 ccm. einer 1% Stärkelösung (Kahlbaum) und etwas Toluol hinzugefügt werden. Die Röhrchen kommen alsdann auf 24 Stunden in den Brutschrank, der auf 38° eingestellt wird. Nach Ablauf dieser Frist werden sie herausgenommen, mit kaltem Leitungswasser aufgefüllt; alsdann wird zu jedem Gläschen ein Tropfen einer $^1/_{10}$ n. Jodlösung hinzugesetzt und die äusserste Grenze der Diastasewirksamkeit als dasjenige Gläschen bestimmt, bei dem zuerst die blauviolette Färbung auftritt. Die diastatische Kraft eines ccm. Kotrückstandes bezeichnet Wohlgemuth mit Df. $\frac{38^0}{24\ h}$. Als Durchschnittswert der Diastaseconcentration des menschlichen Kotes fand Autor Df. $\frac{38^0}{24\ h}$ gleich 468,75. Im Allgemeinen schwanken die Diastasemengen in grossen Grenzen, doch in normalen Fällen hat Wohlgemuth nie einen Wert unter 100 beobachtet.

Meine Versuche, über die ich ausführlich an anderer Stelle zu berichten beabsichtige, ergaben, dass bereits das Meconium deutliche diastatische Wirkung entfaltet. Dieses Ergebnis ist recht auffallend, zumal wir bei neugeborenen Kindern eine etwaige Ptyalinwirkung in den Ausleerungen ausschliessen können. Da ferner nach meinen Versuchen weder Trypsin, noch Steapsin im Meconium enthalten ist, so drängt sich die Frage auf, ob nicht doch die Diastase in den Faeces als Product der Darmsecrete anzusehen sei. In den Stühlen von Kindern zwischen dem 2. und 6. Lebensmonate fand ich Diastasemengen, die weit über 100 gingen, und je dünnflüssiger die Stühle, um so stärker deren Diastaseconcentration. Weitere Untersuchungen über die diastatische Kraft der Stühle bei verschiedenen Erkrankungen des kindlichen Alters sind im Gange, und ich werde über diesbezgl. Resultate s. Z. berichten.

Uber den Wert der Antitrypsinbestimmung im Blute bei verschiedenen Erkrankungen des kindlichen Alters kann ich mich kurz fassen. Auf meine Veranlassung hin haben Frau Dr. Rabinowitsch und Frl. Dr. Sibirzewa eine grosse Reihe von Versuchen mit Hilfe des Müller, Jochmann, Marcusschen Verfahrens angestellt.

Zunächst wurde festgestellt, dass der Antitrypsincoefficient bei gesunden Kindern eine fast constante Grösse darstellt, und zwar 1:4. Beim Abdominaltyphus zeigten die täglich ausgeführten Untersuchungen folgendes Bild: in den ersten 8 Krankheitstagen bleibt der Antifermentgehalt des Blutes normal; ungefähr vom 8.—10. Tage an beginnt er zu steigen und erreicht sehr rasch eine Höhe von 1:10, um dann zum Schluss der Krankheit wieder abzufallen. ohne aber die Norm zu erreichen. Die Kinder wurden aus dem Hospital noch mit erhöhtem Antifermentgehalt des Blutes entlassen. Bei Typhus recurrens constatierten die genannten Colleginnen während des Anfalles einen Antitrypsingehalt von 1:10, während der Apyrexie 1:5. Bei acuter Pneumonie wird zunächst in den ersten Krankheitstagen ein Sinken des antitryptischen Coefficienten beobachtet bis 1:2 und 1:3, dann aber steigt derselbe rasch an bis 1:8, um nach der Krisis wieder zur Norm zu sinken. Bei chronischen katarrhalischen Pneumonien, die ja in der Majorität der Fälle tuberculöser Natur sind, wurde ein erhöhter Antitrypsingehalt des Blutes beobachtet, 1:5, 1:6, dagegen bei chronischer parenchymatöser Nephritis ein verminderter Gehalt 1:2 bis 1:3. Bei einer ganzen Reihe von Krankheiten — Influenza, Keuchhusten, Enteritis, Chorea, Psoriasis — fanden wir normale Verhältnisse. Interesse verdient noch die Krankengeschichte eines 3-jährigen Knaben, der mit einem Abdominaltumor ins Krankenhaus aufgenommen worden war. Die constatierten Symptome sprachen für eine maligne Geschwulst der Leber, doch war der Antitrypsingehalt des Blutes vermindert — 1:2. Wir schlossen daraufhin die Malignität aus; bei der Operation erwies es sich, dass wir es mit einem höchst seltenen angeborenen cystischen Lymphangiom der Leber zu tun hatten.

Zum Schlusse will ich darauf hinweisen, dass meine Arbeit hauptsächlich den Beweis liefern soll, dass die Untersuchung der Faeces auf deren Fermentgehalt unbedingt eine Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel bedeutet und deshalb wohl verdient, in eine Reihe mit den bekannten von Adolf Schmidt und Strassburger für Erwachsene, von Paul Selter für Kinder ausgearbeiteten Methoden der Stuhluntersuchung gestellt zu werden. Die Bestimmung des Antifermentgehaltes des Blutes kann zur differentiellen Diagnose Verwertung finden.

Literatur.

1) Müller und Jochmann. Ueber eine einfache Methode zum Nachweis proteolytischer Fermente. Münchener med. Wochenschr Nr. 29. 1906. Dieselben. Weitere Ergebnisse unserer Methode zum Nachweis proteolytischer Fermente. Münchener med. Wochenschr. Nr. 41. 1906. Jochmann und Kantorowicz. Zur Kenntnis der Antifermente im menschlichen Blutserum. Münchener med. Wochenschrift Nr. 14. 1908. 2) Schlecht. Ueber eine einfache Methode zur Prüfung der Pankreasfunction beim gesunden und kranken Menschen. Münchener med. Wochenschr Nr. 14. 1908. Derselbe. Zur Methode der Pankreasfunctionsprüfung. Centralblatt für innere Medicin Nr. 6. 1909. 3) Rovere. Ueber das Vorhandensein von Trypsin in den Faeces von gesunden und kranken Kindern, citiert nach Jahrbuch für Kinderheilk Bd. 21. p. 503.) Franz Czekkel. Proteolytische Fermente in den Säuglingsfaeces. Berlin. klin. Wochenschr 1909. Nr. 42. 5) W Jacubowitsch Zur Lehre über die Function der Verdauungsfermente bei Kindern. Jahrb. für Kinderheilk. Bd 17. p 195 6) M. Abelmann Ueber die Ausnutzung der Nahrungsstoffe nach Pankreasexstirpation Inaug.-Dissertation Dorpat 1890. 7) J. Wohlgemuth. Ueber eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung des diastatischen Fermentes. Biochem. Zeitschr. Bd. IX. I. Hälfte. Derselbe. Beitrag zur functionellen Diagnostik des Pankreas. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 3. 1910. 8) O Wynhausen Zur Functionsprüfung des Pankreas. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 11. 1910.

Ein Fall von schwerer Flimmermigräne mit retinalen Angiospasmen.

Eine ophthalmo-neurologische Studie.

Von

E. Blessig und N. Amburger.

Nachstehender Fall, den wir seit ca. 2 Jahren gemeinsam beobachten, dürfte einer Mitteilung wert sein wegen anscheinender Combination typischer, von Flimmerskotom begleiteter Migränen mit retinalen, zu bleibenden Gesichtsfeld-Defecten führenden Angiospasmen. Er gewinnt dadurch noch an Wert, dass er einen Collegen betrifft, der sein Leiden selbst ebenso aufmerksam wie objectiv beobachtet. Der casuistische Charakter vorliegender Studie dürfte es rechfertigen, dass aus der umfangreichen einschlägigen Literatur hier nur einiges Wenige angeführt wird. Sie findet sich sehr vollständig gesammelt und eingehend bearbeitet bei Wilbrand und Saenger[1]), worauf hiermit verwiesen sei.

Dr. J—w, 49 J. a. Arzt, zugleich Stadthaupt der Kreisstadt T., stellt sich zum ersten Mal am 14. März 1908 vor, mit folgenden recht präcisen Angaben:

Vater gestorben 64 J. a. am Hirnschlage; bei zwei Brüdern des Patienten die gleiche Todesursache. Mutter starb infolge eines Falles während der Gravidität. Eine Schwester des Patienten ist epileptisch. Patient leidet seit vielen Jahren an Sodbrennen und Hämorrhoiden mit intensiven Juckgefühlen. 1899 — Hämorrhoidenoperation. Bald darauf der erste Gichtanfall in Knien und Füssen und von da ab öfters leichte Schmerzen in denselben Gelenken. Angeblich in Zusammenhang damit reichliche Uratniederschläge im Urin. Bereits leichte Verkühlung der unteren Körperhälfte, besonders der Füsse, ruft vorübergehend Durchfälle, häufigen Urindrang und pruritus alvi et perinaei hervor. Lues und andere Infectionskrankheiten werden strikt in Abrede gestellt. Pat. ist Nichtraucher und stets äusserst mässig im Genuss alcoholhaltiger Getränke.

Von jeher nervös und an Kopfschmerzen mässigen Grades leidend, hat Pat. in seiner communalen Stellung während der Kriegs- und Revolutionszeit, bei anstrengender Tätigkeit, viel Aufregungen durchgemacht, wobei neue Erscheinungen auftraten: zunächst 1904 eine heftige Cervicobrachial-Neuralgie von ca. einjähriger Dauer, offenbar mit neuritischen Veränderungen, da leichte Atrophien nachgeblieben sind. Ungefähr gleichzeitig damit setzten lumbagoartige Schmerzen ein und gelegentliche subjective Herzerscheinungen und schliesslich 1905 schwere Anfälle von Flimmermigräne, die von Parästhesien in den linksseitigen Extremitäten, vorwiegend in Schulter, Fingern und Zehen, sowie von heftigem, meist rechtsseitigem, Nacken-Hinterkopfschmerz und — bei linksseitigem Kopfschmerz — auch von Sprachstörungen begleitet waren.

Die einzelnen Anfälle der Flimmermigräne schildert Pat. sehr genau: sie beginnen regelmässig mit Sehstörung und zwar mit Skotomen. Danach tritt vor beiden Augen Flimmern auf, welches bis zu einer halben Stunde andauert, manchmal auch während eines mehrstündigen Migräneanfalls sich wiederholt. Pat. ist immer, auch in anfallfreien Zeiten, sehr empfindlich gegen Lichtcontraste und hat unter sehr ausgesprochenen Nachbildern zu leiden. Seit einem Anfall im Januar 1908, mithin seit zwei Monaten, bemerkt er einen bleibenden Defect im Gesichtsfeld des rechten Auges, unten — nasal.

Die Untersuchung der Augen ergibt folgendes: rechts: V = 1,0 (Em.). Das Perimeter weist einen sectorförmigen, fast den ganzen unteren nasalen Quadranten einnehmenden, bis auf ca. 10° an den Fixirpunkt heranreichenden G.-F.-Defect nach. Farbensinn central und im übrigen G.-F. normal. Ophthalmoskop: geringe Hyperopie, Augenhintergrund durchaus normal, in den dem G.-F.-Defect entsprechenden Partien kein obliteriertes Gefäss zu entdecken.

Links: V = < 1,0 (Hm. 2,0 D.) G.-F. und Farben normal. Ophthalmoskop: normal bei beträchtlicher Hyperopie. Pupillen und Muskeln beider Augen normal. Pat. hat immer mit dem linken Auge schlechter gesehen und arbeitet auch jetzt, trotz des G.-F.-Defectes, hauptsächlich mit dem rechten.

Eine zu dieser Zeit ausgeführte neurologische Untersuchung ergibt keine objectiven pathologischen Erscheinungen.

Am 10. August 1909 kommt Pat. wieder, hat in letzter Zeit fast täglich Migränen, bemerkt seit gestern, nach einem Anfall, ein positives, paracentrales Skotom am linken Auge V. idem. Perimeter: kleines, nur einige Grade messendes absolutes Skotom dicht unter dem Fixierpunkt. Pat. hat sein Skotom gleich nach seiner Wahrnehmung und auch später skizziert: anfangs ist es unregelmässig viereckig, später nach oben zugespitzt, ähnlich einer Kerzenflamme. Der Augenspiegel zeigt am 11. August, also am zweiten Tage nach Auftreten des Skotoms, im umgekehrten Bild nach unten von der Macula lutea, ein kleines, ovales, weissgraues Feld (umschriebenes Netzhautödem?). Verschluss eines Gefässes ist direct nicht sichtbar. Nach einer Woche (18. August) ist der ödematöse Bezirk noch kleiner, halbmondförmig. G.-F.-Defekt am rechten Auge unverändert.

Eine im August 1909 vorgenommene internistisch-neurologische Untersuchung ergibt folgendes:

Kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande. Organbefund normal, bis auf leicht verbreiterte Herzdämpfung, deutlichen Aortenaccent und erhöhte Rigidität der Radialarterien. Keine Herzgeräusche. Puls regulär, von mittlerer Frequenz. Blutdruck 135—140 (Sphygmom. nach Herz.) Keine Struma. Urin ohne wesentliche pathologische Bestandteile.

Von Seiten des Nervensystems: leichte Atrophie der linksseitigen Schultermuskulatur; einige Druckpunkte im Bereich der Nacken-, Hinterkopf- und Sacralnerven, links stärker ausgesprochen als rechts, sehr lebhafte Sehnenreflexe an den Unterextremitäten, anscheinend l. > r. (nicht constant); kein Fussclonus, kein Babinski, noch Oppenheim, kein Lasègue; keine Blasen- oder Mastdarmstörungen, kein Romberg; kein Schwindel; keine auffälligen vasomotorischen Störungen; Cerebralnerven intact.

In der weiteren Beobachtungszeit traten keine nennenswerten Veränderungen im allgemeinen und Nervenstatus ein. Auch während und kurz nach einem Anfall liess sich nichts Mitteilenswertes constatieren, es sei denn, dass dabei Blutdrucksteigerung mit nachfolgendem Abfall unter die Norm (110—105 nach Herz) beobachtet wurde.

Die Migräneanfälle wurden bei entsprechender Allgemeinbehandlung (Jod- und Bromsalze) viel seltener, das subjective Befinden des Pat. besserte sich. Der G.-F.-Defect rechts und das paracentrale Skotom links blieben unverändert, wie eine noch im März 1910 vorgenommene Perimetrierung ergab.

Ende April setzen wieder häufigere Anfälle ein.

Am 25. April bemerkt Pat., wieder nach einem Anfall, am linken Auge zwei neue, ganz kleine paracentrale Skotome, nach unten vom früheren. Seine Beobachtung wird am Perimeter bestätigt. Ophthalmoskopisch lässt sich diesmal aber nichts Sicheres nachweisen, die Fovea centralis erscheint, im Vergleich zu rechts, vielleicht etwas intensiver rot, auf grauerem (ödematösem?) Grunde. Nach einigen Tagen ist ein solcher Unterschied jedenfalls nicht mehr zu constatieren. Auch die letzten Skotome bleiben, wie die früheren Defecte, constant.

Von Seiten der inneren Organe und des Nervensystems sind keine neuen krankhaften Erscheinungen nachzuweisen.

Unser Fall gehört fraglos zu den sogen. „Flimmermigränen", d. h. Migränen mit „Flimmerskotom" (Synomyme: Scotoma scintillans, Teichopsie, Amaurosis partialis fugax [Foerster]. Migräneskotom, migraine ophthalmique [Galezowski]). Es handelt sich also um ein sehr bekanntes Krankheitsbild. Gehören doch Klagen über solche Zustände zu den alltäglichen in der Sprechstunde des Augen- wie des Nervenarztes. Die typischen Anfälle werden auch von den Patienten meist sehr charakteristisch geschildert. Der schon von Foerster[2]) gegebenen, prägnanten Beschreibung ist kaum etwas hinzuzufügen. Ihr folgt im wesentlichen auch Schmidt-Rimpler[3]). Eine vorzügliche Selbstbeobachtung hat Jolly[4]) geliefert. Die von ihm während seiner Anfälle gezeichneten Skizzen sind,

---

[1]) Wilbrand und Saenger. Die Neurologie des Auges. III. 2. 1906, pag. 968—1005 (Flimmerskotom).

[2]) Foerster, Bezieh. d. Allgem.-Leiden u. Organ-Erkrank. zu Veränder. u. Krankh. d. Sehorgans. Graefe Saemisch. Handb. d Augenh. B. VII. 1877, p. 122.

[3]) Schmidt-Rimpler, Die Erkrank. d. Auges im Zusammenh. m. and. Krankh. 1898, p. 105.

[4] Jolly Ueber Flimmerskotom u. Migräne. Berl. kl. Wochenschr. 1902, Nr. 42.

neben solchen von Gowers, bei Wilbrand und Saenger (l. c. Tafel III—VI) wiedergegeben. Danach, wie auch nach eigener persönlicher Erfahrung, sei hier der Verlauf eines typischen Anfalls kurz recapituliert.

Die Sehstörung beginnt ganz unvermittelt mit dem Auftreten paracentraler, homonymer G.-F.-Defecte. (Skotome). Diese werden nicht immer gleich als solche empfunden, anfangs oft nur als unbestimmte Behinderung des Sehens. Indem sie sich aber rasch vergrössern, lassen sie sehr bald die fixierten Gegenstände, Gesichter und drgl. m. defect erscheinen. Beim Lesen grösserer Schrift scheinen, je nach Lage der Defecte, in der linken oder rechten G.-F.-Hälfte, die Anfangs- oder Endbuchstaben eines jeden Wortes unvollständig, „wie benagt" (Jolly). Schliesslich kann es vorübergehend zu vollständiger homonymer Hemianopie kommen. Jegliche Beschäftigung wird behindert, ja unmöglich, nicht nur durch die G.-F.-Störung, sondern mehr noch durch das bald einsetzende charakteristische Flimmern. Das Lesen ist, besonders bei rechtsseitigen Defecten, erschwert, wie bekanntlich auch bei rechtsseitiger Hemianopie mehr als bei linksseitiger. Bei ersterer werden nämlich beim Lesen in fortlaufender Zeile von links nach rechts die nächstfolgenden Buchstaben und Worte nicht gesehen, bei letzterer ist dagegen nur der Uebergang von einer Zeile auf die folgende, deren linkes Ende nicht gesehen wird, erschwert Das Flimmern in Form leuchtender Zickzackwellen oder Blitzlinien, beginnt gleichzeitig und homonym an den peripheren Rändern der G.-F.-Defecte und schreitet mit Vergrösserung dieser in einer nach der Pepipherie convexen Bogenlinie fort. Nachdem es die peripheren G.-F. Grenzen erreicht hat, erlischt es. Bald danach schwinden auch die Skotome, das G.-F. (monocular wie binocular) hellt sich wieder auf. Die ganze Sehstörung spielt sich in der Regel in $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde ab. Zu den geschilderten ocularen (optischen) Symptomen gesellen sich meist noch solche cerebralen Charakters: auf der Höhe des Anfalls ein Gefühl von Fläue, Neigung zum Gähnen, zuweilen auch ausgesprochenes Ohnmachtsgefühl, Uebelkeit bis zum Erbrechen. Charakteristisch ist der mit Ablauf des Anfalls sich einstellende Kopfschmerz: meist ausgesprochen halbseitiger Stirn- oder auch Hinterhauptschmerz, in der Regel contralateral zur Sehstörung, also bei rechtsseitigem Flimmern links und umgekehrt. Dazu kommen häufig noch Sprachstörungen, von einer gewissen Unlust zum Sprechen bis zu ausgesprochener, vorübergehender Paraphasie und Aphasie. Die Sprachstörung scheint — wegen Linkslage des Sprachcentrums — vorwiegend bei rechtsseitiger Sehstörung aufzutreten. So sagte ein an schweren Flimmermigränen leidender College aus, dass er seine Krankenbesuche bei linksseitigem Flimmern ruhig fortsetzen könnte, bei rechtsseitigem aber, wegen der regelmässig hinzutretenden Sprachstörung, sofort unterbrechen müsste. Ebenso sind auch deutliche Lese- und Schreibstörungen: Dyslexie, Dysgraphie mit Verwechslung von Buchstaben in schweren Anfällen nicht selten. Zuweilen treten auch noch Störungen der Sensibilität und Motilität hinzu (migraine ophthalmique associée. Charcot): Parästhesien (Vertaubungsgefühl in Gesicht und Extremitäten auf der Seite der Sehstörung, wie auch in unserem Fall), vorübergehende Lähmungen einzelner Augenmuskelnerven (migraine ophthalmoplégique) etc.

Natürlich brauchen nicht immer alle genannten Erscheinungen bei jedem Kranken und in jedem Anfall aufzutreten. Es gibt da eben alle möglichen Uebergänge von leichtesten, nur angedeuteten Anfällen, bis zu schwersten Attacken. Auch kommen mancherlei individuelle Abweichungen vor, sowohl in der Art der Sehstörung (einfache Skotome ohne Flimmern, G.-F.-Defecte oben oder unten und drgl. m.), als auch im zeitlichen Ablauf der Erscheinungen und inbezug auf die begleitenden cerebralen Störungen (migraine ophthalmique fruste, dissociée. Charcot).

Der ophthalmoskopische Befund, so oft er während eines Flimmerskotoms erhoben werden kann, fällt in der Regel negativ aus. Doch sind gelegentlich zur Zeit des Anfalls auch sichtbare Veränderungen an den Gefässen, speciell Arterien der Netzhaut beobachtet worden und zwar sowohl Verengerungen (Siegrist u. a.), als auch Pulsationen (Hilbert, cit. nach Wilbrand und Saenger), letztere wohl gleichfalls als Ausdruck eines verminderten Füllungszustandes.

Wenn wir auch die eigentliche Ursache der Migräne als einer Neurose in einer allgemeinen neuropathischen Anlage zu suchen haben, so kommen doch erfahrungsgemäss beim Zustandekommen des einzelnen Anfalls mancherlei Gelegenheitsursachen in Betracht. Diese sind einerseits allgemeiner Natur, (Ermüdung, Erregung, Unregelmässigkeiten in Nahrungsaufnahme und Darmfunction, Aufenthalt in dumpfer Luft u. drgl. m.), andererseits periphere, besonders optische Reize. Unter diesen spielt Blendung fraglos eine hervorragende Rolle. Oft genügt sie, für sich allein oder in Verbindung mit den genannten allgemeinen Momenten, um einen Anfall auszulösen. Mit Recht wird auf die instinctive Abneigung vieler solcher Patienten gegen starke, besonders gegen intermittierende Lichtreize hingewiesen, eine Empfindlichkeit, die bis zu ausgesprochener Lichtscheu gesteigert sein kann und sie veranlasst, zu Schutzgläsern zu greifen, Lampen abzublenden etc. Auch accomodative Reize können als Gelegenheitsursache wirksam sein.

Die Erfahrung lehrt, dass auch schwere Anfälle von Flimmermigräne sich unendlich oft wiederholen können, ohne jemals irgend welche bleibende Störungen zu hinterlassen. Gibt es doch Leute, die immerfort von solchen Migränen befallen werden, ohne dadurch irgendwie geschädigt zu werden. Die Häufigkeit der Flimmermigräne und verwandter Zustände, besonders in unserer nervösen Zeit, mag um so grösser sein, als gewiss viele der daran Leidenden wegen der Flüchtigkeit und Harmlosigkeit der Erscheinungen damit überhaupt nicht zum Arzte kommen. Wir sind daher gewohnt, das Flimmerskotom im allgemeinen als ein, wenn auch sehr lästiges, so doch durchaus gutartiges Leiden anzusehen. Und dies mit Recht; denn für die allgemeine Prognose kommen, gegenüber der grossen Masse der ohne Schaden verlaufenden Fälle, jene vereinzelten kaum in Betracht, in denen dauernde oculare oder cerebrale Störungen hinterbleiben. Doch sind auch solche bekannt, so u. a. der von v. Schroeder[5]) mitgeteilte, in dem nach wiederholten Anfällen von typischem Flimmerskotom, neben homonymen hemianopischen G.-F.-Defecten, gleichseitige Hemiplegie und Hemianästhesie hinterblieb. So kam es auch bei dem vorerwähnten, an schwerer Flimmermigräne mit Sprachstörung leidenden Collegen schliesslich zu dauernder, homonymer

[5]) v. Schroeder. Ueb. bleib. Folgeerscheinungen des Flimmerskotoms. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1884.

Hemianopie, mit lebhaften subjectiven Wahrnehmungen in den blinden G.-F.-Hälften. Hier wie dort lag Lues vor, hatte die Migräne aber schon lange vor der luetischen Infection bestanden. Immerhin dürfen in diesen beiden Fällen luetische Veränderungen der Hirngefässe dafür verantwortlich gemacht werden, dass die früher ohne Schaden vorübergehenden Störungen später zu dauernden Defecten führten. Diese waren sicher cerebraler Natur.

In der Literatur finden sich noch andere Fälle von bleibenden Ausfallserscheinungen nach Migräneanfällen (Charcot, Féré[6]), Oppenheim[7]), Möbius[8]). Trömner[9]), Thomas[10]) u. a.). Es handelte sich dabei um einzeln oder combiniert aufgetretene Erscheinungen von Hemiplegie, Aphasie, Hemianopie, Ophthalmoplegie, denen vermutlich meist Erweichungsherde durch Thrombose im entsprechenden Centralgebiet zu Grunde lagen. In Oppenheims Fall von Hemiplegie mit Aphasie fand sich Thrombose einer art. carotis interna kurz vor Abgang der art. fossae Sylvii. Im Falle Trömners trat während eines schweren Migräneanfalls Ophthalmoplegia interna d. ein, die nach des Autors Meinung durch Kernblutung bedingt war. Für Anhänger der vasomotorischen Theorie der Migräne dürfte hier auch Thrombose ätiologisch in Betracht kommen. Man könnte alle ähnlichen Fälle in drei Gruppen ordnen, je nach dem, ob eine uncomplicierte Migräne schliesslich einmal zum bleibenden Defect führt, oder eine organische Erkrankung zu der ursprünglich vorhandenen Migräne hinzukommt, oder aber die Migräne überhaupt erst als Vorbote oder Begleiterscheinung einer organischen Erkrankung (Tumor cerebri, Syphilis, Dementia paralytica, Tabes) auftritt. Ob reine Fälle der ersten Gruppe wirklich vorkommen, ob nicht vielmehr Arteriosklerose dabei conditio sine qua non ist, lässt sich ohne jedesmaligen Obductionsbefund schwer entscheiden, da klinisch nachweisbare arteriosklerotische Erscheinungen fehlen können. Dann bleiben aber nur die beiden anderen Gruppen übrig, und dementsprechend ist auch von einigen Autoren (Möbius, Nonne[11]) auf die Abtrennung der uncomplicierten oder idiopathischen Migräne von den symptomatischen bei Erkrankungen des Centralnervensystems Gewicht gelegt worden. Diese Unterscheidung stösst auf Schwierigkeiten bei spätem Auftreten der Migräne, besonders dann, wenn die Anfälle kurz vor oder gleichzeitig mit den ersten Zeichen von Arteriosklerose einsetzen. Hier ist die Analogie mit anderen, auf Grundlage arteriosklerotischer Veränderungen auftretenden Schmerzanfällen in die Augen springend (angina pectoris et abdominis, Gefässschmerzen in den Extremitäten u. ä.). Auch hier kann, wie die Erfahrung lehrt, die Entscheidung, ob reine Neurose oder arteriosklerotisches Symptom vorliegt, zuweilen schwierig sein. In theoretischer Hinsicht ist aber diese Analogie eine wesentliche Stütze der Anschauung, die das Wesen der Migräne in Störungen der Gefässinnervation sieht.

Im Sinne von Möbius und Nonne ist vielleicht auch unser Fall nicht als idiopathische Migräne, als Neurose aufzufassen. Dabei dürfte indessen die Gicht des Patienten, die sich in keinerlei nachweisbaren anatomischen Veränderungen documentiert, weniger bedeutungsvoll erscheinen als die Arteriosklerose, an der er zweifellos leidet und an deren Vorhandensein auch in den Gehirngefässen, nach dem Zustande des übrigen Gefässsystems, nach der Todesursache des Vaters und zweier Brüder des Patienten, nach seiner eigenen Tätigkeit und Lebensweise, schliesslich nach der günstigen Beeinflussung des Zustandes durch Jodtherapie, nicht gezweifelt werden kann. Immerhin bleibt die Frage offen, ob die Arteriosklerose schon beim ersten Auftreten seiner Migräneanfälle im Jahre 1905 eine ätiologisch wichtige Rolle gespielt habe.

Auch in unserem Falle sind nach Anfällen von Flimmermigräne G.-F.-Defecte hinterblieben. Dennoch darf dieser Fall gewiss nicht den obenerwähnten bleibenden Hemianopien (Schroeder l. c. u. a.) angereiht werden; denn diese waren homonym und sicher cerebralen Ursprungs. Hier sind die Defecte nicht homonym (ein Sector rechts, paracentrale Skotome links!) Ihr Entstehungsort kann demnach nicht central, sondern muss peripher, diesseits des Chiasma gelegen sein. Zudem wurden hier die Skotome entschieden als „positiv" empfunden, konnten sogar vom Patienten selbst skizziert werden. Auch dies spricht für peripheren Sitz der Läsion, denn central (jenseits des Chiasma) bedingte Defecte müssten „negativ" sein (cf. Wilbrand und Saenger pg. 1001—1005). Auf eine retinale Ursache der Defecte weist auch die gleich nach Auftreten des ersten paracentralen Skotoms am linken Auge gemachte ophthalmoskopische Beobachtung: der weissgraue, anscheinend ödematöse paracentrale Herd in der Netzhaut! Dieser lässt an Verschluss eines kleinen Arterienastes denken. Dass ein verschlossenes Gefäss hier ebensowenig wie bei den späteren, noch kleineren Skotomen direct gesehen wurde, dürfte nichts dagegen beweisen. Es konnte sich hier eben nur um kleinste Zweige handeln, und selbst grössere obliterierte Netzhautgefässe brauchen, sofern ihre Wandung nicht verdickt ist, durchaus nicht immer im ophthalmoskopischen Bilde sichtbar zu werden. Der grössere, sectorförmige Defect am rechten Auge mag seine Entstehung allerdings dem Verschluss eines grösseren Arterienastes verdanken, doch kam dieses Auge erst zwei Monate nach Auftreten des Defects zu ophthalmoskopischer Untersuchung! Wenn wir nun die G.-F.-Defecte hier als Folge dauernden Gefässverschlusses ansehen, so dürfte die Ursache für diesen in vorübergehenden Unterbrechungen der Circulation in den betreffenden Arterien gesucht werden. Tatsächlich sind, wie oben erwähnt, beim Flimmerskotom während des Anfalls vorübergehend Anzeichen von vermindertem Füllungszustande der Netzhautarterien gelegentlich ophthalmoskopisch beobachtet worden. Verengerung und Pulsation! (Siegrist u. a; Hilbert s. o.). Andererseits gibt es Beobachtungen über Krampfzustände der Netzhautarterien, retinale Angiospasmen, die nachweislich nicht nur zu vorübergehender Unterbrechung der arteriellen Circulation mit Ischämie, sondern auch zu definitivem Verschluss der Arterien durch Thrombose führen können. Bemerkenswert ist in dieser Hinsicht der Fall Wagenmanns[12]): Pat. litt an-

---

6) Féré: Rev. de méd. 1881 u. 1883.

7) Oppenheim: Cas. Beitrag z. Progn. d. Hemikranie. Charité-Annal. XV. 1890.

8) Möbius: Die Migräne. Sp. Pathol. u. Therapie, her. von Nothnagel. Wien. 1894, p. 73.

9) Trömner: ärztl. Verein Hamburg. Deutsche med. Woch. 1899. № 46.

10) Thomas: Cit. n. Oppenheim. Lehrb. d. Nervenkrankh. Berlin. 1908, p. 1359.

11) Nonne: Syphilis und Nervensystem. 2. Aufl. Berlin. 1909.

12) Wagenmann: Beitrag zur Kenntnis der Circulationsstörungen in den Netzhautgefässen, v. Graefes Arch. für Ophthalm. Bd. 44. 1. (Daselbst auch die ältere Casuistik).

fallweise an Verdunkelungen bis zu vorübergehender Amaurose. Während eines Anfalls hatte Wagenmann Gelegenheit, den Gefässkrampf und die dadurch bedingte Ischämie der Netzhaut und danach die Wiederherstellung der Circulation direct opthalmoskopisch zu beobachten. Nach einer Iridektomie blieben die Spasmen ein halbes Jahr aus. Dann führte ein neuer Anfall zu dauernder Erblindung durch Thrombose. Das ophthalmoskopische Bild glich schliesslich dem nach Embolie der Centralarterie. Für das Zustandekommen der Spasmen macht Wagenmann in seinem Falle die nachweislich vorhandene allgemeine und retinale Arteriosclerose verantwortlich, unter Hinweis auf analoge Verhältnisse bei Sclerose der Coronararterien. Ferner gehören hierher die Fälle von Braunstein[13]). Dieser berichtet über 15 opthalmoskopisch beobachtete Fälle von partiellen und allgemeinen Spasmen der Netzhautarterien, mit verschiedener Aetiologie. In 2 Fällen kam es bei Arteriosclerose und harnsaurer Diathese zu dauernder Erblindung. (Thrombose). Für die Deutung unseres Falles sind die erwähnten Beobachtungen von Wichtigkeit, weil sie nicht nur das Vorkommen retinaler Angiospasmen bestätigen, sondern zugleich auch beweisen, dass vorübergehende spastische Contractionen der Netzhautarterien zu definitivem Gefässverschluss und damit zu partiellen G.-F.-Defecten oder auch zu vollständiger Blindheit führen können.

Die nahen Beziehungen des Flimmerskotoms zu Migränezuständen spricht sich schon in den Namen: „Flimmermigräne", „Migräneskotom", „migraine ophthalmique" deutlich aus. Nach Möbius wird es auch direct als „visuelle Aura" der Migraine aufgefasst. Jolly erklärt die Flimmermigräne für einen „der Neuralgie analogen" Zustand, wobei auch die Gleichzeitigkeit von Ausfalls- und Reizerscheinungen (Skotomen und Flimmern) in der „Anästhesia dolorosa" eine Analogie findet. Die Frage nach dem Sitz dieses „neuralgischen Vorgangs" („hemikranische Veränderung", Möbius) ist aber noch nicht geklärt. Einerseits sind, wie wir sehen, die ocularen (optischen) Erscheinungen des Flimmerskotoms fast regelmässig auch von Störungen unzweifelhaft cerebralen Charakters begleitet (contralateraler Kopfschmerz, halbseitige Parästhesien, Sprachstörung etc., migraine ophtalmique associée s. o.), welche central, eventuell cortical gedeutet werden. Andererseits wissen wir, dass das gesamte Krankheitsbild gelegentlich auch durch periphere optische Reize hervorgerufen werden kann. Schmidt-Rimpler (l. c.) erkennt für das Flimmerskotom die Möglichkeit sowohl cerebraler, wie auch retinaler Entstehung an. Jolly (l. c.) verlegt den Sitz des „neuralgischen Vorgangs" nicht in die Rinde, überhaupt nicht ins Grosshirn, sondern, bei homonymer Sehstörung, in die primäre optische Bahn (vom Tractus opt. bis zum Corpus genicul. ext.), bei nicht homonymer — noch peripherer (abwärts vom Chiasma zur Retina). Für den peripheren Sitz der Erscheinung führt er u. a. ihre Auslösung durch periphere, die Netzhaut treffende Reize (Blendung!) an. Wilbrand und Saenger, (l. c. pg. 1003) sprechen sich dahin aus, „dass der Sitz des das Flimmerskotom hervorrufenden Vorganges an jeder Stelle des Verlaufes der optischen Bahnen, von der Retina bis ins Centrum, gesucht werden darf".

[13]) Braunstein: Angioneurosen der Netzhaut. XI. Russ. Pirogow-Congress. 1904.

Ueber den vasomotorischen Charakter der als Migräne bezeichneten Störungen ist unter den Autoren noch keine Einigung erzielt. Unser Fall scheint nun zunächst dafür zu sprechen, dass eine unzweifelhaft cerebrale Migräne auch mit vasomotorischen (angiospastischen) Vorgängen an der Peripherie, im optischen Endorgan, d. h. in der Retina einhergehen kann. Wenn nun retinale Angiospasmen mit consecutiver Thrombose als Teilerscheinung oder Folge eines Migräneanfalls auftreten können und andererseits im Gefolge von Migräneanfällen bleibende cerebrale Defecte, vermutlich stets durch Verschluss atheromatöser oder luetisch erkrankter Gefässe, beobachtet werden, so liegt auch hier der Schluss nahe, dass der jeder Migräne zu Grunde liegende Vorgang in functionellen Gefässalterationen, im wesentlichen spastischer Natur, besteht. Die definitive Entscheidung für oder wieder die vasomotorische Theorie der Migräne hängt wohl in letzter Linie von der Erklärung des Migräneschmerzes ab, dessen Entstehung zu erörtern, den Rahmen dieser Mitteilung überschreiten würde.

Aus dem städtischen Obuchow-Krankenhaus für Frauen in St. Petersburg.
Chefarzt Dr. W. Kernig.

Ueber seröse Pleuraergüsse bei eitrigen Processen in der Bauchhöhle.

Von
Dr. Georg Albanus.

Ich habe in den letzten Jahren häufig Gelegenheit gehabt, gynäkologische septische Kranke, und zwar puerperal- septische, im Obuchow-Hospital zu untersuchen. Beiläufig ist das diesbezügliche Material erschreckend gross; es recrutiert sich nicht so überwiegend aus den untersten Volksschichten, wie etwa das Contingent des Typhus und besonders der Cholerakranken, und sehr oft handelt es sich um eine Infection nicht intra partum, sondern wegen Abortes. Natürlich sind es ungeschulte, ungebildete Weiber, die bei der Geburt in solchen Fällen „geholfen" resp. den Abort eingeleitet haben, und die Kranken kommen schon schwer septisch ins Hospital. Die Complicationen von seiten der inneren Organe bei diesen Kranken betreffen wohl in allen schweren Fällen auch die Lungen resp. die Pleura. Bronchopneumonien, Lungenabscesse, Gangrän und Pleuraexsudate findet man nicht selten. Da ist es mir nun aufgefallen, wie weitaus überwiegend häufig, ja, fast immer, bei schwer septischen, auch pyämischen Kranken die Probepunction des pleuritischen Exsudates eine seröse Flüssigkeit zu Tage förderte und keinen Eiter, wie ich es anfangs immer erwartet hatte. Wenn in den günstig verlaufenen Fällen das Grundleiden gehoben war, war auch die Pleuritis stets restlos geschwunden. In der Bauchhöhle spielten sich bei diesen Pleuritiden — ich betone ausdrücklich bei reinen Fällen von Pleuritis ohne Pneumonie, Infarct oder Abscess — sowohl diffuse eitrige Entzündungen als auch solche circumscripter Natur ab.

Von den circumscripten Entzündungen in der Bauchhöhle ist es bekannt, dass besonders der subphrenische Abscess nicht selten eine Pleuritis im Gefolge hat.

Ich verfüge über 2 einschlägige Fälle:

22./XII 1904, Kranken-Journal № 10963, E. M., gibt an, am 21./XII mit Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz erkrankt zu sein. Die Probepunction ergibt ein linksseitiges seröses Exsudat, das unter Fieberabfall zu schwinden beginnt. Am 4./I. 1905 ist Pat. ganz fieberfrei, da tritt am 5./I. eine rechtsseitige Pneumonie hinzu, der die Kranke am 9./I. erliegt. Die Section ergibt eine rechtsseitige crupöse Pneumonie, ein trübseröses Exsudat links, einen subphrenischen Abscess, herrührend von einem perforierten Ulcus, das an der vorderen Wand des Magens sass und zwischen Magen und linken Leberlappen perforiert war, fest durch circumscripte Peritonitis verlötet; beiläufig sass ein zweites grosses, nicht perforiertes Ulcus am Pylorus.

In einem zweiten Fall war es ein Magencarcinom, das, zu Perforation, subphrenischem Abscess und consecutiver linksseitiger Pleuritis geführt hatte.

Von den circumscripten Entzündungen ist ferner in unserem Material ein linksseitiger paranephritischer Abscess zu verzeichnen (Kranken-Journal 11166, 20/X 1906, D. K.), der gleichfalls mit linksseitiger seröser Pleuritis verbunden war.

In den übrigen Fällen handelte es sich um eine bei der Section nachgewiesene eitrige Peritonitis, ausgehend von den Adnexen, mit consecutiver seröser Pleuritis. Die Krankengeschichten bieten kein weiteres Interesse dar, es handelte sich, wie gesagt, um eine septische Infection während der Geburt resp. eines Abortes, und die Kranken gingen mehr oder weniger schnell an Sepsis und Peritonitis zu Grunde. Solcher Fälle habe ich 7 in dem Zeitraum seit 1904 aus den Sectionsprotocollen sammeln können. Die geheilten Fälle habe ich nicht berücksichtigt, um dem gewiss berechtigten Einwand zu begegnen, dass eventuell doch eine Lungenerkrankung im Hintergrund der exsudativen Pleuritis steckte und unerkannt blieb, oder dass es sich um eine zufällige Combination einer tuberculösen Pleuritis mit der puerperalen Infection hätte handeln können.

Wenn wir nun dem Wesen dieser Complication auf den Grund gehen wollen, so ist es zunächst von Interesse, festzustellen, dass auch bei Erkrankungen der Lunge, welche a priori ein eitriges Exsudat hervorzurufen imstande sein sollten, ein seröses Exsudat sich bildet, und dass sogar ein abgekapseltes Empyem von einem serösen Exsudat umgeben sein kann. Nach Königer's [1]) Untersuchungen sind diese secundären Ergüsse im Gegensatz zu den bakterienreichen Infectionsherden völlig bakterienfrei. Analog diesen Vorgängen in der Pleura sammeln sich auch in der Bauchhöhle in der Umgebung umschriebener eitriger Processe (bei Pyosalpinx, bei eitriger Appendicitis) gar nicht so selten seröse Ergüsse an. Man geht wohl nicht fehl, wenn man diese serösen Exsudationen als reactiven Vorgang auffasst, der wahrscheinlich durch toxische Einwirkungen in der Umgebung acuter eitriger Processe veranlasst wird und dem peripheren entzündlichen Oedem der Weichteile bei Phlegmonen etc. analog ist (Königer, Herhold [2]). Dass nun auch die Pleura bei eitrigen Vorgängen in der Bauchhöhle solche reactive Erscheinungen bieten kann, dafür sind meine Fälle neue Belege. Bei der grossen Zahl von Lymphgefässen, die das Zwerchfell perforieren und eine Communication zwischen dem Bauchraum und den Pleurahöhlen vermitteln, ist das ja auch theoretisch wohl begründet. Wenn die Auffassung solcher Ergüsse als collaterales Oedem richtig ist, müssen auch tiefer greifende Phlegmonen der Brust imstande sein, ein pleuritisches Exsudat zu veranlassen. Als Beleg hierfür erlaube ich mir folgenden Fall anzuführen:

Kr. J. 10155, 4./VIII 1908, E. P. Pat. gibt an, 4 Tage krank zu sein, sie ist vollständig collabiert, pulslos. Pustula maligna der rechten Brust. Exitus am selben Tage. Die Section bestätigt die Diagnose Anthrax mammae, es findet sich ein doppelseitiges seröses Exsudat in den Pleuren (die Lungen sind gesund) und eine beginnende seröse Peritonitis!

Die überaus grosse praktische Wichtigkeit dieser Ergüsse liegt darin, dass beim Auffinden eines solchen anscheinend harmlosen Exsudates die Suche nach einem Eiterherd aufgegeben wird und die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines subphrenischen Abscesses zugunsten der Diagnose Pleuritis exsudativa [3]) fallen gelassen wird. Man soll sich nicht von mehrfachen Punctionen abhalten lassen, die ja an sich ganz ungefährlich sind und die allein über den Sitz und das Wesen der primären Erkrankung Aufschluss geben können.

[1]) Königer. Münch. med. Woch. № 12, pag. 603; siehe auch Auerbach. Münch. med. Woch. 1905. № 10, pag. 449.

[2]) Herhold. Münch. med. Woch. 1909. № 44, pag. 2269.

[3]) O. Rosenbach. Nothnagels Handbuch, XIV Band, I. Teil, pag. 17. und Auerbach. Münch. med. Woch. 1905. № 10, pag. 449.

Aus dem städtischen Obuchow-Krankenhaus für Männer.
Chefarzt Dr. A. Netschajew.

Zur Symptomatologie der Lungencavernen.

Von
Dr. A. Sternberg.

In den letzten Jahren ist auf den Ausbau der Untersuchungsmethoden bei der Tuberculose überhaupt und namentlich bei der Lungentuberculose sehr viel Mühe verwendet worden. Obgleich die Immunitätslehre neue Wege und Perspectiven für die Diagnostik eröffnet und in dieser Richtung für die Praxis äusserst wertvolle Resultate ergeben hat, behaupten auch heute noch die physikalischen Methoden bei der Diagnose der Lungenschwindsucht den ersten Platz, und die eifrigen Bemühungen, sie zu verbessern, dauern fort. Aus leicht begreiflichen Gründen hat sich das Interesse der Klinicisten vorzugsweise auf die Diagnostik der initialen Lungentuberculose concentriert. In dieser Beziehung sind auch im letzten Decennium grosse Fortschritte zu verzeichnen. Es genüge der Hinweis auf die Spitzenprojection nach Krönig und die Bestimmung der Spitzenumrisse nach Goldscheider, zwei Methoden, deren Verwendbarkeit für die Diagnose unbedeutender, früher gar nicht erkennbarer Veränderungen als vollkommen feststehend betrachtet werden kann. Eine sachkundige, mit den Tuberculinproben combinierte Handhabung dieser Methoden bietet ein hohes Mass von Garantie für die Frühdiagnose der Lungenschwindsucht. Leider ist aber in den fortgeschritteneren Stadien der Lungentuberculose die physikalische Diagnostik bei den alten Methoden und der früheren Symptomatologie stehen geblieben, die nicht immer für klinische Zwecke ausreichen. Es ist nun aber für den Klinicisten von grösster Wichtigkeit, in Fällen, wo Tuberculose sicher vorhanden ist, über die Ausdehnung und die Art der Affection Klarheit zu gewinnen. Ohne dieses ist die richtige Classification des einzelnen Falles

nach den Stadien undenkbar, die Prognosestellung und planmässige Behandlung äusserst schwierig.

Einer der schwächsten Punkte in der Diagnostik der vorgeschritteneren Formen der Tuberculose ist zweifellos die Diagnose der Lungencavernen. Wir verfügen freilich über eine Unmasse auscultativer und percutorischer Symptome, die für Lungenhöhlen charakteristisch sind. Diese Symptome sind aber bei weitem nicht in allen Fällen vorhanden und zeugen, wenn sie vorhanden sind, von sehr grossen Cavernen. Mit Sicherheit lässt sich behaupten, dass auf Grund der gewöhnlichen Symptome (Tympanie, Wintrichsches Phänomen, amphorisches Atemgeräusch, bruit de pôt felé etc.) die mittelgrossen. also gerade die klinisch interessanten Cavernen meist nicht diagnosticiert werden können. Daraus erklärt es sich, dass bei der Diagnose von Cavernen meist indirecte Anzeichen als Richtschnur dienen und dass jeder Arzt seinen eigenen Symptomencomplex hat, aus dem er das Vorhandensein einer Caverne zu erraten pflegt. In der Praxis resultiert aus diesen Verhältnissen, dass einige Aerzte schon auf Grund consonierender Rasselgeräusche die Diagnose auf Caverne stellen, während andere Aerzte äusserst selten auf Cavernen stossen.

An dem tuberculösen Material des Obuchow-Hospitals für Männer haben wir gleichfalls unseren eigenen Symptomencomplex zusammengestellt, von dem wir Gebrauch machen in Fällen, wo die gewöhnlichen, als beweiskräftig anerkannten Symptome nicht vorliegen. Zu diesem Complex gehören: der Charakter der Rasselgeräusche, die Tagesmenge des Sputums, namentlich aber ein besonderes Percussionsphänomen, das eine Modification des classischen Wintrichschen Phänomens darstellt.

Was die Rasselgeräusche betrifft, so erachten wir als pathognomonisch für Cavernen consonierende Geräusche von grossem Kaliber; selbst spärliche (vereinzelte) und selten, z. B. bei oder nach dem Hustenanfall auftretende Geräusche dieser Art deuten wir als Symptom einer kleinen Caverne oder Bronchiektasie, weil nur solche Veränderungen Verhältnisse schaffen, bei denen grosse, consonierende Rasselgeräusche entstehen können.

Das zweite Symptom ist die Sputummenge. Gewiss kann in vereinzelten Fällen auch bei Cavernen die Tagesmenge des Sputums sehr gering sein. Andererseits legt aber eine mehr weniger anhaltende Secretion bedeutender Mengen eitrigen Sputums immer den Gedanken an die Existenz eines Hohlraums in der Lunge sehr nahe. In unserer Abteilung wird das Sputum in graduierten cylindrischen Glasspuckschalen gesammelt und die Tagesmenge jedesmal notiert. Dadurch sind wir imstande, an einem grossen Material die Grenzen festzustellen, in denen sich bei Cavernen die Tagesmenge des Sputums bewegt. Wenn ein tuberculöser Patient längere Zeit 80–100 und mehr ccm. eitrigen Sputums auswirft, so ist immer an die Existenz einer Lungenhöhle (Caverne, Bronchiektasie) zu denken, selbst in Fällen, wo sonstige Höhlensymptome fehlen.

Das dritte — percutorische Symptom ist das modificierte Wintrichsche Phänomen. Letzteres besteht bekanntlich in folgender Erscheinung: wenn man über einer Caverne percutiert, so wechselt der Percussionsschall beim Schliessen und Oeffnen des Mundes. Dabei percutiert man ziemlich stark und veranlasst den Patienten, den Mund abwechselnd zu öffnen und zu schliessen Diese Methode ist aber nur in Fällen brauchbar, wo der Durchmesser der Caverne mindestens 4 cm. beträgt, mithin relativ selten. Aber auch bei solchen Cavernen ist der Schallwechsel häufig nur wenig markiert. Unsere modificierte Untersuchungsmethode des Wintrichschen Phänomens basiert auf dem Princip der Schwellenwertpercussion. Der ganze Process zerfällt dabei nicht in zwei Momente: Percussion bei geschlossenem und bei geöffnetem Munde, sondern er repräsentiert sich als ununterbrochene Percussion bei allmählich sich auftuendem und dann sich schliessendem Munde; der Schallwechsel wird hier nicht nach der Schallhöhe, sondern nach „Luftigkeit" resp. Tympanismus bewertet. Die Ausführung ist folgende: man beginnt zu percutieren bei fest geschlossenem Munde, wobei die Percussion eine derartig leise ist, dass der Schall bei geschlossenem Munde fast unhörbar bleibt. Dann lässt man den Patienten ganz allmählich den Mund ad maximum öffnen und eben so langsam schliessen und percutiert die ganze Zeit über ununterbrochen, bei möglichst gleichmässiger Schlagstärke. Je weiter der Patient den Mund auftut, umsomehr wird der anfangs kaum hörbare Schall luftig, erhält tympanitischen Beiklang, der aber in der nun folgenden Phase, während der Mund langsam geschlossen wird, allmählich wieder abschwillt. Bei der Ausführung dieser Untersuchung muss das Erfordernis einer gleichmässigen Schlagstärke aufs Strengste eingehalten werden. Für Anfänger, denen es noch an der nötigen Uebung in der gleichmässigen Schwellenwertpercussion fehlt, empfiehlt sich folgender Handgriff: die Volarfläche der percutierenden Hand wird gegen die Brustwand des Patienten gestemmt und mit dem gestreckten Zeigefinger der gleichen, so gestützten Hand flach percutiert. In dieser Weise lässt sich leicht ein schwacher und völlig gleichmässiger Percussionsschlag erzielen.

Die Vorzüge dieser Modification des classischen Wintrichschen Phänomens bestehen darin, dass erstens die Schalldifferenzen viel deutlicher zum Vorschein kommen, zweitens die Verwechslung mit anderen pathognomonischen Erscheinungen (Williamsscher Trachealton) vermieden wird und schliesslich darin, dass sie auch bei kleinen Cavernen positiv ausfällt, bei denen der classische Wintrich ausbleibt.

Wir konnten bisher die mit dieser Percussionsmethode gewonnenen klinischen Resultate meist nicht durch die Section controllieren. Aber in 2 Fällen, wo sich dazu Gelegenheit bot und wo der modificierte Wintrich positiv, der classische negativ ausgefallen war, ergab die Section Cavernen mit einem Durchmesser von weniger als 3 cm.

Ueber Ketonurie bei Diabetes mellitus.

Von

Dr. Egbert Koch.

Unter Ketonurie verstehen wir die Ausscheidung von β-Oxybuttersäure und ihrer Spaltungsproducte, der Acetessigsäure und des Acetons — der Aceton-Körper, wie sie in ihrer Gesamtheit genannt werden, — im Urin. Die Oxybuttersäure ist ein normales intermediäres Stoffwechselproduct eines jeden Menschen, sie wird aus Buttersäure resp. den höheren Fettsäuren durch Zerfall der Ketten mit gerader C-Atomzahl gebildet; nach Spiro und Magnus-Levy ist auch eine Synthese aus Ketten von

2 C-Atomen möglich. Als weiteres Material für Oxybuttersäurebildung können einige Eiweissbausteine angeführt werden — Leucin, Tyrosin und Phenylalanin, doch macht der Organismus von diesen Umsetzungen wohl nur im schweren Diabetes resp. im Coma Gebrauch. Ob nur in der Leber (Embden) oder auch in anderen Organen (Magnus-Levy u. a.) die Bildung und Weiterverbrennung der Oxybuttersäure stattfindet, ist noch nicht entschieden. Der normale Weg der Oxydation der Oxybuttersäure dürfte über Essigsäure zu CO_2 und H_2O gehen. Doch schon in der Norm kommt eine andere Umsetzung, die über Acetessigsäure zu Aceton führt, — wenn auch in geringem Umfange — vor. Während Oxybuttersäure und Acetessigsäure den Körper nur im Urin verlassen, tritt Aceton auch in der Atemluft aus, und zwar bei gemischter Kost bis zu 60—70%. Vom normalen Menschen werden im 24-stündigen Urin 0,01—0,03 Aceton, in der Atemluft 0,03—0,08 ausgeschieden. Durch neuere Methoden der getrennten Bestimmung von Aceton und Acetessigsäure ist es wahrscheinlich gemacht worden, dass die Acetonurie im wesentlichen eine Diaceturie ist, d. h. dass vielleicht der grössere Teil des Urin-Acetons als Acetessigsäure ausgeschieden wird, die erst im Urin in Aceton übergeht. Bei den bisher üblichen Methoden der Acetonbestimmung wird eben die Acetessigsäure mitbestimmt. Wir behalten im folgenden die alte Bezeichnung Acetonurie bei und sprechen von einer Acetonurie erst, wenn die angegebenen physiologischen Werte überschritten werden. Ergeben die üblichen quantitativen Bestimmungen des Acetons mehrere Decigramm im Tagesurin, etwa 0,4, so wird die von Gerhardt angegebene Eisenchloridreaction (Burgunderrotfärbung bei Zusatz von Eisenchlorid) positiv, sie bedeutet, dass wesentliche Mengen Acetessigsäure vorhanden sind. Entziehen wir einem bis dahin normal ernährten Menschen, der bekanntlich bis zu 40% seiner Oxydationen durch Kohlehydrate bestreitet, die letzteren vollständig, oder reducieren wir sie um einen sehr wesentlichen Betrag, so begegnen wir meist schon am ersten, sicher aber am 2. Tage den Erscheinungen einer ausgesprochenen Ketonurie; schon am 2. Tage wird die Gerhardtsche Eisenchloridreaction positiv, und bei länger dauernder Kohlehydrate-Carenz tritt auch Oxybuttersäure im Urin aus. In der Inanition, im vollständigen Hunger haben wir darin die reinsten Verhältnisse, da bei einer Fleisch-Fettdiät der aus dem Eiweiss entstehende Zucker bei grosser Fleischration das Bild zu trüben, die Acetessigsäurebildung zu vermindern imstande ist. Im Hunger sucht bekanntlich der Körper seinen Eiweissbestand möglichst zu schonen, die Kohlehydrate-Reserven sind bald aufgebraucht, und die Fette haben den bei weitem überwiegenden Teil der zum Leben notwendigen Verbrennungen zu liefern. Weshalb bei Wegfall der Kohlehydrate aus dem Stoffwechsel die Fettverbrennung jetzt so gut wie ausschliesslich diesen abnormen Weg geht, weshalb gleichzeitig die Oxydation der gebildeten Säuren leidet, ist eine bisher noch nicht geklärte Frage. Viele Autoren stellen sich die Einwirkung der Kohlehydrate auf den Fettstoffwechsel als einen Process vor, wie ihn Nasse als secundäre Oxydation beschrieben hat, d. h. der bei der Oxydation der Kohlehydrate activierte Sauerstoff soll das wirksame Princip darstellen. Unter normalen Bedingungen verbrennt der Körper eingegebene Acetessigsäure und Oxybuttersäure nahezu vollständig, während Aceton nach Untersuchungen von L. Schwarz und Geelmuyden beinahe quantitativ ausgeschieden wird. Schon bei Kohlehydrate-Entziehung, vielmehr noch im Diabetes, ändern sich die Verhältnisse insofern, als eingeführte Oxybuttersäure oder Acetessigsäure nur in sehr beschränktem Masse zur Verbrennung gelangt. Wie viel Acetonkörper im einzelnen Falle gebildet resp. ausgeschieden werden, unterliegt den grössten individuellen Schwankungen und ist in hohem Grade von der Zusammensetzung der Nahrung an den vorhergehenden Tagen abhängig. Junge Menschen neigen wesentlich stärker zur Acetonurie als alte. Der Körper gewöhnt sich sehr bald an die abnormen Anforderungen, die an seinen Stoffwechsel gestellt werden; bei einer reinen Fleisch-Fettdiät sinken nach anfänglich steilem Anstieg in 1—2 Wochen die Acetonwerte zur Norm ab, auch im Hunger geht die Ketonurie allmählich herunter. Ueber sehr lange Zeiten ausgedehnte systematische Untersuchungen fehlen leider in dieser Richtung. Bei Völkerschaften, die regelmässig eine fast reine Fleisch-Fettdiät geniessen, wie die Lappländer und Eskimos, findet man normale Acetonwerte.

Nach v. Noorden citiere ich einen Fall von Magenblutung bei einem jungen Mädchen, das in den ersten 3 Hungertagen 48,8 g. Acetonkörper, auf Oxybuttersäure berechnet, ausschied. Sehr interessante Zahlen gibt uns Brugsch in einem Fall von carcinomatöser Oesophagusstenose vom 23. bis 30. Hungertage: es wurden durchschnittlich 9,27 g. Oxybuttersäure und 0,404 g. Aceton ausgeschieden. An den letzten 9 Tagen vor der Gastrostomie hatte die Pat. überhaupt keine Nahrung zu sich genommen, im Harn liessen sich keine Acetonkörper nachweisen. Entgegengesetzt den Verhältnissen bei gemischter Kost, tritt bei Kohlehydrate-Carenz der grösste Teil des Acetons im Urin aus, während nur 20—40% den Körper in der Atemluft verlassen.

Nach dem Vorgang von Naunyn nennen wir einen Zustand, der sich durch das Auftreten unverbrennbarer organischer Säuren kennzeichnet, Acidosis. Beginnt einmal eine unverbrennbare Säure im Organismus zu kreisen, so muss der letztere sie neutralisieren, und soweit die vorhandenen Alkalien nicht reichen, wird das aus dem Eiweissabbau stammende Ammoniak einer Umwandlung in Harnstoff entzogen. Die reine Fleisch-Fettdiät ist schon an und für sich eine so exquisit saure Nahrung durch die reichlichen im Eiweiss enthaltenen abzusättigenden anorganischen Säuren — Schwefelsäure und Phosphorsäure — dass die Ammoniakwerte schon ohne Anwesenheit der pathologischen organischen Säuren auf 1,5 g. steigen (gegen 0,5—1,0 g. bei normalen Verhältnissen); bei Vorhandensein von organischen Säuren sind dagegen 2,8 und sogar 3,3 g. Ammoniak beobachtet worden. Unterbrechen wir den Zustand der Kohlehydrate-Carenz durch Zuführung von 50—100 g. Kohlehydrate über den Tag verteilt, so verschwindet die Ketonurie in wenigen Tagen, wobei es einerlei ist, ob durch gleichzeitige Eingabe einer reichlichen Fleisch-Fettdiät Stoffwechselgleichgewicht besteht, oder die betreffende Menge Kohlehydrate als einzige Nahrung gegeben wird, der Körper also im Uebrigen hungert.

Man hat in früherer Zeit eine grosse Zahl von Acetonurien unterschieden, — bei Inanition, Carcinom, Schwangerschaft, im Wochenbett, beim Neugeborenen etc. etc. — die alle ausser der ungenügenden Menge von Kohlehydraten in den Körperverbrennungen noch ihre den einzelnen Krankheitszuständen speciell eigentümliche Ursache haben sollten. Mit sehr geringen Ausnahmen, auf die ich gleich zu sprechen kommen werde, ergab sich bei genauerer Nachprüfung das Resultat, dass sie sich alle durch

dasselbe Princip erklären liessen, nämlich den vollständigen Wegfall oder wenigstens eine wesentliche Beschränkung der Kohlehydrate-Verbrennungen. Durch Eingabe der entsprechenden Menge Kohlehydrate wurden normale Werte für Aceton erzielt. Gleichartig mit der Wirkungsweise der Stärke sind alle echten Zuckerarten; ebenso Pentosen, Glycerin, Glykonsäure, Citronensäure, Eiweiss, wenn auch in geringerem Masse. Von Noorden hat uns auch den Alcohol als antiketogene Substanz kennen gelehrt. Eine Erklärung für seine Wirkung hat man darin gesucht, dass er die Oxybuttersäure in den Geweben zurückhält, ihren Eintritt in die Blutbahn verhindert und dadurch ihre Verbrennung begünstigt.

Der aufmerksame Beobachter, der die Atemluft eines jeden Pat. prüft, wird dem Aceton auf Schritt und Tritt begegnen. An und für sich hat dieses Factum keine gravierende Bedeutung; es fordert nur dazu auf, auf etwaige positive Gerhardtsche Reaction zu untersuchen, da letztere beredt für eine erhebliche Höhe der Acetonausscheidung spricht, die wiederum einen nicht unbedenklichen Grad von Unterernährung anzeigt.

Während ein Teil der Forscher nur im Diabetes mellitus ausser dem Wegfall der Kohlehydrate aus dem Stoffwechsel noch andere Ursachen für die Ketonurie gelten liess, so scheinen doch nach Waldvogel u. a. die Verhältnisse schon bei einigen Vergiftungen, eventuell auch bei Infectionskrankheiten etwas anders zu liegen. Waldvogel konnte bei gemischter Kost durch Morphium und Heroin in therapeutischen Gaben eine Steigerung der Acetonausscheidung constatieren, am deutlichsten, wo das Aceton der Atemluft mitbestimmt wurde. Es ist eine bekannte Tatsache, dass auch Nichtdiabetiker, um ein anderes Beispiel anzuführen, nach Narcosen Aceton, eventuell auch die übrigen Acetonkörper ausscheiden. Nun lässt sich oft die Acetonkörpervermehrung, wenn die Pat. bis dahin reichlich ernährt waren und auch schon sehr bald nach der Operation wieder reichlich Nahrung zu sich nehmen konnten, vermeiden; es gibt aber auch sicher Fälle, in denen es nicht gelingt, durch rechtzeitige Ernährung resp. Kohlehydrate-Zuführung nach der Narcose die Acetonkörpervermehrung hintanzuhalten. Ebstein hat darauf aufmerksam gemacht, dass bei Vergiftungen eine Insufficienz der Zellatmung eintritt, bei der die Kohlehydrate vielleicht nicht bis CO_2 und H_2O sondern nur bis zur Glykuronsäure und Milchsäure abgebaut werden, wodurch schon ein Deficit in der Verbrennung derselben entsteht. Nach Narcosen tritt ja oft Zucker im Urin auf, als Zeichen einer noch schwereren Beeinträchtigung der Kohlehydrate-Verbrennung. In anderen Fällen ist die Oxydationsenergie für Fette in falsche Bahnen gelenkt, oder der Purinstoffwechsel gestört, es kommt zu starkem Zerfall von Zellkernsubstanz, was sich durch Ausscheidung grosser Quantitäten Harnsäure kundgibt. Ja, wir finden nach Narcosen oft ein Alternieren dieser drei Störungen, indem nach der Reihe Zucker, Aceton und Harnsäure im Urin auftreten. Ebenso lässt sich die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, dass bei Infectionskrankheiten die im Blute kreisenden organisierten Gifte neben der oft ungenügenden Kohlehydrate-Nahrung eine Rolle bei der Acetonurie spielen. Nach J. Strauss wissen wir, dass z. B. im Typhus abd. alimentäre Glykosurie ex amylo vorkommt bei fraglos nicht diabetisch veranlagten Personen.

Die Ketonurie bei Vergiftungen und Infectionskrankheiten scheint mir den Uebergang zu derjenigen bei Diabetes mellitus zu bilden. Bei keiner anderen Krankheit beherrscht die Ketonurie so wie beim Diabetes die Prognose und Therapie. Die grosse Mehrzahl der Diabetiker, die die leichte Form repräsentieren, d. h. eine gewisse Menge Nahrungs-Kohlehydrate verbrennen können, verhält sich inbezug auf die Ketonurie genau ebenso wie der Gesunde. Nach v. Noorden lassen sich etwa folgende Abstufungen unterscheiden: es werden z. B. 50-70 g. Kohlehydrate vertragen, die Acetonmengen sind normal oder minim erhöht. Bei Uebergang zur strengen, nach Möglichkeit die Kohlehydrate ausschliessenden Diät steigt anfänglich der Acetongehalt, die Eisenchloridreaction wird positiv, ja, es tritt sogar in geringen Mengen Oxybuttersäure auf; aber nach 1—2 Wochen sind die Acetonwerte wieder zur Norm abgesunken. Das sind natürlich die prognostisch günstigsten Fälle, da sie durch langdauernde Kohlehydrate-Entziehung behandelt werden können und dadurch die Toleranz gesteigert wird, die dann schliesslich einen Grad erreichen kann, der dem Pat. nur unwesentliche, leicht zu ertragende Beschränkungen in der Diät auferlegt. Die Ketonurie kann aber auch in diesen Fällen sehr beträchtliche Werte erreichen und oft erst nach mehrwöchentlichem Gebrauch der strengen Diät zurückgehen, was natürlich eine schon intensivere Störung des normalen Stoffwechselablaufs anzeigt und die Prognose wesentlich verschlechtert, weil man sich auf Recidive in die alten Verhältnisse zurück gefasst machen muss. Bei solchen Pat. ist natürlich eine sehr häufige strenge Controlle der Acetonkörperausscheidung in bestimmten Perioden angezeigt. Oft will die Ketonurie aber überhaupt nicht zurückgehen und schwindet erst nach erneuter Zufuhr von Kohlehydraten. Eine weitere Gruppe von Fällen scheidet bei der eben besprochenen Diät mit 50—70 g. Kohlehydraten neben Zucker kaum das Normale übersteigende Werte von Aceton aus; beim Uebergang zur strengen Kost steigen diese Werte sehr hoch an, auch β-Oxybuttersäure lässt sich nachweisen und, statt allmählich zu sinken, nehmen sie ständig zu. Kehrt man jetzt zur Ausgangsdiät zurück, so bleiben trotzdem die hohen Zahlen für Acetonkörper bestehen, die Acetonurie erweist sich als nahezu unabhängig von der Kohlehydrate-Zufuhr, da der Krankheitsprocess einen progressierenden Charakter angenommen hat. Es macht in solchen Fällen den Eindruck, als ob der auch noch so vorsichtig eingeleitete Uebergang zur strengen Diät den Stoffwechsel der Fette so energisch in falsche Bahnen geleitet hat, dass der früher behauptete Standpunkt nicht mehr zurückzugewinnen ist. Diese Fälle bilden die Vorstufe zu denjenigen, wo von vornherein bei 50—70 g. Kohlehydrate mehrere Gramm Aceton ausgeschieden werden. Entziehung der Kohlehydrate oder Zulage bleiben ohne Einfluss, die Ketonurie zeigt wohl grosse Schwankungen, die aber nach v. Noorden von den selbständigen Schwankungen des Diabetes abhängig sind. Wir haben oben gesehen, dass Nichtdiabetiker bei Verbrennung von circa 50—100 g. Kohlehydrate keinerlei Acetonurie bekommen. Nun gibt es eine Menge Diabetiker, die reichlich diese Masse Kohlehydrate verbrennen, trotzdem aber ansehnliche Quantitäten Aceton — bis zu mehreren Grammen — ausscheiden. Während wir beim Nichtdiabetiker nach Einleitung einer strengen Diät ein allmähliches Ansteigen der Acetonurie bemerken, reagiert ein grosser Teil der Diabetiker auf diese Massnahme nicht nur mit Abnahme des Zuckers sondern auch der Ketonurie. Ich habe noch kürzlich bei einem 67-jährigen Mann, der seine Diät vernachlässigt hatte und neben hohen Zuckerwerten ansehnliche Mengen Acetonkörper ausschied,

so dass an die Gefahr des Coma gedacht werden musste, durch Verkürzung des Kohlehydrate-Consums auf ca. 30 g. nicht nur den Zucker auf ein Minimum herabgehen sondern auch die Acetonurie auf normale Werte sinken gesehen. Es tritt durch vorübergehende Entlastung der Anforderungen, die an den Organismus gestellt werden, eine Besserung der Function ein. Die Eigenart der diabetischen Ketonurie wird auch sehr hübsch illustriert durch den Bericht von v. Noorden über eine durch L. Mohr ausgeführte Parallelbestimmung der Acetonkörper bei 2 Pat., die unter gleichen äusseren Verhältnissen, bei derselben strengen Diät, bei annähernd gleichem Gewicht durch 8 Tage zuckerfrei waren. In dem einen Fall liessen sich 0,08 g. Aceton, Eisenchloridreaction negativ, keine Oxybuttersäure nachweisen, im anderen ergab die Untersuchung 1,1 g. Aceton, Eisenchloridreaction positiv, β-Oxybuttersäure 15,0 g. Bei einem Pat. nahezu normale Werte, während der andere eine schwere diabetische Erkrankung erkennen lässt, in der die Abhängigkeit vom Kohlehydrate-Umsatz völlig in den Hintergrund tritt.

Bei der Ketonurie der Stoffwechselgesunden wie der meisten Diabetiker lassen sich gewisse Verhältniszahlen der einzelnen Acetonkörper unter einander nachweisen, etwa in der Art, —nach v. Noorden und Magnus Levy—dass bei einem Acetongehalt von etwa 0,5 g. auch die Gerhardtsche Reaction positiv wird: bei 1,0—1,5 g. ist Oxybuttersäure meist vorhanden. Im Diabetes, wo die Oxydationsenergie für die Oxybuttersäure noch viel stärker herabgesetzt ist als bei der Ketonurie nach Kohlehydrate-Entziehung des sonst Stoffwechselgesunden, verwischen sich diese Verhältnisse vollständig. Wolpe und Magnus-Levy konnten in einigen Fällen schon bei 0,1—0,2 g. Aceton Oxybuttersäure bis zu einem Gramm nachweisen. Stadelmann berichtet über 4 Fälle, in denen Aceton und Acetessigsäure fehlten, bei reichlicher Anwesenheit von Oxybuttersäure; doch dürfte das eine enorme Seltenheit sein. Noch mehr aber als die qualitativen Abweichungen von der nichtdiabetischen Ketonurie sind es die quantitativen Verhältnisse, durch welche der Diabetes eine Sonderstellung einnimmt. Wir finden hier Acetonwerte von 6 und 8 g., die Oxybuttersäure kann sich durch viele Jahre, wie v. Noorden berichtet, auf 50—60 g. halten bei leidlichem Wohlbefinden des Pat., während eine Acetonkörperausscheidung von 10 g. beim Nichtdiabetiker schon eine grosse Seltenheit bedeuten dürfte. Ja, im Coma diabeticum sind von Magnus-Levy bis zu 180 und 200 g. Acetonkörper nachgewiesen worden. Ebenso wie der Nichtdiabetiker, sucht der Diabetiker sich vor der Säurevergiftung dadurch zu schützen, dass er durch Alkalien die Acetessigsäure und Oxybuttersäure neutralisiert. Die Ammoniakwerte steigen in schweren Fällen zu ganz exorbitanten Zahlen an, Stadelmann beobachtete einmal 12 g. in 24 Stunden. Während unter normalen Verhältnissen der NH_3-Stickstoff 3—5% des Gesamtstickstoffs ausmacht, steigt das Procentverhältnis im Diabetes bis über 40. Ich beobachtete bei einem 16-jährigen Diabetiker, trotz täglicher Zufuhr von ca. 20 g. Natr. bicarb., einige Wochen vor dem Coma NH_3 Werte von 6,4 und 6,3, bei Acetonzahlen, die zwischen 2,5 und 6,5 schwankten.

Für alle Eigenheiten der diabetischen Ketonurie eine theoretische Erklärung zu geben, ist bei dem augenblicklichen Stande unserer Kenntnisse noch unmöglich. Ich will versuchen, ohne mich zu sehr ins Gebiet der so häufig wechselnden Hypothesen zu begeben, auf einige Fragen näher einzugehen. Im schweren Diabetes ist, wie in keiner anderen Krankheit, die Hauptbedingung für vermehrte Acetonkörperbildung — der Ausfall der Kohlehydrate aus dem Stoffwechsel — gegeben. Es werden nicht nur die in der Nahrung eingeführten Kohlehydrate unbenutzt ausgeschieden, sondern auch der grösste Teil des aus dem Eiweiss entstehenden Zuckers geht dem Stoffwechsel verloren, ebenso wie der — nach Ansicht vieler Autoren — aus dem Fett hervorgegangene. Es ist von vornherein klar, dass, wo die Verbrennungsmöglichkeit aller Kohlehydrate in dem Masse gelitten hat, auch ganz enorme Mengen von Acetonkörpern gebildet werden müssen. Neben der Beschränkung der Kohlehydrate-Verbrennung ist im diabetischen Organismus auch die Fähigkeit, die Kohlehydrate in Fett umzuwandeln oder in seinen Glykogenreservoirs zum Ansatz zu bringen, wesentlich herabgesetzt. Durch verschiedene Combinationen dieser einzelnen Störungen, die in ihrer Intensität auch im einzelnen Fall dem weitgehendsten Wechsel unterworfen sind, werden vielfach die enormen Schwankungen der Ketonurie zu erklären sein. Zu dieser Beeinflussung der Ketonurie durch die ganz abnormen Verhältnisse des Kohlehydrate-Abbaues gesellen sich im Diabetes aber noch Momente, die oft die Ketonurie ganz unabhängig vom Kohlehydrateumsatz erscheinen lassen. Ich erinnere an die oben angeführten Fälle, in denen Mengen von Kohlehydraten verbrannt wurden, die beim Nichtdiabetiker jegliche Acetonurie verhindern würden. Hier müssen wir eine specifische Störung des Fettstoffwechsels annehmen, eine Störung der Oxydationsenergie des Protoplasmas, die zeitweise das Krankheitsbild mehr beherrscht als die Glykosurie. Wie wir schon bei der Giftwirkung der Narcosen sahen, kann die oxydative Energie der Zelle in ihren verschiedenen Functionen einzeln gestört sein; auch im Diabetes finden wir die merkwürdige Erscheinung des sogenannten Diabetes alternans, indem die diabetische Stoffwechselstörung plötzlich einer ausgiebigen Gicht weicht. Zeitweise drängt die Störung des Purinstoffwechsels den Diabetes zurück, während es andererseits eine grosse Zahl von Combinationen der Gicht mit Diabetes gibt. Es ist hier auch der Ort, kurz das Verhalten der diabetischen Ketonurie bei Vergiftungen, z. B Narcosen, und Infectionskrankheiten zu berühren. In den meisten Fällen ist wohl eine Zunahme der Ketonurie zu verzeichnen; in den wenigen Fällen, wo anfänglich eine Besserung angenommen wurde, zeigte es sich bald, dass nach Ablauf der betreffenden Giftwirkungen die diabetische Stoffwechselstörung als Ganzes eine entschiedene Verschlimmerung erfahren hatte.

In der Therapie der Acidosis haben wir einen schweren Stand. Ein jeder einzelne Fall muss besonders studiert und die Diät gesucht werden, bei der einesteils die Toleranz für Kohlehydrate womöglich gesteigert oder doch geschont wird, andererseits die Gefahren der Acidosis vermieden werden. Beide Componenten stehen dabei in ständiger Wechselwirkung, so dass es oft darauf herauskommt, von zwei Uebeln das kleinere zu wählen, indem man auf energisches Herabdrücken der Zuckerausscheidung verzichtet zu Gunsten einer Behandlung der Acidosis. Wir müssen oft mehr Kohlehydrate geben als der Toleranz entspricht,—die ja vielfach gleich Null ist — weil wir im Diabetes die Erfahrung machen, dass bei Zufuhr von Kohlehydraten bisweilen doch noch ein Teil verbrannt wird, als Reaction auf ein grösseres Angebot, und in anderen Fällen durch eine hypothetische Contactwirkung die Ketonurie günstig beeinflusst wird. Eine wesentliche Bereiche-

rung hat die Therapie durch die v. Noordensche Hafercur erfahren. Es werden als einzige Nahrung 250 g. Hafermehl mit ebenso viel Butter, 5—8 Eier, Thee und Rotwein gereicht. Hafer wird, falls keine anderen Kohlehydrate genossen werden, in vielen Fällen ausgezeichnet vertragen, es sinken sowohl die Zucker- als auch die Acetonwerte. Man schafft auf diese Weise dem Organismus eine überaus erwünschte Abwechselung in der Diätform, so dass nachher wieder strengere Vorschriften in Kraft treten können. Stadelmann war der Erste, der die Alkalien, speciell das Natr. bicarb. zur Behandlung der Acidosis empfahl. Den Fettstoffwechsel können wir nicht durch Einverleibung von Alkalien beeinflussen, wohl aber die Ausfuhr von Acetessigsäure und Oxybuttersäure befördern. Wo die Eisenchloridreaction eine wesentliche Vermehrung der Acetonkörper anzeigt, ist es ratsam, regelmässig 10—30 g. Natr. bicarb. zu geben, die mit geringen Ausnahmen ausgezeichnet vom Magen-Darmtractus vertragen werden. Entsprechend der Menge der eingeführten Alkalien gehen die NH_3 Werte herab. In Fällen mit Neigung zur Acetonurie sollte man beim Uebergang zur strengen Diät es nie unterlassen, Natr. bicarb. in den angegebenen Quantitäten, über den Tag verteilt, zu ordinieren; man schadet damit nie und stellt den Pat. vor einer plötzlichen Ueberflutung mit Säuren sicher. Aus alter Zeit, wo dieser Uebergang sehr plötzlich und ohne gleichzeitige Alkalitherapie gemacht wurde, werden viele Fälle von Coma im Anschluss an diese Massregel, resp. Unterlassung gemeldet. Statt Natr. bicarb. wird oft von den Pat. Natr. citric. lieber genommen, das ebenso wie die Magnesiaverbindungen bei gleichzeitiger Obstipation gute Dienste leistet. Bei Neigung zu Durchfällen ist Calc. carbon. zu empfehlen. Als die Anschauung, dass die Hauptquelle der Acetonkörper das Fett sei, sich allgemeine Geltung verschafft hatte, wurde von verschiedenen Seiten vor einer grossen Fettzufuhr bei Diabetikern gewarnt. Obgleich im Experiment sich oft geringfügige Steigerungen der Ketonurie nach grossen Fettgaben nachweisen liessen, so spielt de facto die Fettzufuhr in der Beziehung nur eine in praxi zu vernachlässigende Rolle, da auch in den ausgesprochensten positiven Resultaten die Steigerung nur eine geringe und vorübergehende war, was in den Besonderheiten des Fettstoffwechsels seine Erklärung findet. Es wird im Körper, unabhängig von der Zufuhr, immer dieselbe Menge Fett verbrannt, bei geringer Zufuhr eben Körperfett, und es liegt kein Grund vor, anzunehmen, dass Nahrungs- und Körperfett eine verschiedenartige Umsetzung erfahren. Eine wesentliche Rolle spielt dagegen die Zufuhr niederer Fettsäuren, speciell der Buttersäure. Bis zu 40% eingeführten buttersauren Natr. werden als Acetonkörper ausgeschieden, wie von Noorden nachgewiesen hat; er empfiehlt daher dringend, Butter vor dem Gebrauch mit Wasser durchzukneten, um auf diese Weise die etwa vorhandene freie Buttersäure zu entfernen, die sich leicht in Wasser löst. Das Auftreten von Acidosis müssen wir beim Diabetes stets als ein ernstes Symptom betrachten, wenn es auch andererseits bekannt ist, dass viele Diabetiker, wie oben angeführt, mit grossen Mengen Oxybuttersäure sich durch viele Jahre gut halten.

Was im speciellen die direct schädigenden Wirkungen der Acetonkörpervermehrung auf den Organismus sind, lässt sich in allen Einzelheiten noch nicht übersehen. Waldvogel konnte im Tierexperiment durch Acetonvergiftung Glykosurie erzeugen und wies weiterhin an der Hand des grossen Materials der Göttinger Klinik nach, dass die so oft anzutreffenden Schädigungen der Nieren (Albuminurie, Nephritis) auf Säurewirkung beruhen. Speciell erwähnen möchte ich hier das Auftreten der sogenannten Comacylinder, die dicht vor dem Ausbruch des Comas oder in demselben sich in den meisten Fällen nachweisen lassen. Sie sind stark conturiert, kurz und breit, bedecken oft das gesamte mikroskopische Gesichtsfeld, selten sind sie von Nierenelementen besetzt. Eine weitere schwere Schädigung erfährt der Organismus dadurch, dass in der Oxybuttersäure und Acetessigsäure reichlich Brennmaterial, das dadurch dem Körper verloren geht, ausgeschieden wird. Ein Gramm Oxybuttersäure liefert bei seiner Verbrennung 4,5 Calorien. Magnus-Levy kommt an der Hand der Krausschen Theorie der Basen- und Säurecapacität der tierischen Gewebe zur Ueberzeugung, dass bei bedeutender Acidosis die basische Seitenkette des Eiweissmoleküls durch die Säure besetzt und dadurch die Störung des protoplasmatischen Stoffwechsels bedingt wird, die schliesslich zum Coma führt.

Im Rahmen dieser kurzzusammenfassenden Darstellung ist es mir leider nicht möglich, auf alle Einzelheiten des diabetischen Comas näher einzugehen; ich will versuchen, in Kürze die Hauptsachen zu erwähnen. Seit den Arbeiten der Naunynschen Schule (Stadelmann, Minkowski und a.) haben wir in dem zuerst von Kussmaul in classischer Weise geschilderten klinischem Bilde des Coma diabeticum resp. dyspnoicum eine typische Säurevergiftung durch Oxybuttersäure und Acetessigsäure kennen gelernt, der nach Angabe der verschiedenen Autoren 40—75% aller Schwerdiabetischen zum Opfer fallen. Erwähnen muss ich noch neuere Arbeiten aus der Noordenschen Klinik von Herter und Wilbur, aus denen hervorgeht, dass neben der reinen Säurewirkung wahrscheinlich noch eine specifische Giftwirkung dieser Säuren und auch des oxybuttersauren Natr. eine Rolle spielt. Wenn die diabetische Stoffwechselstörung eine gewisse Grenze überschreitet, bis zu welcher der Selbstschutz des Organismus und die therapeutischen Methoden reichen, so treten die Symptome des Comas auf: grosse psychische Unruhe, leichte Benommenheit, die später in Bewusslosigkeit übergeht, heftige Schmerzen im Epigastrium mit ausgesprochener Hyperästhesie der Magenschleimhaut, frequenter Puls bei reinen Herztönen; die Atmung wird beschleunigt und gleichzeitig sehr tief, Cyanose fehlt bis in die letzten Stadien, stechender Acetongeruch dringt aus dem Munde des Pat. Die Alkalescenz des Blutes ist wesentlich herabgesetzt, der normaliter 0,2—0,4% betragende Fettgehalt des Blutes steigt nach Stadelmann bis zu 20%, ja, eine neuere Arbeit von Frugoni und Marchetti aus Florenz berichtet über 27% Fett mit 1,06% Cholestearin und 0,5% Lecithin. Das Blutserum zeigt in Fällen einer derartigen Lipämie eine rahmartige Beschaffenheit. Jedenfalls ist dieses Symptom als eine weitere Störung des Fettstoffwechsels zu betrachten. Die Comacylinder, die ich oben anführte, werden selten vermisst, ebenso tritt meistens eine leichte Eiweissausscheidung auf, wo sie vorher nicht bestand. Die Temp. ist gewöhnlich erniedrigt, um 35° herum, es sind auch 29° im Rectum constatiert worden. Andererseits kommen aber auch sicher nicht durch Complicationen bedingte Temperatursteigerungen bis 39° vor, wie es einige Male in der Literatur berichtet wird, und ich es in einem Fall sah. In absoluter Bewusstlosigkeit, bei allmählich frequenter und schwächer werdendem Puls tritt der Tod ein. Die Dauer des Comas vom Beginn der ersten Symptome an ist

eine sehr verschiedene, je nach der Widerstandfähigkeit des Individuums; das absolut bewusstlose Stadium dauert selten länger als 48 Stunden. Die äussere Ursache für das Hereinbrechen des Comas ist oft eine scheinbar geringfügige, eine Magenverstimmung, eine psychische Shockwirkung, eine leichte Influenza; oft trifft den Diabetiker das Coma wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Die innere Ursache dürfte wohl in jedem einzelnen Fall in einem plötzlichen Niedergang der Kohlehydrate-Verwertung zu suchen sein, wodurch die Ketonurie eine nicht mehr zu überwindende Verschlimmerung erfährt. Auf der Chance, dass dieser Niedergang der Kohlehydrate-Verbrennungen ein vorübergehender sein kann, was namentlich in den therapeutisch maltraitierten Fällen vorkommt,, gründet sich im einzelnen Fall die Hoffnung, durch therapeutische Eingriffe den Kranken aus diesem verzweifelten Zustand herrauszureissen. Da alle psychischen Erregungen die Acidosis steigern, ist Isolierung und Bettruhe das erste Erfordernis. Wir geben dem Pat. Milch in grossen Mengen, die er meist willig nimmt, da der Durst gross ist; gleichzeitig besteht die Hoffnung, dass der Milchzucker vom Organismus bei diesem Massenangebot doch noch ausgenutzt wird; in demselben Sinne erweist sich die Zufuhr von Lävulose bis 100 g. vielfach nützlich. Waldvogel empfiehlt, den meist so lange entbehrten Rohrzucker zu geben, da ja alle Rücksichten auf die Glykosurie für den Moment in den Hintergrund treten müssen. Durch diese Massnahmen gelingt es oft, die Acidosis günstig zu beeinflussen. Auch von der antiketogenen Wirkung des Alcohols soll man Gebrauch machen, so weit die Hyperästhesie des Magens, die leicht zu Erbrechen führt, es gestattet. Von einer starken Abführung, wie sie Schmitz empfiehlt, wird man selten Gutes sehen; einige Male soll ein Erfolg beobachtet worden sein bei Coma im Anschluss an Verdauungsstörungen durch Ueberladung des Magens. Es wurden direct aashaft stinkende Stühle auf ein Abführmittel hin entleert, gleichzeitig gingen die Anzeichen des drohenden Comas zurück. In den meisten Fällen dürfte aber die Brechneigung des Pat. ein unüberwindliches Hindernis für einen Versuch in dieser Richtung sein. So angezeigt dieses therapeutische Vorgehen in den Fällen ist, wo sich Verdauungsstörungen als auslösendes Moment des Comas anschuldigen lassen, so möchte ich doch hier betonen, dass es seine Empfehlung einer Zeit verdankt, in der die Bildungsstätte der Acetonkörper noch fälschlich in den Magendarmcanal verlegt wurde. Auch gibt es fraglos Fälle von beginnendem Coma, die ohne besondere Therapie zurückgehen. Noorden empfiehlt sofort eine Hafercur einzuleiten. So viel in der Theorie dafür spricht, so lässt sich dieselbe in praxi schwer durchführen, weil die meisten Pat. diese Nahrung zurückweisen, während die Milch gern genommen wird. Neben dem Versuch, ausnutzbare Kohlehydrate einzuführen, müssen wir in erster Linie durch Eingabe grosser Mengen Natr. bicarbonic., etwa stündlich 1 Theelöffel in Wasser, aber auch mit der Milch zusammen, die etwa im Körper retinierten Säuren zur Ausscheidung zu bringen suchen. Magnus-Levy konnte mehrfach nachweisen, dass 100—200 g. Oxybuttersäure und Acetessigsäure in der Leiche aufgespeichert waren, ebenso viel, wie in den geheilten Fällen im Urin gefunden wurden. Es sind enorme Mengen Natr. bicarb. nötig, um hier wirksam der Vergiftung entgegentreten zu können. Die energischste Therapie des Comas ist die Infusion einer 3—5% Lösung von Natr. bicarb. in die Vene. Leider lassen sich Sodalösungen nicht subcutan beibringen, da oft ausgedehnte Vereiterungen die Folge waren. Wahrscheinlich beruhen diese aber nicht auf der Wirkung des Natr. bicarb., sondern auf derjenigen des sehr leicht bei der Sterilisation der Lösung entstehenden Na_2CO_3. Wir führen durch eine intravenöse Infusion in 1 Liter 30—50 g. Natr. bicarb. direct in die Blutbahn ein, und Niemand, der den eclatanten Erfolg eines solchen Vorgehens gesehen hat, wird den Versuch unterlassen, in dieser Weise dem Uebel zu steuern. Schon bei leichter Benommenheit, bei den typischen Atemveränderungen, wenn aber die starken Schmerzen im Epigastrium vorhanden sind, halte ich es für ratsam, obgleich die Pat. noch willig Flüssigkeiten per os nehmen, eine Infusion zu machen, weil trotz inneren Gebrauchs von Natr. bicarb. sich der Zustand oft rapide verschlimmert und bei voller Benommenheit die Chancen, durch eine Infusion rettend einzugreifen, schon bedeutend schlechter sind als zu Beginn der schweren Symptome. Auch bei so frühzeitiger Infusion ist es ja immer noch eine Seltenheit, dass man des Comas Herr wird. Nach glücklich überstandenem Coma erwachsen der Ernährungstherapie natürlich noch grössere Schwierigkeiten wie früher. Grosse Alkaligaben müssen fortgesetzt werden; jetzt tritt die v. Noordensche Hafercur in ihr Recht und kann glänzende Resultate zeitigen. Der Uebergang zur strengen Diät muss sehr allmählich erfolgen. V. Noorden hat den paradox klingenden Satz aufgestellt, nach überstandenem Coma solle der Diabetiker eine Diät erhalten, die entgegengesetzt der vor dem Coma eingehaltenen sei. Die Praxis bestätigt die Richtigkeit dieser Angabe. Der Organismus verlangt eben Abwechselung in den Anstrengungen seiner einzelnen Functionen. So hoffnungslos die Lage eines Pat., der einmal vom Coma gepackt ist, auf den ersten Blick erscheint, so gelingt es immerhin mitunter, namentlich in den bis dahin therapeutisch vernachlässigten Fällen, durch eine rationelle Lebensweise den Pat. nicht nur für Wochen, sondern auch für Monate oder gar Jahre dem Leben zu erhalten.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchow-Krankenhauses für Frauen in St. Petersburg.
Abteilungschef Dr. J. Grekow.

Ueber Stich- und Schnittwunden des Thorax nach den Daten des Obuchow-Krankenhauses für Frauen in St. Petersburg,

Von
Dr. K. Heinrichsen, Assistenzarzt.

Die Frage über Verletzungen des Thorax wurde mehrfach in den wissenschaftlichen Sitzungen der Aerzte des Obuchow-Krankenhauses erhoben, die verschiedenen Meinungen wurden aber nicht durch Zahlen bekräftigt, die das einzig richtige Kriterium zur Beurteilung der Frage über die Wahl der besten Behandlungsmethode der Stich- und Schnittwunden des Thorax abgeben. Meine Aufgabe war es nun, auf Anraten meines hochverehrten Chefs Dr. J. Grekow eine kurze Zahlenübersicht über die letzten 5 Jahre darzustellen. Bevor ich diese Zahlen anführe, muss ich bemerken, dass die Symptome einer Perforation der Pleura, ja sogar der Lungen so we-

nig ausgeprägt sein können, dass ein Schluss auf eine wirkliche Verletzung kaum gemacht und manches Mal dieselbe nur angenommen werden kann. Deshalb folgt hier unser ganzes Material über Verletzungen des Thorax. Seit den letzten 5 Jahren haben wir die Indicationen zur Erweiterung der Stich- und Schnittwunden des Thorax sehr eingeengt. Wir erweitern bei Stich- und Schnittwunden des Thorax die Wunde nur: bei starker äusserer Blutung, bei Möglichkeit einer Herzverletzung, bei den Verletzungen des Zwerchfelles und wenn wir auch eine Verletzung der Bauchhöhle annehmen. Bei Verletzungen der Pleura und der Lungen halten wir eine Operation für angezeigt bei wachsender Anämie, und können nicht genug abraten vor einer breiten Erweiterung jeder Stich- und Schnittwunde des Thorax, wobei wir darunter eine Erweiterung der äusseren Wunde mit Rippenresection und weiter Eröffnung der Pleura verstehen, und lassen eine Erweiterung der äusseren Wunde eventuell zu. Liegen keine Verletzungen oben genannter Organe vor, so ziehen wir das Abwarten in jedem Falle einer sofortigen Operation vor, wobei die äussere Wunde in der Mehrzahl der Fälle offen bleibt,—und wenn ein längerer Wundcanal vorliegt, tamponiert wird. Im genannten Zeitraum vom Jahre 1905 bis zur Gegenwart hatten wir im ganzen 115 Stich- und Schnittwunden des Thorax zu beobachten Gelegenheit gehabt. Von diesen 115 muss ein Fall ausgeschlossen werden. Es handelte sich um eine Kranke mit mehrfachen Stich- und Schnittwunden des Thorax,—davon zwei in der Herzgegend — die im Verbandzimmer ihren Verletzungen erlag. Somit bleiben also 114 Fälle. Zwar ist diese Zahl im Vergleich zu anderen Statistiken nicht gross, doch erlaubt sie immerhin, einige Schlüsse zu ziehen, wenn man die einzelnen Fälle etwas genauer betrachtet.

Von diesen 114 Fällen wurde 71 mal die Wunde nicht erweitert, in 43 Fällen wurde sie breit eröffnet. In den 71 nicht erweiterten Fällen lag 25 mal eine penetrierende Verletzung des Thorax vor, in den übrigen 46 hatten wir es offenbar mit nicht penetrierenden Verletzungen zu tun. Wie oben erwähnt, wurde 43 mal die Wunde breit eröffnet, dabei lagen 26 mal penetrierende Verletzungen vor und 17 mal nicht penetrierende. Rechnen wir alle 46 Fälle, in denen die Wunde nicht erweitert wurde, für nicht penetrierende Verletzungen, so erhalten wir im ganzen 63 nicht penetrierende Verletzungen auf alle 114 Fälle, d. h. 55%, so dass mehr als die Hälfte der Verletzungen nach unseren Daten nicht penetrierende Verletzungen sind.

Penetrierende Verletzungen des Thorax lagen 51 mal vor. Darunter wurde die Wunde 25 mal nicht erweitert und 26 mal erweitert. In den 25 nicht erweiterten Fällen lag in 6 Fällen eine Verletzung der Lunge vor, in 1 Falle der Lunge und beider Pleuren und in 18 Fällen eine isolierte Pleuraverletzung. Alle diese Kranken genasen und verliessen das Hospital durchschnittlich am 16. Tage, der längste Zeitraum, den sie im Hospital zubrachten, betrug 26 Tage. Von den 26 Fällen, in denen die Wunde breit eröffnet wurde, endeten 10 mit tödlichen Ausgange, d. h. beinah 38,5%. Ich kann nicht umhin, hinzuzufügen, dass es sich hier mit wenigen Ausnahmen um schwere Verletzungen handelte: so war 2 mal das Herz verletzt, darunter in dem einen Falle eine Mitverletzung der Lunge; in einem Falle — Pericard, Magen und Milz; in einem Falle — Zwerchfell und Leber; 5 mal die Lunge und 1 mal nur die Pleura. Unten werden diese Fälle näher angeführt, hier will ich nur bemerken, dass unter diesen Fällen mit tödlichem Ausgange in einem Falle eine geringe Verletzung der Pleura vorlag und in 2 Fällen ebensolche Verletzungen der Lunge. Wir nehmen an, dass diese Kranken bei abwartender Therapie rasch genesen wären. Wenn wir nun die Verletzungen der Lungen betrachten — sowohl die Fälle mit erweiterter Wunde, wie diejenigen, in denen die Wunde nicht erweitert wurde, — so wurden von den letzteren alle gesund (7 Fälle), wobei wir es dreimal mit recht schweren Fällen zu tun hatten und in einem Falle ausser der Lungenverletzung noch ein beiderseitiger Pneumothorax bestand, — und von den Fällen mit erweiterter Wunde (6 Fälle) endeten 4 tödlich, darunter 2 leichtere Fälle. Einen Pneumothorax duplex beobachteten wir in 2 Fällen — beide genasen, wobei die nicht operierte Kranke (mit Lungenverletzung) schon am 18. Tage das Hospital verliess, während die operierte 2 Monate im Hospital verbrachte und eine eitrige Pleuritis durchmachte. In 16 Fällen, in denen die Wunde breit eröffnet wurde, konnten die Kranken geheilt entlassen werden: darunter hatten wir 6 mal eine Verletzung der Pleura, 2 mal eine Verletzung der Lunge, in einem Falle eine Verletzung der Pleura, des Zwerchfells und der Leber, in 2 Fällen—der Pleura und des Peritoneum, darunter war in dem einen noch das Colon descendens mitverletzt und durch das foramen ischiadicum majus auch das Rectum; in 5 Fällen lag eine Verletzung des Zwerchfells vor.

Zur Illustration folgen hier einige Fälle. Zuerst führe ich die Fälle an, in denen die Wunde breit eröffnet wurde und die tödlich endeten.

Fall 1. Kranke M. B. Aufgenommen am 1. Januar 1905, 8 Stunden nach erhaltener Verletzung. Anämie. Puls nicht fühlbar. Im 2. Intercostalraum zwischen lin. parasternalis, et lin. mamillaris sin. eine 5 cm. lange Wunde. Atmung 40. Wunde breit eröffnet, Resection des III. und IV. Rippenknorpels. Wunde der Pleura und des Mediastinum anterior. Pleuranaht, zum Mediastinum Tampon. Eiterung. Am 21/I. Herzdämpfung rechts 1/2 Finger breit über den linken Rand des Sternum, links 2 1/2 Finger breit über die lin. mamillaris hinaus. Links Schall gedämpft von der II. Rippe an. 4 Tage darauf rechts hinten Dämpfung, Atmen abgeschwächt. Punction ergibt seröse Flüssigkeit. Exitus am 26. Tage.

Fall 2. Kranke A. L.: aufgenommen am 30. Januar 1905. Blässe. Puls 100, schwach. Links im Bereiche der VI. Rippe und der lin. axillaris posterior Wunde 2 cm. lang, abgeschwächtes Atmen und Dämpfung des Schalles unten von der IX. Rippe an. Die Wunde wird breit eröffnet, Resection der VII. Rippe. — In der Pleura eine 2 cm. lange Wunde, in der Pleurahöhle Blut; die Pleura wird durch einen neuen Schnitt eröffnet; man findet eine 1 1/2 cm. lange Wunde der Lunge. Lungennaht, beide Pleurawunden geschlossen, nach hinten und unten eine Contrapertur. Tampon. Eiterung. Exitus am 16. Februar.

Fall 3. Kranke M. G. Aufgenommen am 31. Januar 1905. Blässe. Puls 100, klein. Links im Bereiche der V. Rippe und der lin. axillaris posterior Wunde von 1 1/2 cm., Hämatom. Oben hinten eine zweite Wunde und zwischen Wirbelsäule und unterem Scapulawinkel links eine dritte Stichwunde von 1 cm. Die erste Wunde breit eröffnet: Wunde in der Pleura von 1 cm. Naht der Pleura, Tampon. Exitus am 2. Tage. Section: alle 3 Wunden waren penetrierend, Verletzung der Lungen.

Fall 4. Kranke A. E. Aufgenommen am 10. Februar 1905. Blässe. Puls 120. Atmung 32. Rechts von der Wirbelsäule im Bereiche des rechten Winkels der Scapula Stichwunde von 1 cm., die rechte Hälfte des Thorax bleibt bei der Respiration im Vergleich zur linken nach, Atmung rechts abgeschwächt. Die Wunde wird breit eröffnet, Resection der VIII. Rippe: Verletzung der Pleura. Die Pleura wird durch einen neuen Schnitt eröffnet: Verletzung der Lunge (1 cm.), Lungennaht, Pleuranähte, Wunde fast geschlossen, ein kleiner Tampon. Exitus 24 Stunden nach der Operation.

Fall 5. Kranke W. E. Aufgenommen am 16. Februar 1905. In die Augen fallende Anämie, Cyanose, Puls kaum fühlbar. Respiration 36, Sputum mit Blut. Am Rücken beim inneren Rande der linken Scapula im Bereich der crista scapulae Wunde von 2 cm.; starkes Hämatom. Atmen abgeschwächt, Pneumothorax. Nach Kochsalzinfusion Wunde

breit eröffnet, Resection der IV. Rippe: Wunde der Pleura, im Pleuraraum Blut. Wunde der Pleura wird breit eröffnet: im unteren Lungenlappen ist von seinem oberen Rande ein konisches 6 cm. langes Stück abgeschnitten. Nähte hielten nicht. Wunde wird tamponiert, längs der lin. axillar. post. Resection der VII. Rippe und Contrapertur. Wunde nach Möglichkeit geschlossen. Wunde glatt. Exitus am 10. Tage (Pneumonie).

Fall 6. Kranke W. B. Aufgenommen am 1. Januar 1906. Schwerer Allgemeinzustand, Cyanose, Anämie, Dyspnoe; beim äusseren Rande der rechten Scapula in der Höhe der VIII. Rippe eine Stichwunde, aus der reichlich Blut entleert wird, Pneumothorax, Puls 120. Wunde wird erweitert, VI. Rippe reseciert: Verletzung der Pleura. Nach Eröffnung der Pleurawunde wird eine Verletzung des Zwerchfells (3 cm.) und eine Verletzung der Leber constatiert (Wunde 3 cm. lang und 1½ Phalangen tief). Naht. Wunde geschlossen, zur Leber Tampon. Am 7./I. Dämpfung im unteren Lungenlappen, Bronchialatmen; Wunde heilte per primam intentionem. Am 18./I. Dämpfung grösser, umfasst beide unteren Lungenlappen. Exitus am 19. Januar. Section — Pneumonia duplex.

Fall 7. Kranke L. A. Aufgenommen am 7. Juni 1906. Längs der lin. axillaris post. sin. Wunde von 2 cm. in der Höhe der VIII. Rippe, Hämatom, schwerer Allgemeinzustand, Atmen abgeschwächt. Wunde wird breit eröffnet, VIII. Rippe reseciert: Verletzung der Pleura (Wunde 3 cm. lang), im Pleuraraum Blut. Pleurawunde wird erweitert: Verletzung der Lunge (Wunde 17 cm. lang). Lungennaht, Pleuranaht, Wunde fast geschlossen, Tampon in die äussere Wunde. Am 12./VI. Temperatur 37,5, Puls schwach, Pneumothorax grösser, links hinten Dämpfung. Punction ergibt ein blutiges Exsudat. Nähte entfernt. Wunde wird tamponiert. Exitus am 19. Juni.

Fall 8. Kranke J. W. Aufgenommen am 30. Juli 1906, 3 Stunden nach erhaltener Verletzung. Puls 124, klein., Cyanose der Lippen und Extremitäten, schwerer Allgemeinzustand. Vorn links in der Höhe der II. linken Rippe zwischen dem Rande des Sternum und der lin. axillar. ant. s. wenig blutende Stichwunde. Links Dämpfuug des Lungenschalls, Atmen abgeschwächt, äussere Herzgrenze erweitert, Töne dumpf. Die Wunde wird erweitert, Resection der III. u. IV. Rippe: Verletzung der Pleura, Pleurawunde wird erweitert: Verletzung des Pericard, im Pericard Blut; im linken Herzbeutel eine 1 cm. tiefe Wunde. Herznaht, Pericard geschlossen, Pleuranaht, äussere Wunde geschlossen. Tod am folgenden Tage. Section: noch eine Verletzung der Lunge.

Fall 9. Kranke A. W. Aufgenommen am 6. November 1906 in äusserst schwerem Zustande mit mehrfachen Stichwunden des Thorax; eine Wunde längs der lin. axillar. post. sin. in der Höhe der VII. Rippe, die zweite im 2. Intercostalraum, einen Finger breit von der lin. parasternalis sin. nach aussen (1 cm.). Die zweite Wunde wird erweitert, Resection von 5 Rippen kleine Verletzung des Pericard. Nach Erweiterung der ersten Wunde und Resection der VII. Rippe: Verletzung des Zwerchfells, des Magens und der Milz. Magennaht und Naht der Milz, Wunde geschlossen mit Tampon. Wunde heilte glatt. Am 10. Tage ging die Kranke an eitriger Pericarditis zu Grunde.

Fall 10. Kranke H. K. Aufgenommen am 4. April 1909. In die Augen fallende Anämie. Puls an der Radialis nicht fühlbar, an der Herzspitze 100, Töne schwach. Herzgrenze nach aussen vergrössert. Im 3. Intercostalraum links längs der lin. mamillaris eine Stichwunde von 1 cm. Kochsalzinfusion. Wunde wird erweitert, Resection der III., IV., V. Rippenknorpel: in der Pleura eine 2 cm. lange Wunde, Wunde im Pericard 1 cm.; nach Erweiterung der Pericardwunde — im rechten Herzbeutel eine 1½ cm. lange Wunde constatiert, die durch die ganze Wandung des Beutels ging. Herznaht, Pericardnaht, Pleuranaht, äussere Wunde geschlossen. Wunde heilte glatt. Am 11./IV. Dämpfung von der VII. Rippe an, Punction im 8. Intercostalraum ergibt 120,0 Blut. Tod am 21. Tage (eitrige Pericarditis).

Nun einige von den Fällen, wo die Wunde erweitert wurde, mit gutem Ausgange:

Fall 1. Kranke P. K. Aufgenommen am 31. October 1909. 10 Stichwunden des Thorax. Längs der lin. mamillar. sin. im 5. Intercostalraum Wunde von 2 cm., eine zweite im 3. Intercostalraum längs derselben Linie, gleichfalls 2 cm., die anderen in der Gegend des Nackens und der Wirbelsäule; äusserst schwerer Allgemeinzustand, Anämie, Puls kaum fühlbar, Dyspnoe, starkes Emphysem der Haut, Pneumothorax. Kochsalzinfusion 1000,0. Inj. Ol. camphorat. Beide Wunden werden erweitert, die V. Rippe reseciert: 3 cm. breite Wunde der Pleura, Pleurawunde erweitert — Lungenverletzung (Wunde 3 cm. breit, 2 Phalangen tief), starke Blutung. Lungennaht, Pleuranaht, äussere Wunde geschlossen. Nach Erweiterung der oberen Wunde: Wunde in der Pleura 3½ cm. breit; Pleuranaht, Haut mit Tampon. Am 4. Tage Dämpfung in der Scapulagegend, Pneumothorax; Punction ergibt blutiges Exsudat. Wunden heilten per primam intentionem. Am 10. Tage ergibt Punction Eiter, Resection der IX. Rippe und Tamponade. Nach 3 Monaten gesund entlassen am 2 Februar 1907.

Fall 2. Kranke W. M. Aufgenommen am 26. Juli 1909. Puls 105. Dyspnoe, Anämie, Pneumothorax. Längs der lin. mamillaris. sin. im 2. Intercostalraum 4 cm. lange Wunde. Wunde wird erweitert, da eine Verletzung des Herzens zugelassen wird. Resection der II. u. III. Rippe: Verletzung der Lunge (2 cm.) Lungennaht, Lungenfixation, Pleuranaht, äussere Wunde geschlossen. Am 15. August war links Dämpfung, Bronchialatmen. Wunden heilten per primam intentionem. Am 20./VIII. Temp. normal. Nach 1 Monat gesund entlassen.

Fall 3. Kranke M. N. Aufgenommen am 13. Juni 1907. Kam selbst ins Hospital. Längs der lin. axillaris media sin. in der Höhe der XI. Rippe Wunde von 2 cm. Bauch auf Druck empfindlich. Cyanose, wenig ausgeprägte Anämie. Die Wunde wird erweitert: die elfte Rippe ist vom Messer durchtrennt, in der Pleura eine 1½ cm. breite Wunde, Verletzung des Zwerchfells und des Peritoneum. Peritoneum wird breit eröffnet - im Colon descendens eine 1½ cm. breite Wnnde constatiert (geräuschvoll Winde abgegangen). Wunde im Colon geschlossen, Pleuranaht, Zwerchfellnaht, Tampon in die Bauchhöhle. Ausserdem war in diesem Falle durch das Foramen ischiadicum majus noch das Rectum verletzt. Die Wunde heilte glatt, und die Kranke wurde nach 1 Monat gesund entlassen.

Von den nicht operierten Fällen erlaube ich mir nur einige schwerere anzuführen:

Fall 11. Kranke N. K. Aufgenommen am 26. November 1906 in äusserst schwerem Zustande. Pat. verliert oft die Besinnung; Hämoptoe. in die Augen stechende Anämie. Cyanose, Extremitäten fühlen sich kalt an, Dyspnoe. Puls kaum fühlbar, setzt manchmal aus. Links, 2 Finger unterhalb des äusseren Drittels der Clavicula, eine 2 cm. breite Wunde; links hinten Atmen abgeschwächt; intensive Dämpfung. Herzgrenzen normal. In diesem Falle wäre eine Operation indiciert; doch willigte die Kranke in die Operation nicht ein. Kochsalzinfusion 1000,0. Inj. Ol. camphorat. Am folgenden Tage Anämie fast geschwunden, Atmung 50, Puls 130, Pneumothorax. Am 3. Tage T°. 38,0, Puls 120, Radialpuls fehlte. Links hinten intensive Dämpfung von der Hälfte der Scapula an, Fremitus fehlte, Temp. 38,0, Herz etwas nach rechts verschoben. Am 5. Tage Dämpfung vom unteren Scapulawinkel ab. Temp. normal, Hämothorax geringer: Am 18. Tage auf dringende Bitten hin entlassen. Bei der Entlassung: links hinten Dämpfung vom unteren Scapulawinkel, Fremitus abgeschwächt; linke Hälfte des Brustkorbes bleibt beim Atmen hinter der rechten etwas nach. Unterschied im Radialpuls rechts und links noch bedeutend.

Fall 12. Kranke W. B. Aufgenommen am 19. Februar 1909, gleichfalls in schwerem Zustande, stark ausgeprägte Anämie, Dyspnoe, Hämoptoe. Puls an der Radialis kaum fühlbar, Pneumothorax. In der Gegend des unteren Scapulawinkels rechts befindet sich eine 2 cm. breite Stichwunde! eine zweite (4 cm. breite) in der Gegend der rechten Niere (Niere und Peritoneum nicht verletzt). Atmen rechts abgeschwächt, Emphysem der Haut. Obere Wunde wurde geschlossen, die untere erweitert. Am 3. Tage Puls 120, die rechte Hälfte des Brustkorbs bleibt beim Atmen hinter der linken zurück. Hautemphysen geringer, Temp. 39,0. Am 5. Tage kein Hautemphysem mehr, im Sputum Beimischung von Blut. Am 16. Tage wird die Intensität der Dämpfung schwächer, im Sputum kein Blut mehr. Am 20. Tage entlassen. Bei der Entlassung: Dämpfung rechts hinten unter dem unteren Winkel der Scapula. Atmen abgeschwächt, Fremitus rechts etwas schwächer als links.

Fall 13. Kranke O. W. Aufgenommen am 26. October 1909. Dyspnoe, Puls klein, anämisch, Hämoptoe. In der Höhe des unteren linken Scapulawinkels Wunde von 2½ cm., Wunde blutet; Pneumothorax, Hautemphysem von der Grösse einer Handfläche. Hautwunde wird erweitert zur Stillung der Blutung, danach geschlosson. Am 2. Tage Dämpfung links hinten, Atmen abgeschwächt. Puls 96. Temp. 37,4. Am 10. Tage Dämpfung 3 Finger breit über der Wunde, Fremitus fehlt. Punction ergibt 400,0 blutiges Exsudat. Am 19. Tage Dämpfung bis zur Crista scapulae, Punction befördert 1500,0 blutiges Exsudat, Temp. bleibt normal. Am 26. Tage Kranke entlassen: links hinten Atmen abgeschwächt. Fremitus gleichfalls, Punction negativ.

Fall 14. J. P. Aufgenommen am 24. October 1909, in äusserst schwerem Allgemeinzustande, aus Udelnaja transportiert, 4 Stunden nach erhaltener Verletzung. 4 Stichwunden des Thorax. Hämoptoe gleich nach Verwundung, stark anämisch, Dyspnoe, Puls 110, schwach. Beim inneren Rande

der rechten Scapula in der Höhe der VI. Rippe Stichwunde 2½ cm. breit, etwas über derselben eine zweite von 1 cm. Ein mächtiges Hautemphysem. Links 2 Wunden: die eine, 4 cm. breit, am unteren Scapulawinkel, die andere, 1 cm. breit, etwas höher, auch hier ein starkes Hautemphysem, Pneumothorax beiderseitig. Am 2. Tage Hautemphysem schon geringer, rechts bedeutend geringer, Atmen abgeschwächt, gleichfalls Fremitus. Temp. 38,6; Dämpfung vom unteren Angulus der Scapula, vorne bis zur lin. axillar. post. Am 12. Tage Temp. normal. Intensität der Dämpfung nimmt ab. Am 19. Tage Kranke entlassen: rechts alles normal, links Atmen etwas abgeschwächt, Fremitus vorhanden, Dämpfung von der IX. Rippe.

F a l l 15. Kranke P. L. Aufgenommen am 14. März 1910 in schwerem Zustande, Cyanose, starke Dyspnoe. Pulsfrequenz sehr hoch, Hämoptoe. Am Rücken längs der lin. scapularis sin. in der Höhe der IX. Rippe Wunde 4 cm. breit, Dämpfung. Atmen abgeschwächt, links unten Fremitus abgeschwächt, Pneumothorax. Am 2. Tage Temp. 37,7. Herzdämpfung etwas grösser, hinten Dämpfung und Bronchialatmen. Puls 116, Dyspnoe geringer. Am 6. Tage Lunge normal, Dämpfung hält unten an. Am 10. Tage entlassen: nur Atmen etwas abgeschwächt.

F a l l 16. Kranke A. M. Aufgenommen am 30. März 1910, 10 Tage nach erhaltener Verletzung, Hämoptoe gleich nach Verwundung, schwache, anämische Person, Temp. 38,5. Puls 120, Dyspnoe. Rechts vorn, etwas medial von der lin. parasternal. d., in der Höhe der VI. Rippe schräg von oben und medial nach unten und lateral gehende Wunde von 3 cm. Rechts hinten percutorisch Ton gedämpft von der Hälfte der Scapula, Fremitus abgeschwächt, Exspirium verlängert, Atemgeräusch fehlt, vom Dämpfung vom unteren Rande der III. Rippe, obere Grenze der Herzdämpfung geht in die Dämpfung der rechten Lunge über. Punction längs der lin. scapular. d. ergibt 360,0 flüssigen Blutes. Am 4. April. Dämpfung vom unteren Scapulawinkel, Temp. normal, Atmung noch geschwächt. Am 15. Tage Kranke gesund entlassen.

Von den nicht operierten Kranken haben wir keine verloren.

Auf Grund unserer Fälle gelangen wir zu folgenden Schlüssen:

1. Die Stich- und Schnittwunden des Thorax müssen als inficiert betrachtet werden, bei Erweiterung derselben wird die Infection von der äusseren Wunde auf die Pleura übertragen. Dieser Umstand muss uns zurückhalten von einer Erweiterung der Wunde in leichteren Fällen.

2. Weil eine genaue Uebersicht der Verletzungen der Organe des Brustkorbs eine breite Eröffnung verlangt,—eine Operation, die für den Kranken durchaus nicht gleichgültig sein kann — ist die Operation zu diagnostischen Zwecken kaum statthaft, obgleich auch hierbei selbst eine Verletzung der Lungen übersehen werden kann.

3. Eine Erweiterung der Wunde schützt nicht vor einer Ausbreitung der Infection, und daher ist die Operation im Sinne eines débridement der Wunde kaum zweckentsprechend.

4. Mehr als die Hälfte aller Verletzungen des Thorax waren nicht penetrierend.

5. Geringe Verletzungen der Pleura und sogar der Lunge heilen bei Abwesenheit einer Infection ohne jegliche Complication, um sie aber diagnosticieren zu können, die Verletzungen zu besehen und mit ihnen fertig zu werden, muss mindestens eine Rippe reseciert und die Pleura weit eröffnet werden.

6. Die Mehrzahl der erweiterten Wunden heilt per secundam intentionem, wobei oft die Pleura inficiert wird.

7. Der Verbleib der nicht operierten Kranken beläuft sich durchschnittlich auf 70 Tage, der der operierten auf 20 Tage.

8. Die Stich- und Schnittwunden des Thorax überschreiten selten 2—3 cm. und heilen, sich selbst überlassen, rasch und glatt.

Auf Grund des Gesagten halten wir bei Stich- und Schnittwunden des Thorax eine Operation für indiciert bei Verwundungen des Herzens, des Zwerchfells und bei gleichzeitiger Verletzung des Bauchfells. Von den Verletzungen der Lunge unterliegen nur die schweren Fälle einer Operation im Sinne der Verletzung grösserer Blutgefässe oder grösserer Verletzung des Lungengewebes selbst, wobei hier nicht die Verletzung der Lunge, sondern vielmehr die Blutung massgebend ist. Die Verletzungen der Pleura als solche unterliegen keiner Operation. Die Resultate beider Methoden sprechen beim Vergleich entschieden für die abwartende Methode. Wenn wir alle unsere 10 Todesfälle nach den Jahren betrachten, so fällt ihre grössere Anzahl in die ersten Jahre, wo die Wunden noch breit eröffnet wurden; die Hälfte aller Todesfälle fällt auf das Jahr 1905, auf das Jahr 1906 fallen 4 Fälle und 2 Fälle auf das Jahr 1909. Unsere operativen Resultate sind nicht so schlecht, trotzdem haben wir einige Fälle zu verzeichnen, in denen eine Operation nicht dringend geboten war.

Zur Klinik der Mitralstenose.

Von

Prof. Dr. A. M. L e w i n.

Das auscultatorische Kennzeichen der Mitralstenose besteht bekanntlich in einem diastolischen Geräusch, welches nicht nur in den einzelnen Fällen sehr verschieden ausfällt, sondern auch bei einem und demselben Kranken vielfach wechselt. Am häufigsten tritt das Geräusch nur ganz am Ende der Diastole, dicht vor der Systole auf und wird auch deshalb als präsystolisch bezeichnet. Die schon von F a u v e l in den vierziger Jahren gegebene und allgemein acceptierte Erklärung dieses Geräusches ist klar und einfach. Zur Entstehung eines Herzgeräusches gehört bekanntlich ausser einer bestimmten anatomischen Veränderung der Klappen noch ein gewisses Minimum der Energie des Blutstromes, welche, ihrerseits von der Masse des fliessenden Blutes und von der Schnelligkeit seiner Bewegung abhängt $\left(E = \frac{mv^2}{2}\right)$. Bei gleichbleibender Masse des durch das stenosierte Ostium fliessenden Blutes resp. bei gleichbleibendem Grade der Stenose ist die Energie des Blutstromes seiner Schnelligkeit proportional. Am Anfang der Diastole fliesst das Blut aus dem Vorhof in den Ventrikel durch die Saugwirkung des in der Diastole befindlichen Ventrikels und durch die eigene Schwere. Diese beiden Factoren sind aber meistens nicht stark genug, um dem Blutstrome dasjenige Minimum der Schnelligkeit zu erteilen, welches für die Entstehung des Geräusches notwendig ist; es entsteht daher in diesem Zeitabschnitt kein Geräusch. Am Ende der Diastole kommt zu diesen beiden Factoren noch ein dritter, die Contraction des Vorhofes, hinzu, die Schnelligkeit des Blutstromes wächst plötzlich an, und es entsteht ein Geräusch, welches also zeitlich mit der Contraction des Vorhofs zusammenfällt, präsystolisch ist[1]).

Die klinische Beobachtung zeigt aber, dass das Geräusch der Mitralstenose durchaus nicht immer präsystolisch ist, sondern in verschiedenen Modificationen auftritt:

[1]) Die abweichenden Ansichten von O r m e r o d, B a r c l a y, T u r n e r, D i c k i n s o n, M a c V a i l, B r o c k b a n k, T r i p i e r und D e v i c haben der Kritik nicht Stand gehalten.

1) Das Geräusch kann rein diastolisch sein, d. h. es beginnt gleich nach dem zweiten Tone und dauert während der ganzen Diastole mit merklichem Stärkerwerden gegen das Ende derselben (diastolisches Crescendo-Geräusch).

2) Das Geräusch kann nur am Anfang der Diastole hörbar sein (protodiastolisches Geräusch); daneben kann ausserdem ein präsystolisches Geräusch bestehen.

3) Das Geräusch kann nur in der Mitte der Diastole hörbar sein und von dem zweiten Ton, so wie von dem nächsten ersten durch eine kurze Pause geschieden sein (mesodiastolisches Geräusch). Auch dieses mesodiastolische Geräusch kann sich in ein präsystolisches verlängern.

Diese Modificationen des Stenose-Geräusches sind von L. Traube und seinen Schülern vorzüglich beschrieben worden und werden von allen Autoren mehr oder minder anerkannt; aber eine genügende Erklärung für das Zustandekommen dieser verschiedenen Geräusche, ausser dem präsystolischen, steht noch aus. Einige, wie Sahli, stellen den Charakter des Geräusches zum Grade der Stenose in Beziehung und glauben, dass das rein präsystolische Geräusch durch eine stärkere, das rein diastolische durch eine geringere Stenose bedingt sei. Worin aber dieser Zusammenhang besteht, bleibt völlig unklar, so dass z. B. Kotowschtschikow gerade das Gegenteil behauptet und die rein disatolischen Geräusche gerade mit den stärkeren Stenosen in Zusammenhang bringt. Auch Liebermeister glaubt, dass das Geräusch bei geringerer Stenose rein diastolisch ist, bei stärkerer rein präsystolisch, hält aber die Frequenz der Herztätigkeit und die Dauer der Diastole auch von Bedeutung für das Zustandekommen des rein diastolischen, resp. präsystolischen Geräusches. Aber auch hier bleibt der Zusammenhang nichts weniger als klar; denn warum soll das Geräusch bei länger dauernder Diastole rein diastolisch werden, d. h. früher beginnen?

Es ist hier nicht der Ort, eine langatmige kritische Analyse der diese Frage berührenden Literatur zu unternehmen Ich erlaube mir daher, nur ganz kurz eine Erklärung für einige diesbezügliche auscultatorische Erscheinungen anzudeuten, die mir sehr wahrscheinlich und mit den klinischen und physiologischen Tatsachen gut übereinstimmend dünkt.

In der ersten Hälfte der Diastole, vor dem Anfang der Vorhofscontraction fliesst das Blut aus dem Vorhof in den Ventrikel, wie gesagt, teils unter dem Einfluss der eigenen Schwere, hauptsächlich aber durch die aspirierende Wirkung des in Diastole befindlichen Ventrikels. Für gewöhnlich ist diese aspirierende Wirkung nicht stark genug, um ein Geräusch hervorzurufen. Es liegt also nahe, anzunehmen, dass in denjenigen, weniger häufigen Fällen, wo das Geräusch continuierlich die ganze Diastole ausfüllt, die Ursache dieser Erscheinung darin liegt, dass die aspirierende Kraft des Ventrikels von Anfang an stärker ist als gewöhnlich, und zwar stark genug, um ein Geräusch zustande zu bringen.

In der Tat geht aus meinen Beobachtungen hervor, dass das rein diastolische Geräusch hauptsächlich in denjenigen Fällen der Mitralstenose hörbar ist, in denen aus irgend einem Grunde (Nephritis, complicierende Aorteninsufficienz u. s. w.) der linke Ventrikel dilatiert, resp. hypertrophisch und dilatiert ist. Offenbar arbeitet der vergrösserte Ventrikel ceteris paribus mit grösserem Vacuum und saugt das Blut stärker an, stark genug, um ein Geräusch zu erzeugen.

Es bleibt aber dennoch eine Reihe von Fällen übrig, in denen auch ohne Dilatation des linken Ventrikels das Geräusch continuierlich diastolisch ist. Ganz besonders erklärungsbedürftig sind aber diejenigen Fälle, wo das Geräusch bald rein diastolisch, bald rein präsystolisch ist. Diese Schwankungen können meines Erachtens nur davon abhängen, dass die ansaugende Kraft des Ventrikels auch ihrerseits gewissen Schwankungen unterliegt. Es fragt sich nur, wodurch diese Schwankungen der Saugkraft des Ventrikels bedingt sein können. So weit sie nur von der Grösse der Ventrikelhöhle, d. h. von der Grösse des bei der Diastole entstehenden Vacuums, abhängt, ist diese Saugkraft offenbar constant. Wenn wir uns aber auf den Standpunkt der Activität der Diastole stellen, so wird uns die Möglichkeit von Schwankungen in der ansaugenden Kraft des Ventrikels im Stadium der Diastole sofort einleuchtend.

Die von Luciani und hauptsächlich von seinem Schüler Stefani begründete Lehre von der activen Diastole ist später von vielen anderen Forschern weiter ausgearbeitet worden (Heidenhain, Williams, Tigerstedt und Johannsson, François Frank u. a.). Die von den genannten Autoren, besonders von Stefani angestellten Versuche zeigten, dass der Vagus ein diastolischer Nerv ist in dem Sinne, dass er activ die Vergrösserung des Herzvolumens hervorruft[2]). Wir können uns also leicht vorstellen, dass unter dem schwankenden Einfluss der Vagusinnervation die Diastole auch bei dem einzelnen Kranken bald stärker, bald schwächer werden und dadurch der linke Ventrikel eine bald schwächere, bald stärkere Saugwirkung auf den Inhalt des linken Vorhofes ausüben kann. Jede Reizung des Vagus, wodurch sie auch bedingt sein möge, könnte demnach das Stenosegeräusch schon am Anfang der Diastole hörbar machen. Durch Verschmelzung dieses protodiastolischen Geräusches mii dem präsystolischen Geräusch der Vorhofscontraction entsteht dann das continuierliche rein diastolische Geräusch. Die Vorstellung von den ungleich kräftigen Diastolen muss uns ebenso geläufig werden, wie es die Vorstellung von ungleich kräftigen Systolen ist, welche den pulsus inaequalis verursachen. Die ungleich kräftigen Diastolen sind die Ursache davon, dass wir bei der Mitralstenose bald ein continuierliches diastolisches, bald nur ein präsystolisches Geräusch hören.

Die Saugkraft des linken Ventrikels nimmt mit der Füllung desselben im Verlauf der Diastole fortwährend ab. Ist aber der kleine Kreislauf resp. der linke Vorhof sehr stark überfüllt (Schwäche des rechten Ventrikels), so genügt schon die geringere Saugkraft, die bis zum Anfang der Vorhofscontraction anhält, um ein Geräusch zu erzeugen, und wir hören ein continuierlich-diastolisches Geräusch, welches präsystolisch lauter wird (Crescendo-Geräusch). Wenn aber der kleine Kreislauf weniger überfüllt ist und der Druck im linken Vorhof nicht allzugross, so kann die mit der Füllung des linken Ventrikels rasch abnehmende Saugkraft desselben in der Mitte der Diastole üngenügend werden, um ein Geräusch zu erzeugen; ein solches wird infolgedessen nur am Anfang der Diastole zu hören sein (protodiastolisches Geräusch). Daneben kann ein präsystolisches Geräusch bestehen oder auch fehlen, je nach der Kräftigkeit der Contraction des linken Vorhofs.

Dieser Zusammenhang des continuierlich diastoli-

[2]) E. Ebstein. Die Diastole des Herzens. Ergebnisse der Physiologie, III. Bd. 2-te Abt. S. 123.

schen Geräusches mit der Schwäche des rechten Ventrikels lässt die Beobachtung Broadbents verständlich erscheinen, welcher das continuierlich-diastolische Geräusch hauptsächlich in den ungünstig verlaufenden Fällen von Mitralstenose vorfand[3]).

Für das mesodiastolische Geräusch ist eine vollkommen befriedigende Deutung noch nicht gegeben; seine Entstehung bleibt immer noch in hohem Grade unklar.

Das erste Auftreten der Cholera in Russland.

Von

Dr. med. F. Dörbeck.

Im Gegensatz zur Pest datieren unsere Kenntnisse inbezug auf das Auftreten der Cholera in Europa erst aus der neusten Zeit — aus dem Anfang des XIX Jahrhunderts. Die erste sichere Pestepidemie in Europa war im Jahre 1348, die erst im Jahre 1352 auch Russland überzog[1]); die erste sicher festgestellte Choleraepidemie in Europa war im Jahre 1823, die in Russland, und zwar in Astrachan, ausbrach. In Westeuropa erschien die Cholera erst im Jahre 1830. Es ist indessen nicht ausgeschlossen, dass die Cholera vielleicht auch früher aus ihrer Heimat — Asien gelegentlich nach Europa eingeschleppt worden war. Möglich ist es, dass die seit dem XVI. Jahrhundert in Europa beobachtete, mit dem Namen „weisse Ruhr" bezeichnete Krankheit, sowie die von Th. Sydenham und Th. Willis in London in den Jahren 1669, 1672 und 1679 beobachtete Epidemie[2]) die echte indische Cholera war; vielleicht kam die Krankheit auch noch vor dem XVI Jahrhundert und später in Europa vor, aber beweisen lässt sich das gegenwärtig nicht, und ein weiteres Eingehen auf diese Frage gehört auch nicht in den Rahmen dieser Skizze. Hier ist nur von dem ersten Auftreten der Cholera in Russland die Rede, worüber die ersten Nachrichten aus dem Jahre 1823 stammen.

Im Jahre 1816 begann eine epidemische Ausbreitung der Cholera in Indien[3]), und zwar ging sie von Behar aus und erreichte bald das Gebiet am unteren Lauf des Ganges. Doch erst ihr Auftreten in Calcutta im August 1817 machte die englischen Behörden auf die Epidemie aufmerksam. In kurzer Zeit überzog die Seuche ganz Bengalen. Nachdem sie im Winter erloschen, brach sie im März 1818 an den früher ergriffenen Stellen von neuem aus, verbreitete sich über ganz Hindostan und ergriff auch Ceylon. Die Epidemie hielt sich auch 1819 in Indien, breitete sich dann über Birma, Siam, die Halbinsel Malakka aus, erschien dann auf Java, Borneo und den anderen Sunda-Inseln und wurde auf die Inseln Mauritius und Réunion und an die Ostküste von Afrika verschleppt. Die Molukken und Philippinen wurden 1820 ergriffen, und in demselben Jahr kam die Cholera zum ersten Mal nach China und Japan. Aber auch nach Westen breitete sich die Seuche von Indien aus. Von Bombay gelangte sie 1821 nach Maskat an der Ostküste Arabiens, sie breitete sich dann längs der Küste bis Mesopotamien aus und griff dann auf die persische Küste über (Bender-Abas, Buschir). Von hier aus fand ihre weitere Verbreitung in Persien statt, wo sie auch im folgenden Jahre (1822) blieb, während sie gleichzeitig in Kurdistan und Syrien herrschte. Im August 1822 brach die Cholera in Tabris aus, ergriff dann die Provinzen Ghilan und Masanderan, und indem sie in Persien auch im folgenden Jahre wütete, drang sie in Armenien und Transkaukasien ein und betrat nun russisches Territorium[4]).

Im Mai 1823 brach die Cholera in dem kurz vorher von den Russen besetzten Gebiet aus. Zuerst erschien sie in einem Dorf des Kratschewschen Kreises des Talyschinschen Chanats, wo 10 Personen der Krankheit erlagen; dann trat sie in der Festung Lenkoran, am Kaspischen Meer auf, wo 4 Personen erkrankten und starben[5]). Am 1. Juli erschien die Cholera in dem Dorfe Kurgalan, 5 Werst von Lenkoran, und am 4. Juli war sie auf den der Mündung der Kurá gegenüberliegenden Saljan-Inseln und im Bezirk Saljan ausgebrochen. Der dorthin commandierte Arzt traf folgende Anordnungen: 1. Niemand durfte den Saljan-Bezirk mit Effecten verlassen; 2. Einwohner der Ortschaften, die in Tälern, Niederungen und an Flussläufen gelegen oder dicht bevölkert waren, sollten von hier in „höher gelegene und kühlere, nach Norden offene Orte" übersiedeln. 3. Zur Unterbringung der Kranken sollten geräumige Schuppen hergerichtet werden. Der Comandant war im allgemeinen mit den Anordnungen des Arztes einverstanden, liess aber die Uebersiedelung der Einwohner wegen der Ernte und anderer ökonomischer Gründe nicht zu[6]).

Aus dem Saljan-Bezirk breitete sich die Cholera weiter stromaufwärts längs dem Lauf der Kurá aus, indem sie in verschiedenen Kreisen der Provinz Schirwan grosse Verheerungen anrichtete. Ende August erschien die Seuche in Baku, wo sie so wütete, dass viele Einwohner mit Entsetzen ins Gebirge flohen. Die Epidemie dauerte hier bis zum 26. October[7]).

Anfang September brach die Cholera in Astrachan aus[8]). Der Tag des Ausbruchs der Epidemie lässt sich nicht feststellen. Nach den Nachforschungen von Dr. Seidlitz, der aus Petersburg nach Astrachan zur Bekämpfung der Epidemie commandiert war, ereigneten sich die beiden ersten Erkrankungen am 9. September[9]). Sie wurden aber nicht

[3]) Broadbent. Herzkrankheiten. Deutsch von Kornfeld. 1902. p. 165.

[1]) F. Dörbeck. Geschichte der Pestepidemien in Russland von der Gründung des Reiches bis auf die Gegenwart. Breslau. 1906. Kerns Verlag (M. Müller).

[2]) H. Haeser. Geschichte der epidemischen Krankheiten. 2. Aufl. Jena, 1865. F. Mauke.

[3]) In der alt-indischen Literatur finden sich Hinweise auf eine Krankheit, die man vielleicht als Cholera deuten könnte. Die Schilderungen persischer und arabischer Schriftsteller über choleraähnliche Epidemien in Asien im XIV Jahrhundert sind unsicher. Die ersten Europäer, die über die Cholera in Indien schrieben, waren Gaspar Correa 1503 uud 1543 und Garcia da Orto 1563. Die Epidemie auf Java 1629 beschrieb der holländische Arzt Bontius. Aus dem XVIII Jahrhundert sind Berichte englischer Aerzte über Cholera-epidemien in Indien vorhanden. — S. V. Fossel: Cholera asiatica in dem Handbuch der Gesch. der Med. von Th. Puschmann, J. Pagel und M. Neuburger. Jena 1903. G. Fischer. Bd. II.

[4]) A. Hirsch. Hdb. der historisch-geographischen Pathologie. 2 Aufl. Stuttgart. 1881—1886. F. Enke.

[5]) Acten im Archiv des Ministeriums des Inneren. № 331. Acten des General-Stabsdoctors (№ 2290).

[6]) Akty kawkasskoi archeografitscheskoi Kommissii (Acten der Kaukasischen Archäographischen Commission) Bd. VI. T. 1. S. 275 u. ff.

[7]) Seidlitz. Bericht über die orientalische Brechruhr, welche in Astrachan vom 9. Sept. bis zum 7. Oct. des Jahres 1823 herrschte. Vermischte Abhandlungen aus d. Gebiet der Heilkunde von einer Gesellschaft prakt. Aerzte zu St. Petersburg. Dritte Sammlung. St. Petersburg 1825.

[8]) Acten des Ministeriums d. Inneren. 1823. (Archiv, № 2290).

[9]) Seidlitz, l. c.

richtig erkannt, sondern für eine Vergiftung gehalten. Am 10. September erkrankten 3 Matrosen in den Kasernen der Flottenequipage, und dem Medicinalinspector Dr. Uschein erschien die Erkrankung sehr verdächtig, da sie an das von James geschilderte Bild der Cholera indica erinnerte. In der von Dr. U. einberufenen Versammlung der Stadt- und Marineärzte wurde die Meinung ausgesprochen, dass die Krankheit der Matrosen nichts anderes sein könne als die Cholera. Als daher am 13. September wieder 3 Matrosen ins Marine-Hospital mit denselben Krankheitserscheinungen eintraten, wie die ersten, wurden sie in einer besonderen Abteilung des Hospitals untergebracht. Gleichzeitig wurde angeordnet: die Sachen der Verstorbenen in Salzwasser zu waschen, zu lüften und nach der Methode von Guyton-Morveau zu räuchern, das von den Kranken benutzte Geschirr sorgfältig zu reinigen, die Wohn- und Hospitalräume zu lüften und darauf zu achten, dass die Wohnungen nicht überfüllt würden. Ferner wurde der Genuss von frischer und leicht verdaulicher Nahrung empfohlen und der Genuss von Obst verboten. Den Hospitaldienern wurde befohlen, die Hände mit Essig zu waschen.

Inzwischen fing die Cholera an, sich in der Stadt auszubreiten, und zwar besonders in den niedrig gelegenen Stadtteilen, an den Ufern der Wolga, des Kutum und des Warwaziewschen Canals, während die Bewohner höher gelegener Stadtteile laut Angaben des Astrachanschen Medicinalamts nur dann erkrankten, „wenn sie sich in Geschäften längere Zeit in den niedrigen Gegenden an der Wolga und am Kutum aufhielten[10]". Aus Astrachan griff die Cholera bald auch auf die benachbarte Ansiedelung Zarew über. Viele Fremde flüchteten aus Astrachan in ihre Heimat, indem sie in ihrer Angst wähnten, es könnte die Pest, die 1807 Astrachan heimgesucht, wiederkehren.

Die Aerzte versammelten sich am 17. September von neuem, wobei beschlossen wurde: 1) den Einwohnern mitzuteilen, dass die Krankheit zwar eine epidemische, aber keine ansteckende sei, 2) dass sie leicht heilbar sei, wenn rechtzeitig ärztliche Hilfe zur Stelle wäre, dass sie aber leicht zum Tode führen könne, wenn sie vernachlässigt würde; 3) sollten zur Unterstützung der Polizei in jedem Stadtteil eine Anzahl von Sanitätscuratoren ernannt werden, die die Verpflichtung hätten, täglich den ihnen zugewiesenen Rayon zu inspicieren und sofort jede Erkrankung zu melden; 4) sollten in jedem Stadtteil Hospitäler für Cholerakranke eingerichtet werden. Ausserdem wurden die gewöhnlichen prophylactischen Massregeln anempfohlen: Reinlichkeit, mässige Lebensweise u. s. w. Ferner arbeiteten die Aerzte einige Regeln aus, wie man mit Cholerakranken bis zur Ankunft des Arztes zu verfahren habe; es wurden empfohlen: Bäder, Abreibungen, Wärmeapplication, Kataplasmen, Senfteige, heisse Getränke, Klysmen, und sofortige Beseitigung der Dejectionen.

Die Epidemie erreichte ihren Höhepunkt in Astrachan nach Archangelskij[10]) am 24., nach Seidlitz am 26. September. Die höchste Mortalitätsziffer betrug 22 im Laufe eines Tages, dann fing die Seuche an, abzunehmen, und vom 7. October an gab es keine neuen Erkrankungen mehr (Seidlitz). Doch hielt die Furcht vor der Cholera unter den Einwohnern noch lange an, die sich wegen einer jeden geringfügigen Erkrankung an die Aerzte wandten und ausserdem zu allerlei Hausmitteln und Amuletten ihre Zuflucht nahmen. Im Laufe der Epidemie erkrankten in Astrachan nach Seidlitz im ganzen an 400 Personen, von denen ungefähr 200 starben. Davon waren im Marinehospital 49 Kranke, im Militärhospital 26 und in dem Hospital der „Behörde der öffentlichen Fürsorge" 15—20 Kranke. Nach Archangelskij erkrankten:

Personen verschiedener Stände	292,	starben	154,
Matrosen	49	„	22
Soldaten	30	„	16
im Ganzen	371		129

Nach diesen Angaben betrug die Mortalität unter den Cholerakranken 51,75%. Da die Bevölkerung Astrachans um jene Zeit aus 30000 Einwohnern bestand, so ist die Morbidität (an Cholera) = 12,366‰ und die Mortalität = 6,4‰ zu setzen. Diese Zahlen müssen als sehr niedrig bezeichnet werden, zumal wenn man den antisanitären Zustand in Betracht zieht, in dem sich die Stadt Astrachan damals laut Angabe von Seidlitz befand. Es gab keine einzige gepflasterte Strasse in der Stadt, die Strassen waren bedeckt mit Schutt und Schmutz und strömten einen schrecklichen Gestank aus, da hierher alle Abwässer aus den Höfen, Lohgerbereien und Seifensiedereien abflossen, die sich mitten in der Stadt befanden. Die Kirchhöfe befanden sich zwar schon seit 30 Jahren ausserhalb der Stadt, aber von früher her waren flache Gräber inmitten der Strassen geblieben, und es kam nicht selten vor, dass aus dem lockeren Erdboden Menschenknochen hervorragten. Der grösste Schlachthof befand sich in dem nordwestlichen Teil der Stadt am Ufer des fast vollständig versiegten Flüsschens Lukowka, in welches tote Katzen und Hunde und allerlei Abfälle geworfen wurden, deren Vernichtung den Krähen und Dohlen überlassen blieb. Gefallene Tiere wurden einfach zur Stadt hinausgeführt und dort in der Steppe hingeworfen. Wenn nach der jährlichen Ueberschwemmung das Wasser der Wolga allmählich wieder zurücktrat, so bildeten sich an vielen Stellen der Stadt Tümpel und grosse Pfützen, in denen die Ueberreste von toten Fischen, Fröschen und anderen Tieren allmählich verwesten, die Luft verpestend. Es ist selbstverständlich, dass das Trinkwasser aus der Wolga nichts weniger als rein war, aber das Wasser in den kleinen Nebenflüssen und Armen war noch viel schlechter, da es durch allerlei Abfälle und verwesende Tierleichen verunreinigt war, zumal, da nach dem Abfallen des Wasser in der Wolga in diesen Flüsschen beinahe keine Strömung vorhanden war. Nimmt man noch die ungünstigen klimatischen Bedingungen Astrachans hinzu, so kann man sich schwer schlimmere sanitäre Zustände vorstellen als wie sie damals in Astrachan bestanden. Zu allem Gesagten fügt Seidlitz noch hinzu, dass unter der Bevölkerung die Trunksucht sehr verbreitet war. Unter solchen Umständen kann man sich nur wundern, dass die Choleraepidemie keine grösseren Dimensionen annahm.

Aus Astrachan wurde die Cholera durch Kranke am 20. September nach Krasnyi Jar verschleppt, wo sie, ebenso wie in anderen Orten des Gouvernements bis zu den ersten Tagen des October anhielt. In Krasnyi Jar, einer kleinen Kreisstadt, die damals 2000 Einwohner zählte, erkrankten an der Cholera im Ganzen 21 Personen und starben 13 =

[10]) G. Archangelskij. Die Choleraepidemien im Europäischen Russland von 1823 bis 1872. Inaug.-Diss. St. Petersburg. 1874 (russisch).

62% Mortalität[11]). Ausserdem brach die Cholera in mehreren Ansiedelungen an den östlichen Nebenflüssen der Wolga aus[12]). Trotzdem dass die Einwohner Astrachans aus Furcht vor der Seuche aus der Stadt die Wolga aufwärts flohen, breitete sich die Cholera doch nicht dahin weiter aus[13]).

Infolge des Ausbruchs der Cholera im Kaukasus wurden dorthin im September 1823 mehrere junge Aerzte commandiert, die soeben den Cursus der Medico-chirurgischen Akademie beendet hatten. In Baku und Lenkoran wurden temporäre Quarantäneanstalten eingerichtet. Nach Astrachan wurden 2 Professoren der Medico-chirurgischen Akademie, S. Chotowizkij und O. Kalinskij und 5 Aerzte zur Behämpfung der Cholera commandiert. Unter diesen Aerzten befand sich auch Dr. Seidlitz.

An den Grenzen des Gouvernements Astrachan einerseits und des Gouvernements Ssaratow und des Gebiets der Don-Kosaken andererseits wurden Quarantänesperren eingerichtet. In Astrachan wurde es den Bürgern zur Pflicht gemacht, über jede Erkrankung den Aerzten und der Polizei zu berichten. Eine vom Medicinalrat in St. Petersburg ausgearbeitete Instruction betr. die Behandlung der Cholera wurde an die Aerzte im Kaukasus, in den Gouvernements Astrachan und Ssaratow sowie im Don-Gebiet versandt. Dem Gouverneur von Ssaratow und dem Hetman des Don-Kosaken-Heeres wurde vorgeschrieben, alle Vorsichtsmassregeln zu treffen: Quarantänesperren einzurichten und an den Sperren Menschen und Waaren nicht anders als nach erfolgter „Reinigung" durchzulassen. Die commandierten Aerzte hatten Auftrag, zu erforschen, ob die Cholera zu den ansteckenden Krankheiten gehöre, ob sie contagiös sei und ob Quarantänemassregeln ihre Weiterverbreitung verhüten können. Sollte sich die Cholera als eine „epidemische Krankheit erweisen, die durch die Atmosphäre vermittelt wird", so galten Quarantänemassregeln für überflüssig[14]).

Die Professoren und Aerzte verliessen Petersburg am 15. October und kamen am 4. November in Astrachan an, — als die Cholera schon längst erloschen war[15]). Sie wandten sich an die Gouvernements-Medicinalbehörde, um Erkundigungen über die verflossene Epidemie einzuholen, und erhielten die Antwort, dass die Krankheit unter denselben Symptomen verlief, wie sie bei der epidemischen Cholera in Indien geschildert werden, dass in Astrachan früher nie eine derartige Krankheit beobachtet worden war, dass ihre Einschleppung aus dem Auslande nicht bewiesen werden kann und dass die Medicinalbehörde daher meint, die Krankheit wäre durch „ungewöhnliche Veränderungen der Witterung entstanden", überzeugende Beispiele der Verbreitung der Cholera durch den Verkehr mit Kranken wären nicht beobachtet worden; die ersten Erkrankungen hatten unter dem niederen Dienstpersonal des Hafens in Astrachan stattgefunden[16]).

Auf Grund der uns zu Gebote stehenden spärlichen Daten ist es schwer, zu entscheiden, von wo und wie die Cholera nach Astrachan eingeschleppt worden war. Da sie zuerst im Hafen auftrat, so liegt die Annahme nahe, dass sie auf dem Seewege aus Persien oder aus dem Kaukasus eingebracht worden war. Seidlitz berichtet, dass das Fischerschiff St. Andreas, das im Herbst 1823 aus Saliany absegelte, dort einen Teil der Fischereigeräte zurückliess und im Winter nach Baku ging, um dort Salz zu laden. Unterwegs erkrankte ein Fischer an Durchfall und starb 8 Tage nach der Ankunft in Saliany. Darauf begab sich das Schiff auf den Fischfang und kam mit einer Ladung von Fischen und Caviar zurück. Unter den 158 Arbeitern, die hierbei beschäftigt waren, befand sich ein Turkmene, der schon längere Zeit krank war. Beim Passieren der Halbinsel Apscheron erkrankten plötzlich 2 vorher ganz gesunde Turkmenen an Durchfall und Erbrechen. Ihre Leichen wurden ins Meer versenkt. In Apscheron verblieb die Besatzung 5 Tage, und hier starb der kranke Turkmene; ausserdem starben hier ein Lotsee und ein Postbote, der auf dem Schiff gewesen, an Durchfällen und Erbrechen. Alle 3 wurden auf der Heiligen Insel bestattet. Nach 21 Tagen (am 18. August) kam das Schiff in die Quarantäne von Sedlistow mit 154 Arbeitern und 14 Matrosen, die vollkommen gesund waren. Von diesen wurden 140 unter Bedeckung von Kosaken in die Quarantäne von Bertuil geschickt, wo alle bis zu ihrer Entlassung am 12. September vollkommen gesund blieben. Nach Astrachan kamen von ihnen 139 Mann, denn ein Arbeiter war inzwischen an einer zufälligen Krankheit erkrankt. Die übrigen 14 Arbeiter und 14 Matrosen verblieben in der Quarantäne von Sedlistowo bis zum 14. September. Darauf begab sich ein Teil von ihnen nach Astrachan, ein anderer nach Persien und ein dritter endlich (Kalmücken) in die Steppe. Alle blieben gesund. Darum hält es Seidlitz für unwahrscheinlich, dass die Cholera mit dem Schiff St. Andreas nach Astrachan eingeschleppt worden sei. Abgesehen davon, dass die Cholera in Astrachan wahrscheinlich am 9. oder 10. September ausbrach, ist es gar nicht bewiesen, dass die auf dem Schiff Gestorbenen an der Cholera gelitten hätten. Ausserdem ist zu bemerken, dass weder während der weiteren Fahrt des Schiffes noch in den Quarantänen Erkrankungen stattfanden.

Haeser[17]) sagt, dass von 1824 bis 1830 die Cholera mit Ausnahme von Bengalen und dem indischen Archipel „auf keinem Punkt des südlichen Asiens in epidemischer Verbreitung" zu finden war, dass sie aber ihren Zug von dem nördlichen China durch die Tartarei fortgesetzt zu haben scheint und 1827 an der mongolisch-sibirischen Grenze in der Nähe von Kiachta herrschte. Hirsch[18]) behauptet, dass seit dem Jahre 1824 die Cholera im Laufe von

[11]) Archangelskij, op. cit. p. 97 und N. Schtschepotjew. Die Pest- und Choleraepidemien im Gouvernement Astrachan. (russisch) Kasan. 1884, p. 87. Schtschepotjew benutzte zu seiner Arbeit die Acten des Archivs der Gouvernementverwaltung in Astrachan. Nach Seidlitz starben in Krasnyi Jar an der Cholera 25 Personen.

[12]) Acten der Kaukasischen Archäographischen Commission. Bd. VI, T. 1, S. 275, № 352 u. 353.

[13]) Die Gesamtzahl der an der Cholera Erkrankten und Gestorbenen im ganzen Gouvernement Astrachan ist unbekannt. Die von Archangelskij (loc. cit.), Schtschepotjew (loc. cit.) und nach ihnen von Grebenschtschikow (Cholernyja epidemii w Rossii. Westnik sudebnoi mediciny etc. 1898) angegebenen Zahlen von 392 Erkrankten und 205 Toten sind nichts anderes als die Summe der Erkrankungen und Todesfälle in den Städten Astrachan und Krasnyi Jar, während die Cholerafälle in Zarew und anderen Ortschaften hierbei gar nicht berücksichtigt sind. Auch in den officiellen Acten finden sich keine Angaben hierüber.

[14]) Polnoje sobranie sakonow (Vollständige Gesetzsammlung) I, XXXVIII, № 29623 und N. Waradinow. Istorija Ministerstwa Wnutrennich Djell. II, 2. p. 292. (Geschichte des Ministeriums des Inneren).

[15]) Dieses Schicksal hatten ähnliche Commandierungen nicht selten. Auch zur berühmten Pestepidemie in Wetljanka 1878 trafen die Abgesandten ein, als die Epidemie schon erloschen war.

[16]) S. Chotowizkij. Die Cholera (russ.) St. Petersburg 1832.

[17]) Op. cit. p. 726—727.

[18]) Op. cit. p. 280.

4 Jahren auf ihre engere Heimat beschränkt blieb. Ebenso Fossel[19]). Das ist jedoch nicht ganz richtig. Die Cholera herrschte 1824 epidemisch in den kaukasischen Provinzen Baku, Kubanj, Derbent und Schirwan, wenn auch nicht in allgemeiner Verbreitung[20]). Leider wissen wir nur nicht, von wo die Epidemie ihren Ausgang nahm und wie sie verlief. Aus den vorhandenen Angaben erfahren wir nur folgendes. Am 29 Juli 1824 befahl der Statthalter des Kaukasus-Gebietes, temporäre Quarantänen in Baku und Lenkoran zu errichten, „zur Reinigung von Schiffen und Waren," die aus solchen Gegenden kamen, wo die Cholera herrschte, und dem Gouverneur von Astrachan[21]) schrieb er vor, strenge Vorsichtsmassregeln gegenüber der Cholera einzuhalten. Längs der ganzen Landgrenze war die Passage frei, weil es unmöglich war, längs ihrer ganzen Ausdehnung Truppen aufzustellen, und weil, selbst wenn das möglich gewesen wäre, hierdurch der geheime Uebergang über die Grenze im Gebirge nicht hätte vermieden werden können[22]). Aus der Staatsapotheke in Tiflis wurden den Aerzten, die in die von der Cholera ergriffenen Ortschaften commandiert waren, um Massregeln gegen die Epidemie zu ergreifen, bis zum Ende des November 1824 verschiedene Medicamente für 1508 Rbl. verabfolgt[23]).

---

19) Op. cit. p. 805.

20) Akty Kawkasskoi archeografitscheskoi Kommissii. (Akten der Kaukasischen archäographischen Commission). Bd. VI. T. I. S. 227. -- I. Polnoe Sobranie Sakonow. (Vollständige Gesetzsammlung). Bd. XL, № 30355 -- Waradinow. Op. cit. Bd. II, Buch 2, S. 417.

21) Das Gouvernement Astrachan gehörte damals in administrativer Beziehung zum Kaukasus-Gebiet.

22) Kaukasische Acten, loc. cit.

23) Gesetzsammlung, l. c.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
unter der Mitwirkung von

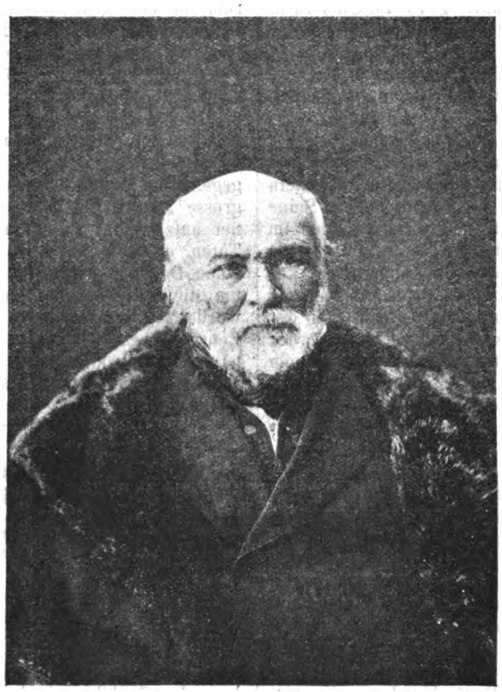
№ 46 St. Petersburg, den 13. (26.) November 1910. XXXV. JAHRGANG.

Nikolai Pirogow.

Ein Gedenkblatt zu seinem 100. Geburtstag.

Von
F. Dörbeck.

Am 13. (26.) November vollenden sich 100 Jahre seit dem Tage, da Russlands grösster Arzt Nikolai Iwanowitsch Pirogow geboren wurde. Aber nicht nur als grössten Arzt feiert ihn an diesem Tage die russische Gesellschaft sondern auch als einen der bedeutendsten Denker, Schriftsteller, Pädagogen und als einen wahren Menschenfreund.



Am 13. November (a. St.) des Jahres 1810 in Moskau als Sohn eines Beamten geboren, genoss Pirogow den ersten Unterricht zu Hause, kam dann in eine Privatschule und bezog schon mit 15 Jahren (1825) die Moskauer Universität, um Medicin zu studieren, und 1829 hatte er bereits das Studium absolviert, allerdings, wie er selbst in seiner Autobiographie erzählt, mit sehr mangelhaften Kenntnissen ausgerüstet. Seine hervorragende Begabung war aber schon zu Tage getreten, und er wurde in die Zahl der jungen Aerzte aufgenommen, die in das sogen. Professoreninstitut an der Universität Dorpat zur weiteren Ausbildung geschickt wurden. Hier begann er das Studium der Medicin von neuem, und zwar fesselten ihn besonders die Anatomie und Chirurgie, die er unter Prof. Moyers Leitung studierte. Im Jahre 1832 wurde er hier zum Dr. med. promoviert auf Grund seiner Dissertation: „Num vinctura aortae abdominalis in aneurysmate inguinali adhibita facile ac tutum sit remedium?" Hierauf ging er zur weiteren Ausbildung nach Berlin und Göttingen, wo er bei den hervorragendsten damaligen Chirurgen arbeitete. Diese Zeit in Dorpat und Deutschland hat dem ganzen Wesen Pirogows, seinem Wirken und Lehren einen besonderen Stempel aufgedrückt, der Einfluss der deutschen Cultur war von einschneidender Bedeutung für seine Zukunft, und er hat ihn stets dankbar anerkannt.

Nach der Rückkehr aus Deutschland hoffte er, eine Professur in Moskau zu erhalten. Doch ging diese Hoffnung nicht in Erfüllung, Pirogows Studiengenosse Inosemzew wurde zum Professor ernannt. Dafür hatte Pirogow die Genugtuung, dass er als erster und einziger Russe nach Dorpat als Nachfolger Moyers

auf den Lehrstuhl der Chirurgie berufen wurde, und zwar zunächst als Extraordinarius, aber schon im nächsten Jahr erwählte die Facultät den 26-jährigen Gelehrten zum Ordinarius. Pirogow verblieb in Dorpat bis 1840. Aus dieser Zeit stammen seine bedeutenden Arbeiten über Arterien und Fascien, die ihm einen Namen in Europa machten.

Im Jahre 1840 wurde P. nach St. Petersburg an die medico-chirurgische Akademie berufen als Professor der Hospitalchirurgie und Leiter der chirurgischen Abteilung des zur Akademie gehörigen Militärhospitals. Hier entwickelte er eine grosse organisatorische Tätigkeit und zeigte sich als hervorragender Administrator. Das Hospital war ein Augiasstall, und Pirogow hatte eine Herculesarbeit zu leisten, um hier Ordnung und Reinlichkeit zu schaffen, dabei fortwährend mit Widerwärtigkeiten zu kämpfen und gegen Unverstand, Indolenz und Unredlichkeit zu streiten. Das war übrigens sein Loos sein ganzes Leben lang, solange er leitende Stellungen einnahm, und da er überall in dieser Beziehung so ziemlich allein stand, so konnten für die Dauer seine Kräfte hierzu nicht ausreichen. — Der mangelhafte Unterricht in der Anatomie an der Akademie bedurfte einer radicalen Reform und dies bewog Pirogow, bei der Regierung die Schaffung eines speciellen anatomischen Instituts anzuregen, wobei er von K. E. v. Baer unterstützt wurde. Pirogow wurde zum Director des neugeschaffenen Instituts ernannt und als Prosector stellte er den später berühmt gewordenen W. Gruber (aus Wien) an. Gleichzeitig behielt P. die Leitung der chirurgischen Klinik und die Professur und entfaltete eine wissenschaftliche Tätigkeit, die von einer ganz hervorragenden Arbeitskraft zeugt. Seine Tätigkeit an der Akademie dauerte fast 16 Jahre. Sie wurde 1847 durch eine Commandierung nach dem Kaukasus unterbrochen, wo Pirogow die Anwendung der Aethernarkose bei den Operationen einführte und vieles für die Verpflegung der Verwundeten tat. Als im Jahre 1848 die Cholera in St. Petersburg ausbrach, richtete P. eine Abteilung für Cholerakranke ein und machte gegen 800 Obductionen, um die pathologische Anatomie der Cholera zu erforschen. Als der Krimkrieg ausbrach, ging P. nach Sewastopol, wo ihm die Leitung des gesamten Medicinalwesens anvertraut wurde. Er ging mit der ihm eigenen Energie gegen die herrschenden Misbräuche der Militär- und Medicinalverwaltung vor, konnte aber natürlich allein gegen die allgemeine Corruption nicht aufkommen. Seine Redlichkeit und Offenheit hatte ihm viele Feinde im Kriegsministerium verschafft und auch seine Stellung als Professor an der zu diesem Ministerium gehörenden Akademie war erschüttert. Er gab die Professur auf, zog sich auf sein Erbgut zurück und widmete sich hier der schriftstellerischen Tätigkeit, als deren Frucht 1857 der erste Teil der später erweiterten Abhandlung „Fragen des Lebens" erschien.

Die hierin entwickelten pädagogischen Gedanken erregten die Aufmerksamkeit des Ministers der Volksaufklärung Norow, der Pirogow zum Curator des Odessaschen — und ein Jahr später — des Kiewschen Lehrbezirks ernannte (1857). Aber diese in bureaukratischen Rahmen gezwängte Tätigkeit war nichts für Pirogow, sein Vorgehen gegen die Beamtenroutine und seine Geradheit erregten vielfach Misfallen, und Pirogow sah sich veranlasst, diesen Posten bald aufzugeben, um sich wieder auf sein Gut zurückzuziehen. Der Adel des Kreises, zu dem sein Gut gehörte, zeichnete ihn durch sein Vertrauen aus, indem er ihn zum Friedensrichter erwählte. 1862 wurde er vom Unterrichtsminister wieder berufen, um die auf Staatskosten nach Deutschland zwecks wissenschaftlicher Ausbildung geschickten jungen Russen bei ihren Studien zu beaufsichtigen. Indem P. in dieser Stellung bis zum Jahre 1866 verblieb, hatte er reichlich Gelegenheit, das Unterrichtswesen in Deutschland kennen zu lernen, und nach seiner Rückkehr nach Russland verfasste er einen officiellen Bericht, in welchem er auf die wünschenswerten Reformen der russischen Universitäten hinwies. Dann ging er wieder auf sein Gut, wo er ein kleines Hospital einrichtete und sich viel mit ärztlicher Praxis beschäftigte. Der deutsch-französische Krieg rief ihn wieder aus der ländlichen Zurückgezogenheit heraus, und im Auftrage der russischen Regierung studierte er den Feldsanitätsdienst und die Einrichtung der Kriegslazarette in Deutschland und Frankreich. Ebenso ging er 1877 im Auftrage der Hauptverwaltung der russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes auf den russisch-türkischen Kriegsschauplatz, wo er nach Möglichkeit für die Verpflegung der Verwundeten sorgte. Nach dem Kriege zog er sich endgiltig auf sein Landgut zurück, wieder mit Eifer der ärztlichen Tätigkeit sich hingebend. 1881 trat er aus seiner Zurückgezogenheit hervor als sein 50-jähriges Jubiläum in Moskau mit grosser Feierlichkeit begangen wurde. Bald darauf erlag er einem Krebs der Mundhöhle.

In einer kurzen Skizze Pirogows Grösse und seine Bedeutung für die russische Wissenschaft zu schildern ist unmöglich. Es soll hier nur aus Anlass der 100. Wiederkehr seines Geburtstags daran erinnert werden, welche Verdienste sich Pirogow um die medicinische Wissenschaft und um das Bildungswesen im Allgemeinen in Russland erworben. Seine Leistungen auf dem Gebiete der Chirurgie sind allbekannt und haben noch zu seinen Lebzeiten überall in Europa die gebührende Anerkennung gefunden. Seine Bedeutung für Russland besteht darin, dass er der einzige grosse russische Arzt ist, ausgezeichnet durch geniale Schöpfungskraft und philosophische Denkungsweise. Neben der meisterhaften Beherrschung seines Specialfachs—der Chirurgie—sowie der normalen und pathologischen Anatomie bewundern wir an ihm seine vielseitige Begabung, die sich unter anderem in der gründlichen Beherrschung der Sprachen äusserte, sein organisatorisches Talent, seine administrativen Fähigkeiten und seine hervorragenden pädagogischen Eigenschaften. Höher als Alles das stehen aber seine grossen Charaktereigenschaften: seine Wahrheit und Redlichkeit in allen Dingen, seine Strenge gegenüber den eigenen Fehlern und seine Milde gegenüber den Fehlern der Jugend, sein rücksichtsloses Vorgehen gegen alles Falsche, Gemeine und Unwahre und seine grosse Menschenliebe. Russland hat wenig grosse Männer aufzuweisen und gerade jetzt, wo es einen grossen Toten in dem eben verschiedenen L. Tolstoi beweint, einen Denker, der auch in seinem Streben und Ringen um die Wahrheit vielfach verkannt und angefeindet wurde, ist es angebracht, in dankbarer Erinnerung der Lehren Pirogows zu gedenken, die reiche Frucht hätten tragen können, wenn die, denen sie gepredigt wurden, sie verstanden hätten und ihnen gefolgt wären.

Ueber die Anwendung des Ehrlich-Hataschen Präparats „606" bei Syphilis.

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 21. September 1910.

Von

Dr. med. W. Schiele.

M. H.! Die Berichte über die Resultate der Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlichschen Mittel „606" haben in der ganzen Welt ein ungeheures Aufsehen erregt. Es werden nicht nur in der Tagespresse, sondern auch in der medicinischen Fachpresse wahre

Wundercuren beschrieben, und die Veröffentlichungen dieser Art mehren sich von Tag zu Tag. Gerade der Ueberschwang der Begeisterung wird aber manchen Skeptiker stutzig machen und ihn fürchten lassen, dass nicht nur das grosse Publicum, sondern auch die Aerzte sich wiederum unter dem Einfluss einer Massensuggestion befinden, wie wir dieses einmal bereits bei einem ähnlichen Anlass erlebt haben, und dass am Ende auch in diesem Falle der Begeisterung eine bittere Enttäuschung folgen werde. Versuchen wir daher „kalt Blut" zu bewahren, treten wir vorsichtig abwägend und kritisch sichtend an die Frage heran: was lässt sich auf Grund des bisher veröffentlichten casuistischen Materials über die Wirksamkeit des „606" gegen die Syphilis sagen? und was können wir von dem neuen Mittel bei der Bekämpfung der Lues in Zukunft erwarten? Zum Schluss werde ich mir erlauben, über das von mir selbst Gesehene und meine allerdings noch geringen eigenen Erfahrungen mit dem Mittel zu berichten.

Das „606" ist ein Dioxydiamidoarsenobenzol und hat die chemische Formel $C_{12}H_{12}O_2N_2As_2$. Die Bezeichnung 606 stammt daher, dass das Mittel bereits das 606-te seiner Art oder die 606-te Modification ähnlicher Art ist, von denen die 605 Vorläufer des Mittels den Erfinder nicht befriedigten, teils wegen zu geringer Wirksamkeit gegen die Krankheitserreger, teils wegen zu giftiger Nebenerscheinung im tierischen resp. menschlichen Organismus. Der geistige Vater des „606" ist Professor Paul Ehrlich, während das Verdienst der chemischen Darstellung dem langjährigen Mitarbeiter Ehrlichs, Dr. Bertheim gebührt, und das seiner Erprobung und der Experimente an Tieren auch mit all' den Vorgängern des 606—dem japanischen Arzt Hata. Dr. Hata gelang der Nachweis der relativen Unschädlichkeit des 606 auf Mäuse und Ratten und der eminenten Wirksamkeit des Mittels auf die Recurrens bei diesen Tieren; mit einer einzigen Injection gelang es ihm, alle Recurrensspirillen abzutöten und vollkommene Heilung zu erzielen. Dr. Iversen hierselbst konnte den gleichen glänzenden Effect bei Recurrens der Menschen erreichen, worüber er im Frühjahr dieses Jahres hier im Verein bekanntlich berichtet hat. Doch war Dr. Iversen nicht der erste, der das 606 am Menschen anwandte, es war schon am Ende des vorigen Jahres in der unter der Leitung von Prof. Alt stehenden Irrenanstalt von Uchtspringe in der Altmark an Menschen, und zwar an Paralytikern, ausprobiert worden. Nachdem 2 Assistenten am eigenen Leibe den Beweis der Unschädlichkeit des Mittels erbracht hatten, wurde es 23 Patienten mit progressiver Paralyse in der Dosis von 0,3 g. in die Glutäen injiciert. Die Einspritzungen erwiesen sich als recht schmerzhaft und riefen eine starke Reaction hervor: Kopfschmerzen, bisweilen Uebelkeit und Erbrechen, allgemeines Unbehagen und Fieber bis 38,8°. Bei fast allen Kranken machte sich aber bald eine Besserung des Allgemeinbefindens und eine Zunahme des Körpergewichtes bemerkbar, dann eine verstärkte Leukocytose und in schweren Fällen eine deutliche Beeinflussung der Wassermannschen Reaction: bei 18 Kranken mit positiver Wassermannscher Reaction wurde sie in 2 Fällen negativ, in 2 Fällen bedeutend schwächer und in weiteren 3 Fällen ein wenig schwächer. Das Verschwinden der Wassermannschen Reaction veranlasste Prof. Alt sich an den Oberarzt des Altstädtischen Krankenhauses in Magdeburg, Dr. Schreiber, mit dem Vorschlage zu wenden, das 606 doch an frischen Luetikern zu versuchen. Es wurden in Magdeburg bei 27 Kranken mit Erscheinungen recenter Syphilis Injectionen von Dr. Hoppe ausgeführt und die Resultate waren geradezu verblüffende: Initialsclerosen wurden weich und schwanden in kurzer Zeit, primäre Ulcera heilten in wenigen Tagen, Roseola und Papeln blassten schnell ab, nässende Papeln, Pusteln, breite Condylome, Ulcerationen in Nase, Mund, Rachen heilten in 1—3 Wochen, ebenso tertiäre Geschwüre und Gummata, die allen Curen mit Hg und Jod getrotzt hatten; in mehreren Fällen verlor sich die bis dahin positive Wassermannsche Reaction.

Nach diesem glänzenden Erfolge wurde das „606" zur Erprobung von Prof. Ehrlich verschiedenen Krankenhäusern in Berlin, Frankfurt, Wien etc. überwiesen, und in einem Vortrage am 22. Juni a. c. konnte Ehrlich bereits über gegen 4000 Injectionen an Kranken berichten, davon in gegen 200 Fällen von schwerster und aller Behandlung trotzender Syphilis, wo die Injectionen mit 606 vielfach geradezu lebensrettend gewirkt hätten. In 4 Fällen war in kürzerer oder längerer Zeit nach der Einspritzung der Tod erfolgt, in dreien davon allem Anscheine nach unabhängig von der Injection und der Wirkung des Mittels, infolge der schweren Erkrankung des centralen Nervensystems der Patienten, nur in einem Fall musste das 606 als Todesursache beschuldigt werden, man fand die Frau, die am Abend eine Einspritzung erhalten, am Morgen tot im Bette vor. Prof. Ehrlich nimmt in diesem Falle einen Nervenshock an.

Ich wende mich nun einer Uebersicht der Resultate der Behandlung der Syphilis mit dem 606 zu, wie sie sich aus den bis heute vorliegenden Veröffentlichungen ergibt. Natürlich vermag ich keine vollständige Liste aller Arbeiten zu geben, da das Mittel wohl jetzt schon in fast allen Ländern der Welt angewandt wird und Berichte in den verschiedensten Zungen vorliegen. Doch habe ich alle die mir zu Gebote stehenden Arbeiten in den verschiedensten Zeitschriften durchgemustert und habe so ein immerhin recht beträchtliches Material benutzt, das zu einigen Schlussfolgerungen berechtigt.

Alle Autoren ohne Ausnahme erkennen dem 606 eine grosse heilende Wirkung gegen die Syphilis zu. Nur lässt sich heute noch nicht entscheiden, ob sich die Hoffnung Prof. Ehrlichs erfüllen wird, dass es bei richtiger Dosierung und bei Anwendung des 606 im richtigen Moment gelingen wird, alle Spirochäten abzutöten und die Syphilis mit einem Schlage zu heilen. Der richtige Moment, der ideale Zeitpunkt der Anwendung ist nach Prof. Ehrlich dann vorhanden, wenn der Primäraffect als luetischer agnosciert worden ist, bevor jedoch die secundären Erscheinungen zum Ausbruch gekommen sind.

Die Beobachter haben bei den einzelnen Formen der Syphilis bisher folgendes über die Wirkung des 606 feststellen können: Lues I, Primärsclerose, Scleradenitis. Schon am ersten Tage nach der Injection macht sich an der Initialsclerose eine deutliche Veränderung bemerkbar, es tritt eine locale Reaction auf, indem die Sclerose weicher wird, wie gequollen aussieht, vergrössert, succulent ist. In den folgenden Tagen beginnt sie zu schwinden; ist sie exulceriert, so epithelialisiert sie sich schnell und in vielen Fällen ist Ueberhäutung und völliger Schwund in 6 Tagen bis 2 Wochen vollendet, meist bleibt jedoch noch recht lange eine kleine Induration nach. Langsamer schwindet die Scleradenitis, wohl bilden sich in den ersten 4—14 Tagen die Drüsen rasch zurück, dann tritt aber meist ein Stillstand in der Rückbildung ein und noch nach Wochen lassen sich Reste von Drüsen und Lymphsträngen nachweisen.

Lues II. Die secundären syphilitischen Haut- und Schleimhauterscheinungen werden durch das 606 schnell und sicher beeinflusst. Maculöse Exantheme (Roseola), Angina syphilitica, Pharyn-

gitis, Plaques muceuses, schwinden in 3—8 Tagen; papulöse und pustulöse Syphilide, auch die hartnäckigen auf Handfläche und Fussohle (Psoriasis palm. et plant. syph.) vergehen unter Hinterlassung von Pigmentflecken in 8—14 Tagen, höchstens 3 Wochen. Wechselmann sah auch Leucoderma schwinden. Nässende Papeln, breite Condylome ad anum und an anderen Orten, ausgebreitete Ulcerationen auf der Haut und den Schleimhäuten des Mundes, Rachens etc. heilen in 2—4 Wochen. Frappierend geradezu sind die Resultate bei vorzeitig ulceröser und maligner Syphilis: jahrelang vergeblich mit Hg und Jod behandelte Luetiker, mit unaufhaltsam fortschreitenden Geschwüren am Körper, am Gesicht (Nase), an dem harten und weichen Gaumen, Rachen etc. mit das Leben bedrohenden Allgemeinerscheinungen, continuirlichem Fieber und äusserstem Kräfteverfall gesunden wie mit einem Zauberschlage nach einer einzigen Injection, das Fieber schwindet, es stellt sich Appetit ein, die Kräfte und das Körpergewicht nehmen rapid zu, die stinkenden Secretionen aus Nase und Mund versiegen, in wenigen Wochen heilen alle Geschwüre auf Haut und Schleimhäuten.

Zu erwähnen wäre noch, dass in vielen Fällen von Hautsyphiliden die sog. Herxheimersche Reaction auftritt, die in intensiver Rötung und Schwellung der maculösen und papulösen Efflorescenzen besteht. Ueber äusserst günstige Beeinflussung durch das 606 von Syphilis des Centralnervensystems im Secundärstadium wird gleichfalls von verschiedenen Seiten berichtet. (Wechselmann, Glück, Neisser). So sah Neisser in einem Fall von Lues cerebri mit Neuritis optica, Stauungspapille, Lähmungen verschiedener Augenmuskeln und enormen Kopfschmerzen alle Erscheinungen in kurzer Zeit nach der Injection schwinden. In vorgeschritteneren Fällen sind Injectionen von 606 aber ohne Nutzen, ja gefährlich, und Ehrlich bittet von ihnen abzusehen. Von Heilungen seltenerer luetischer Affectionen sind erwähnt: Larynxsyphilis, Lebersyphilis, Mastdarmlues, Lungensyphilis combiniert mit chronischer Nephritis (Lesser), Gumma retinae und Chorioiditis luet. (Anscherlik), Iritis luetica, Keratitis parenchymatosa (Glück), Gonitis luet., Glossitis indurat. chron. luetica (Pick).

Lues III. Nicht minder energisch, wie auf secundäre Erscheinungen, wirkt das 606 auf die sog. tertiären Ulcera, Gummata, Periostitiden etc. In der Casuistik finden sich zahlreiche Berichte über Heilungen, die in erstaunlich kurzer Zeit, in 6—8 Tagen bis höchstens 2—3 Wochen, bei enormen luetischen Unterschenkel- und Oberschenkelgeschwüren, zerfallenen Gummen des weichen und harten Gaumens, der Nase, des Schädeldaches, der langen Röhrenknochen, des Larynx und der Hoden, tuberösen Hautsyphiliden aller möglichen Körperregionen zu verzeichnen gewesen sind.

Lues hereditaria. Auch bei hereditärer Lues sind von verschiedenen Beobachtern gute Resultate nach Injectionen von 606 gemeldet worden: Pemphigus neonatorum trocknet rasch ein, Papeln, Pusteln, nässende Papeln schwinden in etwa 8—10 Tagen, die Coryza langsamer, Spiethof sah eine Osteochondritis bald eingehen. Das Gewicht der Kinder nimmt rapid zu. In mehreren Fällen erfolgte aber nach Injectionen der Tod. So erlebte Wechselmann 4 solcher Todesfälle an einem grösseren Kindermaterial; die Haut- und sonstigen äusseren luetischen Erscheinungen gingen zwar schnell zurück, es trat aber Fieber, Anämie und in einem Fall Opisthotonus auf, die zum Exitus führten. Die Obduction ergab in einem Fall Lebergummata, im 2. Herzgummata, im 3. Pädatrophie, im 4. Bronchopneumonie, Lungenabscesse, Darmulcera. Anzeichen für Arsenvergiftung liessen sich nicht nachweisen. Ehrlich und Wechselmann nehmen an, dass durch die rapide Abtötung und Auflösung der enormen Spirochätenmengen durch das 606 in solchen Fällen so grosse Mengen von Endotoxinen frei werden, dass hierdurch eine vorübergehende Schädigung eintritt, denen der Organismus schwächlicher Kinder nicht gewachsen ist. Ehrlich empfiehlt deshalb, lieber in der von Taege (in Freiburg, Klinik von Jacobi) und Duhot beschriebenen Art vorzugehen, d. h. nicht dem Kinde, sondern der Mutter eine Injection mit 606 zu machen, wonach auch die Syphiliserscheinungen des Kindes zum Schwinden kommen, wenn es die mütterliche Milch erhält. In der Milch liess sich zwar kein Arsen nachweisen, es müssen also die in die Milch übergehenden Antitoxine sein, die die Lues der Kinder so günstig beeinflussen (Ehrlich). Wechselmann injiciert aber nach wie vor direct auch Kindern das 606, jedoch nur solchen Kindern, die kräftig und in tadellosem Ernährungszustand sind.

Metasyphilitische Erkrankungen. Was nun die metasyphilitischen Erkrankungen anlangt, so ist die Frage, wie weit sie sich heilen resp. durch die Injectionen mit 606 beeinflussen lassen, noch nicht genügend geklärt. Neisser gibt an, dass er mehrfach die Leukoplakia oris (Lippen, Zunge, Wangenschleimhaut etc.) mit 606 hat heilen können, während uns dieses mit Hg bekanntlich nur äusserst selten gelingt. Nach Fourniers Beobachtungen entwickelt sich aber in 33% der Fälle ein Carcinom aus der sonst weitere Beschwerden nicht verursachenden Leukoplakie. Auch über einige Erfolge bei Behandlung der Tabes und progressiven Paralyse, der ohne Frage schwersten metasyphilitischen Erkrankungen, liegen einige Angaben vor, während andere Autoren noch kein Urteil abzugeben wagen. Wechselmann versichert auf das Bestimmteste, in zwei Fällen von Tabes das Wiederauftreten der Pupillenreaction beobachtet zu haben, andere Beobachter haben die tabischen Krisen sich bessern sehen. Alt verzeichnete bisweilen wesentliche Besserungen bei progressiver Paralyse, doch ist auf eine solche nur zu hoffen, wenn sich „das erste Wetterleuchten" des Leidens zeigt. Zu weitgehende Erwartungen wird man bei metasyphilitischen Leiden nicht hegen dürfen; sind die Processe und Degenerationen im Centralnervensystem bereits weiter vorgeschritten, so ist natürlich auch vom 606 nichts mehr zu erwarten, und Prof. Ehrlich warnt vor seiner Anwendung in solchen Fällen als direct gefährlich aufs Dringendste.

Die Wirkung des 606 auf die Spirochäta pallida.

Das Dioxydiamidoarsenobenzol besitzt eine sehr energische Wirkung auf den Erreger der Syphilis, nach 24—48h nach der Injection lassen sich bereits keine Spirochäten mehr in den Primärsclerosen und selbst im Inhalt der Inguinaldrüsen nachweisen (Iversen). Jéronne, Huggenberger und Spiethof bemerken schon 6h p. inj. das Seltenerwerden der Spirochäten und merkwürdige Formveränderungen, die Windungen erschienen abgeflacht. Die Einspritzungen rufen beim Kranken ausserdem eine allgemeine Reaction nach einigen Stunden von Seiten des Organismus hervor, wie Fieber, allgemeines Krankheitsgefühl, Schweiss, oft Kopfschmerzen, bisweilen Schwindel und Erbrechen etc., doch nur beim Luetiker, wie Neisser bemerkt, denn beim Nichtluetiker wird keine Reaction ausser localen Schmerzen beobachtet. Die Jassich-Herxheimersche locale Reaction, die intensive Rötung und Schwellung

der syph. Hauteffiorescenzen, ist nach Neisser auch als directe Reactionserscheinung auf die Abtötung der Spirochäten und das dadurch bewirkte Freiwerden von Endotoxinen aufzufassen. Auf Grund all dieser Tatsachen und Beobachtungen ist das 606 als Specificum, d. h. als ein die Krankheitsursache direct angreifendes Mittel anzusehen. Neisser z. B. urteilt, dass über die Specificität des Mittels kein Zweifel herrschen kann, ebenso Herxheimer und viele andere. Nun gilt das Hg aber von Alters her auch als Specificum und bringt ja auch im Ganzen schnell die vorliegenden syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden, nur treten meist recht bald wieder Recidive auf, und es bedarf einer jahrelang fortgesetzten Behandlung mit Hg und Jod, um die Syphilis nur so weit endlich zu besiegen, dass sie klinisch nachweisbare Symptome nicht mehr macht, die feine Wassermannsche Reaction bleibt aber auch dann meist noch positiv. Ein jeder Syphilidolog vermag für die prompte Wirkung des Hg wohlgenügende Beispiele anzuführen, ja manchmal scheint es auch möglich, mit dem Hg eine Dauerheilung zu erzielen. Noch im Frühjahr dieses Jahres behandelte ich zwei Patienten sofort nach dem Nachweis der Spirochäten im Primäraffect energisch local und allgemein mit Hg, und bei beiden Kranken sind seitdem keine Secundärerscheinungen aufgetreten und erwies sich auch der Wassermann Ende August noch als negativ. Da bei einem auch nicht einmal inguinale Scleradenitis auftrat, so hoffe ich bestimmt auf eine Dauerheilung. Herxheimer beschreibt folgende Versuche, die er mit Hg anstellte, um seine Wirkung mit dem 606 in Parallele stellen zu können: er injicierte 6 Patienten mit syphilitischer Primärsclerose vor Auftreten der Secundärerscheinungen und 6 Patienten mit Primärsclerose und gleichzeitig deutlich sichtbaren Hautexanthemen je 0,1 g. Calomel in wöchentlichen Intervallen. Nach 2 Injectionen, d. h. innerhalb 2 Wochen schwanden bei allen Kranken prompt alle Erscheinungen; schon nach 48^h waren in den Primärsclerosen keine Spirochäten mehr nachweisbar und die Wassermannsche Reaction erwies sich bereits nach der 1. Injection in 9 Fällen als negativ, in 2 Fällen nach 8 Tagen und in einem nach 12 noch als positiv. Eine Localbehandlung hatte nicht stattgefunden. Diese Resultate sind als vorzüglich zu bezeichnen, nur lehrt uns eben leider die Erfahrung, dass sie nicht von Dauer sind. Wie wir gesehen haben, schwinden die Primärsclerosen und die Hautexantheme nach Injectionen mit 606 ungefähr in dem gleichen Zeitraum, in der Beziehung überträfe das neue Mittel unser altbewährtes Hg also nicht oder nur um ein Geringes.

Lässt sich aus den bisherigen Beobachtungen mit 606 aber auf eine länger anhaltende Wirkung desselben schliessen? Kann man hoffen und annehmen, dass das 606 imstande ist, durch Abtötung aller Spirochäten im Organismus eine schnelle, völlige Dauerheilung herbeizuführen, oder genügend früh angewandt, den Ausbruch der secundären Erscheinungen zu verhüten und die Syphilis zu coupieren? Auf diese Fragen heute schon eine bestimmte Antwort zu geben, sind wir noch nicht imstande und nicht berechtigt, die Beobachtungsdauer ist noch eine zu kurze, eine Reihe weiterer Untersuchungen durch Jahre hindurch ist nötig und wiederholte Untersuchung der Wassermannschen Reaction nach längeren Intervallen. Das, was wir heute schon als sicher festgestellt betrachten können, ist folgendes: 1) Ohne Zweifel besitzt das 606 der Syphilis gegenüber eine mächtige heilende Kraft, mit der es gelingt, alle syphilitischen Haut- Schleimhaut- Knochen- und andere Erscheinungen in allen drei Stadien mit einer einzigen Injection zum Schwinden zu bringen. 2) Das 606 wirkt auch in Fällen, in denen Hg versagte und die sich der Behandlung mit Hg und Jod gegenüber durchaus refractär verhielten. Es scheint aber auch einzelne Fälle zu geben, in denen das 606 versagt. Ich sah in Berlin in der Charité einen Mann, dessen derbe Papeln und Drüsen 8 Tage nach Injection von 0,5 g. „606" nicht die geringste Tendenz zum Rückgang zeigten. Vielleicht wird sich in solchen Fällen durch Wiederholung der Einspritzung mit einer grösseren Dosis des Mittels doch noch was erreichen lassen, wofür einige Erfahrungen zu sprechen scheinen. 3) Die Wassermannsche Reaction verschwindet in einer grossen Anzahl der Fälle in frühestens 4, spätestens 70 Tagen p. inj., doch schwanken die Angaben noch stark, in wieviel Procenten der Fälle. Während Neisser in $44^0/_0$ den positiven Ausfall der Reaction schwinden sah, registrierten Schreiber und Hoppe bei genügend lange fortgesetzter Beobachtung viel günstigere Resultate, und zwar erwies sich bis zum 50. Tage p. inj. in 52 Fällen die Reaction in $84,0^0/_0$ der Fälle negativ, bis zum 70. Tage aber sogar in $92,8^0/_0$! Fürwahr ein glänzendes Resultat. C. Lange aus dem R. Virchow - Krankenhause fand in 4—5 Wochen nach der Injection bei 250 Kranken mit positivem Wassermann diesen noch positiv bei 97, negativ bei 153 Patienten. Nur muss uns die fernere Beobachtung noch darüber belehren, ob es sich beim Negativwerden der Wassermannschen Reaction nach Injectionen mit 606 um ein Dauerresultat handelt oder ob das Resultat am Ende nach einiger Zeit wieder positiv werden sollte, wie wir das so oft nach Behandlung mit Hg sehen. Einige Befürchtungen in dieser Hinsicht muss die interessante Beobachtung von Neisser, Herxheimer, Jéronne und Huggenberger erwecken, dass bei Initialsclerose mit sicher nachgewiesenen Spirochäten aber noch negativem Wassermann dieser nach einiger Zeit nach Injection mit 606 und trotz Injection positiv wurde; dabei wurden bei den betreffenden Patienten klinisch nachweisbare Erscheinungen der Syphilis bisher noch nicht beobachtet. In der Tat ist nach einigen Veröffentlichungen der allerletzten Zeit (Lange) in einzelnen Fällen auch nach Einspritzungen von 606 ein Wiederpositivwerden der Wassermannschen Reaction nachgewiesen worden. 4) Klinisch nachweisbare Recidive sind bei einer grossen Zahl von Lueltkern nach Injectionen von 606 bis jetzt nicht wieder aufgetreten, aber auch hier wird erst die Zukunft uns zeigen, ob nicht doch später in diesen Fällen welche zur Erscheinung kommen werden. Die von verschiedenen Beobachtern verzeichneten Recidive machen nur einen geringen Procentsatz aller Behandelten aus und entfallen meist auf solche Kranke, die geringe Dosen, 0,3 oder noch weniger eingespritzt erhalten haben. Schreiber und Hoppe sahen bei 150 Injectionen 10 Recidive, Pick bei 120—2, Jéronne und Huggenberger bei 55—5, Glück bei 109—2, Kromayer bei 27—5, Neisser bei 96—5, Bohač und Subotka bei nur 14 Injectionen gar 4 Recidive 3—10 Wochen nach der Einspritzung auftreten. Jéronne und Huggenberger beobachteten dabei bei 3 Männern mit einer Primärsclerose an dem Penis schnelles zurückgehen der Sclerose und Schwinden der Spirochäten innerhalb 48 Stunden. Doch einige Wochen später bildete sich an der Stelle der zurückgebliebenen kleinen Induration ein neues Ulcus, in dessen Secret wiederum Spirochäten sich fanden. Bei Affen jedenfalls gelang Neisser bereits der Nachweis einer vollen und endgültigen Heilung der Syphilis mit dem 606, indem bei 5, von 12 behandelten Affen, eine Reinfection mit dem Syphilisvirus gelang.

Was nun die Nebenerscheinungen bei der Anwendung des 606 anlangt, so sind sie zum Teil von dem Applicationsmodus abhängig. Im Anfang wurde das 606 intramusculär in einer Form und Zubereitung eingespritzt, die den Patienten tage-, ja wochenlang die furchtbarsten Schmerzen verursachte, so dass die Anwendung des 606 wegen der grossen Qualen für die Kranken keine grosse Verbreitung hätte finden können. Es gingen einige Forscher daher auf die intravenöse Anwendung des Mittels über, die den Vorzug der Schmerzlosigkeit besitzt, sie ruft aber einige unangenehme Nebenerscheinungen, wie Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen, starkes allgemeines Unbehagen hervor und wird von einigen Autoren für gefährlich gehalten. Fraenkel und Grouven z. B. erlebten einen Todesfall unter Erscheinungen von Arsenvergiftung nach intravenöser Injection von 0,4 g., es bestand Erbrechen, Leibschmerzen, schlechter Puls, und in 3 Stunden p. inj. trat der Exitus ein; in Milz, Lungen und Leber liess sich bei der Obduction Arsen in beträchtlicher Menge nachweisen. Ehrlich misst in diesem Falle nicht der Art der Einverleibung des 606 die Schuld bei, sondern will das Mittel überhaupt nicht angewandt wissen in Fällen, wie dem angegebenen, wo es sich um eine schwere Lues cerebri mit grossen Erweichungsherden im Grosshirne handelte. Jedenfalls kommt es bei der intramuskulären Einverleibung des 606 zu einer langsameren Resorption des Arsens, wodurch Vergiftungserscheinungen kaum zu befürchten sind. Bei letzterer Anwendungsart wird es auch bei weitem langsamer ausgeschieden, erst in 12—14 Tagen gegen 4—5 bei intravenöser Anwendung, wodurch eine langdauernde continuierliche Wirkung hervorgerufen wird, die ein Eindringen des Arsens in alle Gewebe verbürgt, während es bei der intravenösen Injection sofort in grossen Dosen in den Kreislauf gelangt, aber so rasch eliminiert wird, dass es zu keiner nachhaltigen Wirkung kommt. Natürlich ist eine teilweise Abkapselung in einem Muskeldepot bei intramuskulärer Anwendung denkbar, doch kann dem durch Compressen, Massage etc. entgegengewirkt werden. Hoppe und Fischer konnten bei einem zur Obduction gekommenen Kranken 14 Tage nach der intramuskulären Einspritzung noch recht beträchtliche Mengen Arsen in den Glutäen nachweisen, bei einem anderen 36 Tage p. inj. auch noch immer 0,01 g. Arsen. Unter dem Einfluss der langsamen Resorption des Arsens sieht man die Patienten sich meist bald gut erholen, an Gewicht zunehmen, und Stoffwechseluntersuchungen von Hoppe und Fischer haben eine deutliche Leukocytose und Vermehrung des Lecithinstoffwechsels nachgewiesen. Die bisherigen Erfahrungen scheinen also für die intramuskuläre resp. subcutane Anwendung des 606 su sprechen, eventuell für ein combiniertes Verfahren beider.

Das Dioxydiamidoarsenobenzol ist nur als Dichlorat haltbar. Da es aber als doppelsalzsaures Salz nicht eingespritzt werden kann, so muss es durch Zusatz von Natronlauge in das Mono- oder Dinatriumsalz übergeführt und gelöst, und da es sich so auch rasch zersetzt, sofort injiciert werden. Die in letzter Zeit angegebenen Modificationen der Zubereitung von Michaelis und Wechselmann gestatten uns, eine Emulsion oder Suspension herzustellen, die so gut wie keine Schmerzen und ein ziemlich geringes Infiltrat an der Injectionsstelle hervorruft, allerdings soll die Emulsion nach Alt weniger wirksam sein als Lösungen. Das von mir acceptierte Verfahren nach Wechselmann ist folgendes: der Inhalt eines Röhrchens mit 606 wird im Achatmörser mit 1,0—1,5 Cbcm. Normalnatronlauge verrieben, dann werden einige Tropfen Eisessig zugesetzt, der danach entstehende gelbe Schlamm wird mit einigen Ccm. Aq. dest. aufgeschwemmt und auf seine Reaction mit Lakmuspapier geprüft. Je nach Bedarf wird Natronlauge oder Essigsäure zugesetzt, bis die Reaction neutral ist. Durch Centrifugieren wird nun die überschüssige Flüssigkeit entfernt, der nachbleibende Brei mit physiologischer Kochsalzlösung bis auf 6—8—10 Ccm. aufgeschwemmt und injiciert, und zwar nicht in die Glutäen, sondern subcutan, etwas unterhalb eines Schulterblattes. Die subcutane Injection bietet den Vorteil, sofort das Depot eröffnen und den Inhalt entfernen zu können, wenn sich doch irgendwelche Anzeichen einer Arsenvergiftung zeigen sollten.

Von mehr oder weniger unangenehmen Nebenerscheinungen nach Injection des 606 intramuskulär resp. subcutan oder intravenös sind noch gemeldet worden: Pulsbeschleunigung, Arythmien, starker Durst, Schwindel, Transpiration, Uebelkeit, Erbrechen, scarlatinöse und morbillöse Exantheme 1—10 Tage p. inj., Urticariaeruptionen 6—8^{h} p. inj., Conjunctivitiden, kurzdauernde Augenstörungen — Verlust des Sehvermögens, aber nur für wenige Minuten auf einem und Ptosis auf dem anderen Auge (Spiethof) —, Harnretention leichterer und schwerer Art. Die Ursachen dieser Störungen liegen zum Teil vielleicht an dem anfangs bei den Lösungen zur Anwendung gekommenen Methylalcohol; an den von Bohač und Sobotka beobachteten bis 11 Tage dauernden Harnretentionen wird wohl ein Kunstfehler bei der Injection, Verletzung des Plexus ischiadicus, die Schuld tragen. Von ähnlichen Erscheinungen leichten Grades hat sonst nur noch Wechselmann berichtet, der nach Injectionen in die Glutäen wohl aus demselben Grunde 3 Peronäuslähmungen erlebt hat und deshalb die Injectionen jetzt nur unter die Rückenhaut ausführt. In Königsberg auf dem Congresse soll Ehrlich über 10000 Injectionen berichtet haben, die in 14 Fällen vom Tode gefolgt gewesen sind. In den meisten dieser Fälle wird der Tod wohl nicht eine Folge der Einspritzung gewesen sein, sondern trotz der Injection bei dem Tode verfallenen Patienten eingetreten sein. In einigen Fällen muss man aber doch wohl annehmen, dass das Mittel als solches bei Patienten mit Herzfehlern, Sclerose etc. den Tod verursacht hat. In dem erwähnten Fall mit einer Frau, die man am Morgen nach abends erfolgter Injection tot im Bett auffand, liess sich kein organisches Leiden bei der Obduction nachweisen (Ehrlich nimmt Nervenshock an), in anderen Fällen — Myocarditis und Gefässsclerose (Iversen), grosse Erweichungsherde im Grosshirn etc. Jedenfalls mahnen diese Fälle zur Vorsicht bei der Anwendung des 606. Es ist ja auch leicht verständlich, dass ein so gewaltig auf Krankheitserreger wirkendes Präparat nicht ganz indifferent für den Organismus sein kann. Es muss bei der Anwendung des Mittels eine gewisse Auswahl der Patienten getroffen werden, denn schon jetzt haben sich aus den Beobachtungen gewisse Contraindicationen der Anwendung ergeben: alle Patienten mit Herz- und Gefässleiden, überhaupt Circulationsstörungen sind von der Behandlung mit 606 auszuschliessen; ferner alle Kranken mit leicht irritiertem, nervösem Herzen (Shock), dann schwer Nervenleidende, besonders solche, bei denen schon grössere Partieen des Centralnervensystems degeneriert und zerstört sind (vorgeschrittene Lues cerebri, progr. Paralyse, Tabes), Kranke mit putriden Lungenleiden. Ferner warnen viele Autoren vor Anwendung des 606 bei Opticusanomalien, es scheint aber, dass das 606 nicht für diese gefährlich ist, wie man es nach Analogie mit anderen Arsenpräparaten, besonders dem

Atoxyl, annahm. Neisser, Wechselmann und andere haben in solchen Fällen bisher absolut keine Schädigung des Opticus gesehen, sondern gerade auch hierbei gute Resultate erzielt. Nierenleiden sind keine Contraindication, das 606 wird von den Nieren, nicht nur chronisch, sondern selbst acut entzündeten, sehr gut toleriert. Ebenso vertragen es Schwangere meist sehr gut ohne Schaden für die Frucht, nur Glück meldet den wahrscheinlichen Tod des Foetus in einem Fall. Dasselbe lässt sich von der Lungentuberculose sagen, auf die das Hg erfahrungsgemäss einen so funesten Einfluss hat. Ueber die Indicationen resp. Contraindicationen bei syphilitischen Neugeborenen ist dem oben Gesagten nichts mehr hinzuzufügen. Nach Wechselmann besteht eine Contraindication der Anwendung des 606 bei bereits bestehenden bakteriellen Infectionen, wie Influenza, Angina, Schnupfen, Otitis media und ähnlichen, da hierbei durch die Injection meist eine stürmische Reaction mit hohem Fieber hervorgerufen wird.

Dank der Liebenswürdigkeit der Collegen Sanitätsrat Wechselmann und Priv.-Doc. Tomasczewsky hatte ich Gelegenheit, im Rudolf-Virchow-Krankenhause und in der Charité in Berlin eine grössere Anzahl mit 606 behandelter Luetiker zu untersuchen. Es kam dort nur die subcutane resp. intramuskuläre Applicationsmethode des Mittels zur Anwendung und zwar bei kräftigen Individuen in der Dosis von 0,6 g. In schwerem Allgemeinzustande befindliche, stark heruntergekommene Kranke erhielten eine geringere Anfangsdosis, 0,3 g., nach 3—4 Wochen, wenn die Kranken sich bereits erholt hatten, wurde dann eine zweite Injection mit grösseren Dosen ausgeführt. (Wechselmann). Im Allgemeinen wurden die Kranken etwa 1—2 Wochen nach einer einmaligen Injection und dem Schwinden der klinischen Symptome der Syphilis aus dem Krankenhause entlassen und nur ersucht, sich von Zeit zu Zeit zur Controlle und zur Ausführung der Blutuntersuchung nach der Wassermannschen Methode vorzustellen. Ich sah dort Kranke mit allen möglichen Formen recenter und alter Syphilis, Heilende und Geheilte, die alle die Injectionen ohne Schädigungen ertragen hatten. Ein Patient, ein Kellner, bestätigte mir, dass er geradezu sterbend vor einigen Wochen ins Hospital eingetreten war, nachdem er 18 Monate vergeblich mit Hg und Jod aufs Energischste behandelt worden war. Nach einer Injection mit 606 begannen seine Geschwüre in Mund, Rachen und Nase zu heilen, eine periostitische Auftreibung an der linken Tibia ging zurück, sein Fieber schwand, die Kräfte und das Körpergewicht nahmen rapid zu, eine Woche p. inj. konnte er aufstehen, 2 Wochen p. inj. verliess er das Hospital, noch einige Wochen später erhielt er eine zweite Injection, die die Heilung vollendete. — Einige andere Beobachter haben bisher aus Furcht vor Anaphylaxie von einer Wiederholung der Injectionen Abstand genommen; die Furcht scheint nach den Erfahrungen von Wechselmann aber völlig unbegründet. —

Welche Umwälzungen auch in socialer Beziehung eine allgemeine Anwendung des 606 in der Syphilistherapie nach sich ziehen wird, brauche ich nur anzudeuten. Die Behandlungsdauer beschränkt sich auch im Hospital auf 1—2 Wochen, damit geht eine ungeheure Entlastung der Krankenhäuser Hand in Hand, selbst wenn vielleicht die Injectionen wegen Recidive in mehrmonatlichen Intervallen wiederholt werden müssen.

Was nun meine persönlichen Erfahrungen und Beobachtungen mit 606 anlangt, so möchte ich hierher auch einen Fall rechnen, den ich vergeblich über ein Jahr lang mit Jodipin und Hg behandelt habe, nicht aber leider selbst mit 606 habe heilen können. Patient hatte die Lues vor 10 Jahren acquiriert, die ersten 2 Jahre war der Verlauf ein normaler gewesen, dann hatte die Krankheit aber eine bösartige Form angenommen, und als Pat. in meine Behandlung trat, war sein ganzes Gesicht durch Ulcerationen auf den Wangen, an der Nase, durch eine luetische Dacryocystitis entstellt und hatte sich der Kranke mehreren grösseren Operationen unterziehen müssen, da Geschwüre, Wucherungen und Narbencontractionen die Nasengänge und Luftwege zu verlegen drohten. Durch colossale Jodipingaben intramuskulär gelang es mir, die Geschwüre für kurze Zeit zur Heilung zu bringen, doch kaum geheilt, traten sie immer und immer wieder auf. Patient wartete meine Rückkehr aus dem Auslande nicht ab, sondern wandte sich während meiner Abwesenheit an Dr. Iversen, der ihm am 20. Juli die erste intravenöse Injection gemacht hat, der einige Tage später eine intramuskuläre folgte. Als ich den Patienten einen Monat später sah, konnte ich constatieren, dass alle Geschwüre verheilt waren und glatten, kaum gefärbten, weichen Narben Platz gemacht hatten, die blau-rote, entstellende Dacryocystitis war geschwunden, kurz die Heilung eine vollkommene. Die Narbencontractionen in Mund und Rachen machen natürlich eine weitere Behandlung noch nötig, der syphilitische Process ist aber, fürs Erste wenigstens, vollkommen zum Abschluss gebracht.

Ich habe das „606" bisher 10 Luetikern injiciert, hiervon in 3 Fällen von frischer Syphilis bei Erwachsenen und in einem Falle hereditärer Lues bei einem Neugeborenen. Es handelte sich in letzterem Falle um ein mit Pemphigus und Papeln bedecktes kleines Mädchen, das ausserdem noch Onychien und nässende, stark secernierende Papeln in den grossen Labien aufwies. Das Kind war als erstes nach 14-jähriger kinderloser Ehe geboren. Der Vater soll nach Angaben der Mutter Lues gehabt haben. An der Mutter liess sich ein geringes Leukoderma am Nacken und Reste von Scleradenitis nachweisen. Der Ernährungszustand des Kindes war ein verhältnismässig guter. Weiterhin stellte sich beim Kinde ein Sclerema neonatorum ein, so dass mir eine energischere Therapie am Platze schien, als sie sich durch indirecte Behandlung des Kindes erzielen lässt durch Einverleibung des 606 der Mutter. Das Kind erhielt am 3. Tage p. p. 0,015 g. 606 unter die Rückenhaut injiciert. Die Temperatur, die vor der Injection 35,6° betrug, stieg bis auf 38,0° und zeigte in den folgenden Tagen noch einige Schwankungen, am 8. Tage bei Entlassung morgens 36,5, abends 36,7. Die nässenden Papeln an der Vulva hörten bereits am Tage nach der Injection auf zu nässen, die Pemphigusblasen trockneten ein, die Papeln blassten ab und auch das Sclerem ging prompt zurück. Das Gewicht bei der Geburt betrug 2900 g., war dann auf 2740 g. am 4. und 5. Tage gefallen, war dann bis zur Entlassung auf 2980 g. gestiegen. Bei der Entlassung am 8. Tage waren an Stelle der Papeln nur noch gelbe Pigmentflecke sichtbar, keine Infiltrate mehr nachweisbar, und das Sclerem war so gut wie ganz geschwunden. Neben der energischen Beeinflussung der syphilitischen Erscheinungen durch das 606 in diesem Falle möchte ich besonders Ihre Aufmerksamkeit auf das prompte Schwinden des Sclerems an Beinen, Armen und dem Rücken bei diesem Kinde lenken. Man konnte sich des Eindrucks nicht erwehren, dass das Zurückgehen und Schwinden des Sclerems in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Einspritzung stand; vielleicht nur indirect, indem der von der Syphilis befreite kindliche Organismus nun auch die Kraft fand, die septische Infection, die im Sclerem zur Erscheinung kam, zu überwinden. — Zwei der Kranken mit frischer Lues, bei denen ich Injectionen ausgeführt habe, zeigten noch Reste des Primäraffectes am Penis, allgemeine Scleradenitis, der eine eine

starke Roseola und Angina syphilitica, stark positiv Wassermann, der andere einzelne Papeln am Rumpf und Condylomata lata ad anum mit zahlreichen Spirochäten im Gewebe der Condylome. Bei dem 3. Patienten mit frischer Lues fand sich eine sehr stark ausgeprägte Scleradenitis, maculo-papulöses Exanthem und eine circa 2 Kopeken grosse stark secernierende exulcerierte Primärsclerose auf dem Penis. Bei allen 3 Patienten liess sich das Jarisch-Herxheimersche Phänomen 12—16^h p.injectionen beobachten. Ueber die beiden ersten Kranken vermag ich noch nichts auszusagen, da erst wenige Tage seit der Injection vergangen sind. Bei dem 3. haben sich in den 8 Tagen nach der Einspritzung die Drüsen bedeutend zurückgebildet, die Macula sind völlig, die Papeln fast ganz geschwunden, das Ulcus hat sich gereinigt, ist weicher geworden und hat an Umfang um mindestens die Hälfte abgenommen. Patient fieberte die ersten 3 Tage nach der Einspritzung in geringem Grade, die Temperatur erreichte kaum 38°, doch fühlte er sich recht schlecht und klagte über allgemeine Schwäche, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit. Jetzt lässt sein Befinden nichts zu wünschen übrig.

In einem Fall tertiärer Lues war der Erfolg der Injection ein eclatanter. Es handelte sich um einen 27-jährigen Mann mit tuberculöser Affection der Lungenspitzen, der seine Lues vor 7 Jahren acquiriert, damals nur eine kurze Zeit sich behandelt hatte und seitdem von allen Erscheinungen verschont geblieben war. Im Laufe des Sommers a. c. entwickelte sich bei ihm eine Affection in Rachen und Nase, die ihn am Atmen durch die Nase und am Schlucken hinderte. Bei der Untersuchung (Dr. Brasche) fand sich ein luetisches Geschwür im Nasenrachenraum, das von dicken, wallartigen Rändern umgeben war, und Schwellung der Muscheln vor. Schon am Tage nach der Injection waren die Nasengänge soweit frei, dass Patient Luft durch sie hindurchblasen konnte, nach 8 Tagen war von den wallartigen Verdickungen im Nasenrachenraum nichts mehr nach und nur geringe Reste vom Ulcus, nach 14 Tagen war das Ulcus geheilt und Rachen und Nase frei.

In einem schweren Falle von Lues cerebri, bei einem jungen Mann von 26 Jahren, der ein schnelles Progressieren der Lähmungserscheinungen zeigte, war auch die Einspritzung mit 606, die wir als Ultima ratio anwandten, nicht imstande, den Tod abzuwenden, der 5 Tage p. inj. eintrat. Der Obductionsbefund war folgender: Lepto-Meningitis chr. luet. convexitatis cerebri, Erweichungsherd der rechten Kleinhirnhemisphäre. Arteriosclerosis art. basis cranii. Pneumonia lobularis lobi infer. pulm. utriusque (hypost. Pn.), Myocarditis fibrosa.

Ein Tabetiker scheint sich im Anschluss an eine Injection mit 606 zu bessern, lange anhaltendes Erbrechen und Singultus sistiert seit mehreren Tagen, die lancinierenden Schmerzen haben aufgehört, die Pupillen reagieren bedeutend schneller und prompter. Ueber alle diese und mehrere andere Fälle, bei denen die Beobachtung noch nicht genügend lange geführt worden ist, behalte ich mir vor in nächster Zeit ausführlicher zu berichten. In allen Fällen liess sich eine etwa 3 Tage andauernde geringe Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung beobachten und war das Allgemeinbefinden in den ersten Tagen meist beträchtlich gestört, die Patienten litten an Schlaf- und Appetitlosigkeit und klagten über allgemeine und locale Schmerzen geringen Grades, Transpiration etc. Das Infiltrat an der Injectionsstelle war recht bedeutend, in einem Falle erfolgte am 11. Tage Abscedierung und Entleerung völlig geruchlosen Eiters. Es lag in diesem Fall ein Kunstfehler meinerseits bei der Einspritzung vor. Irgend welche stärkere unangenehme oder gar bedrohliche Nebenerscheinungen habe ich in keinem Falle beobachtet.

Um nochmals kurz zu resumieren, möchte ich meine Eindrücke, wie ich sie aus dem Studium der Veröffentlichungen und der Besichtigung und Beobachtung mit 606 behandelter Luetiker in Berlin und hier in Petersburg gewonnen, dahin zusammenfassen: das Dioxydiamidoarsenobenzol ist ohne Zweifel ein neuer mächtiger Factor im Kampfe gegen die Syphilis; es entfaltet besonders in älteren, gegen Quecksilber und Jod refractären, Fällen eine oft wunderbare Wirkung und bringt auch die frischen Erscheinungen der Syphilis schneller zum Schwinden als unsere bisherigen Mittel. Ob sofort bei den ersten Anzeichen der Syphilis, beim Auftreten der Primärsclerose, eine erfolgreiche „Therapia sterilisans magna" mit dem 606 durchzuführen, d. h. eine schnelle Abtötung aller eingedrungenen Spirochäten zu erreichen ist, lässt sich noch nicht entscheiden. Nur jahrelange, sorgfältige Studien und Beobachtungen werden uns hierüber eine Aufklärung zu geben vermögen. Jedoch scheint dieses für viele Fälle durchaus nicht unmöglich, da es ja schon mit dem so viel unvollkommeneren Mittel, dem Hg, in einzelnen Fällen gelungen ist.

Dem grossen Gelehrten in Frankfurt, der uns einen so grossen Schritt vorwärts gebracht hat, gebührt der ehrfurchtsvolle Dank der Menschheit. Ich persönlich möchte es aber auch nicht unterlassen, ihm an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen für die gütige Ueberlassung einer Anzahl Röhrchen mit 606 zu Versuchszwecken am hiesigen deutschen Alexanderhospital. Herrn Director H. Westphalen sage ich meinen aufrichtigen Dank für sein liebenswürdiges Entgegenkommen und seine freundliche Unterstützung bei Erlangung des Mittels und seiner Anwendung im Hospital.

Literatur.

1) Münch. Med. Woch. 15. III. 1910. 2) Berl. kl. Woch. Nr. 27. 1910. 3) Deutsche Med. Woch. Nr. 32. 1910. 4) Wien. kl. Woch. Nr. 26. 1910. 5) Deutsche Med. Woch. Nr. 26. 1910. 6) Wien. kl. Woch. Nr. 27. 1910. 7) Berlin, klin. Woch. Nr. 28. 8) Wien. kl. Woch. 12. VII. 1910. 9) Münch. Med. Woch. 5. VII. 1910 und 15. VII. 1910. 10) Russkij Wratsch Nr. 29. 17. VII. 1910. 11) Wien. kl. Woch. 30. VII. 1910. 12) Berl. kl. Woch. 8. VIII. 1910. 13) Monatsh. f. prakt. Derm. Juli 1910. 14) Berl. kl. Woch. Nr. 30. 15) Münch. Med. Woch. NNr. 31, 34, 35, 36, 37, 38. 16) Berl. kl. Woch. NNr. 32, 33. 17) Deutsche Med. Woch. Nr. 33. 18) Med. Klin. Nr. 38. 19) Berl. kl. Woch. Nr. 37. 20) Bresler. Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Mittel. C Marhold. 1910.

Zur Diagnose und Therapie der extramedullären Rückenmarkstumoren *).

Von

Eduard Schwarz-Riga

M. H. Wenn ich es unternehme, Ihnen heute einen genesenen Kranken zu demonstrieren, so weiss ich, dass es Sie als Vertreter unserer Wissenschaft freuen wird, denn unsere Wissenschaft hat mit Hilfe der Chirurgie hier einen Triumpf feiern dürfen. Wenn auch einige Herren über diesen Krankheitsfall schon in Wenden in diesem Herbst von mir haben berichten hören, so ist eine nochmalige Demonstration gerechtfertigt, kann ich doch noch Manches hinzufügen, was ich dort nicht be-

*) Vortrag, gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga am 29. Sept. 1910. Ueber denselben Kranken referierte ich auch auf dem livl. Aerztetage Aug. 1910 in Wenden.

rührt habe; und die Verhältnisse, die in ähnlichen Dingen vorliegen, sind so interessante und schwierige, dass eine nochmalige Demonstration nicht überflüssig erscheint. Die Diagnose eines Rückenmarkstumor ist wohl die schwierigste, oder eine der schwierigsten Aufgaben, die überhaupt der medicinischen Wissenschaft gestellt werden kann. — Wenn Sie bedenken, dass vor 2 Decennien noch viele erfahrene Aerzte erklärten, in ihrem ganzen Leben keinen Fall von Rückenmarkstumor gesehen zu haben, und wenn Sie bedenken, dass erst 1887 Victor Horsley als Erster, auf Vorschlag von Gowers, einen solchen mit Glück operiert hat, und dass ferner seit diesem Jahre, und speciell in den letzten Jahren, die Zahl der beobachteten und teils mit glänzendstem Erfolge operierten Rückenmarkstumoren eine so grosse geworden ist, dass ihre Literatur kaum mehr zu übersehen ist, so werden Sie aus dieser veränderten Situation der Verhältnisse einsehen müssen, dass die Erkennung dieses Leidens eine sehr schwierige war, dass es aber unseren Tagen beschieden gewesen ist, grosse Fortschritte in der Lehre der Rückenmarkstumoren gemacht zu haben. Wenn Sie, m. H., weiter hören, dass es noch kürzlich (Juni 1907) dem Nachfolger unseres berühmten Landsmannes v. Bergmann in Berlin, Herrn Geheimrat Bier, passierte, dass er einen von Oppenheim richtig diagnosticierten Tumor in der Höhe des 3. resp. 4. Cervicalsegmentes des Rückenmarks bei der Operation nicht fand und im Rückenmarkscanal beliess, so dass Pat. elend zu Grunde ging, so werden Sie weiter erkennen müssen, wie ausserordentlich schwierig die Verhältnisse auch für die Therapie liegen. Der Tumor wurde bei der Obduction gefunden — dort, wo Oppenheim ihn vermutet hatte. Wenn Sie, m. H., im weiteren Verlauf meiner Ausführungen hören werden, welche Schwierigkeiten der Diagnose der Rückenmarkshautgeschwülste erwachsen durch die Meningitis serosa circumscripta, deren Existenz erst durch die Erfahrung der chirurgischen Praxis uns klarer vor Augen geführt worden ist, so werde ich hoffentlich Ihre Geduld nicht unnütz auf die Probe gestellt haben, wenn ich Ihnen werde zeigen können, dass durch Quinckes genialen Gedanken wir auch hier wahrscheinlicher Weise einen Schritt in der Differentialdiagnose weiter kommen werden.

Sie sehen, m. Herren, den 29-jähr. Wilh. Fr., der am 27. X. 1909 in die I. Abt. unseres Krankenhauses aufgenommen wurde und der im Laufe der Beobachtung eine complette Lähmung aller 4 Extremitäten erlitten hatte, vollkommen frei in unsere Versammlung kommen; er kann auch frei seine Arme gebrauchen, sie auch frei in die Höhe heben, er kann 10-pfündige Gewichte hoch in die Höhe heben, während er bei seiner Aufnahme seine Arme allein nicht mehr erheben konnte. Er kann weite Spaziergänge machen, ohne zu ermüden. Der Kranke wurde mir von unserem leider zu früh verstorbenen Collegen Krannhals zur Begutachtung am 5. XI. 1909 in die Ambulanz des Krankenhauses geschickt; hier konnte ich nur ein Rückenmarksleiden constatieren unbekannter Provenienz; ich fand: Unvermögen die Arme hoch zu heben, eine nicht hochgradige, aber deutliche Steifigkeit der Halswirbelsäule. Atrophie beider musc. supraspinati, links stärker als rechts und gesteigerte Kniephänomene; die Halswirbelsäule war druckempfindlich, auch bei Druck und Betastung von oben, dabei ausstrahlende Schmerzen in der Brust. Ich schrieb, dass es sich um ein schwereres Rückenmarksleiden handelt, damals war auch eine weitergehende Diagnose nicht möglich.

Am 24. XI. 1909 wurde Pat. dann in meine Abteilung übergeführt und auf dem Aufnahmeschein, der nach der ersten Untersuchung ausgefüllt werden muss, findet sich schon die Diagnose «Tumor» — mit einem Fragezeichen — und «Compression» des Rückenmarkes. Die Erscheinungen hatten sich weiter entwickelt, es war eine spastische Parese beider Beine aufgetreten. — Im weiteren Verlauf gesellte sich nun bald eine Parese der Arme dazu; es trat eine Sensibilitätsstörung der oberen Extremitäten auf, so dass die Diagnose eines extramedullären Tumors höchst wahrscheinlich, ja fast gewiss wurde, so dass ich Pat. zur Operation riet. Der Kranke wollte von einem solchen Eingriff nichts wissen, blieb aber unter meiner Beobachtung. Aus den Paresen der 4 Extremitäten wurden complette Lähmungen, zu den anfänglichen partiellen Sensibilitätsstörungen der Arme (es waren nur die Empfindungen für Wärme, Kälte und Schmerzen an beiden Armen und hinauf am Halse bis zum Unterkiefer und nach unten am Thorax bis etwa zum Rippenbogen aufgehoben, resp. herabgesetzt gewesen) trat eine complette Anästhesie links am oberen Teil des Halses für alle Qualitäten hinzu; es wurde schliesslich das Zwerchfell gelähmt — Pat. konnte nicht mehr husten; bei etwas forcierterer Anstrengung der Atmung, bei lauterem Sprechen etc. traten alle Hilfsmuskeln der Respiration mit in Action und das Epigastrium wölbte sich bei der Inspiration nicht mehr vor; Pat. kam in einen höchst schlimmen, bedenklichen Zustand, so dass der exitus in nicht weiter Ferne zu erwarten stand. Auch jetzt fruchteten sehr energische Vorstellungen nichts; von seiner Frau und Schwiegermutter wurde er am 19. I. 1910 gegen ein Reversal, in dem sie erklärten, auf eigene Verantwortung und Gefahr den Kranken nach Hause zu nehmen, dem Krankenhause entführt. Am 27. Jan. meldete er sich aber wieder zur Aufnahme und ich liess ihn sofort in die chirurgische Abteilung zum Collegen A. v. Bergmann aufnehmen; dort ist er denn auch nach kurzer Beobachtung am 2. Febr. dieses Jahres operiert worden, und das Resultat haben Sie, m. H., gesehen! Der Genesene soll übermorgen nach Hause gehen und seine Beschäftigung als Schlosser wieder aufnehmen; ich habe ihn lange im Krankenhause gehalten, um seinem Rückenmark, das durch den immerhin lange andauernden Druck doch empfindlich geschädigt worden ist, die Zeit zu einer recht vollständigen Restauration zu verschaffen; die Kniephänomene sind noch jetzt sehr stark gesteigert. Pat. hat schon lange um Entlassung gebeten, weil er sich vollkommen wohl fühlte; sehr interessant ist es, dass sich auch die Atrophien der musc. supraspinati sehr wesentlich zurückgebildet haben. Sie sehen, m. H., noch jetzt erkennbare Vertiefungen an den Obergrätengruben; sie waren früher viel, viel tiefer. Sie hörten auch, dass Pat. 10-pfündige Gewichte hoch heben kann, während er früher nicht einmal die Arme selbst erheben konnte.

Sie sehen, m. H., also einen glänzenden Heilerfolg, dessen sich unsere medicinische Wissenschaft, speciell die Chirurgie, erfreuen darf. Oppenheim schliesst sein Referat, das er über diesen Gegenstand auf dem vorigjährigen internationalen Med. Congress in Budapest vorgetragen hat, mit den ermutigenden Worten: „wenn wir auf dem gewonnenen Boden weiterarbeiten und bei der Begründung unserer Diagnose nicht nur der eigenen persönlichen, sondern der Gesamtheit der Erfahrungen Rechnung tragen, dann wird die Rückenmarkschirurgie wesentlich dazu beitragen, dass uns unser Beruf eine Quelle der Befriedigung, der Freude und des Erfolges wird!"

Welche Erfahrungen befähigen uns zur Diagnose? — Ich sagte schon, dass die Aufgabe, die dem Arzt gestellt wird, eine höchst schwierige, vielleicht die schwierigste ist, die der Erkenntnis überhaupt gestellt werden kann. Es kommen recht verschiedene Verhältnisse zur Begutachtung: wir müssen 1. extramedulläre Tumoren, 2. intramedulläre Tumoren unterscheiden; die letzteren sind die häufigsten (H. Schlesinger) und unter den extramedullären Tumoren sind zu differenzieren die vertebralen und die intravertebralen und von diesen letzteren wieder die extraduralen und intraduralen; diese sind in seltenen Fällen bei der Operation, ja sogar Obduction nicht sicher von einander zu unterscheiden; Oppenheim bringt für jeden dieser Fälle je eine Krankengeschichte in seinem Referat. Meist aber ist die Unterscheidung leicht; auf dem Sectionstisch habe ich einmal einen pflaumengrossen intraduralen Tumor gesehen, der nur an einem dünnen Faden hing, an einer dünnen Faser einer hinteren Wurzel. Fürwahr, eine ideale Situation für den Chirurgen!! Pat. war im ersten Jahr meiner Arbeit am Krankenhaus moribund in die Abteilung gekommen, paraplegisch und ohne genauere Anamnese; da war von Diagnose überhaupt nicht die Rede; er hat sich unter den scheusslichsten Schmerzen

zu Tode gequält, und nach dem Obductionsbefund wäre ihm doch so leicht zu helfen gewesen!

Die intraduralen Tumoren sind viel häufiger und meist primär, während die extraduralen meist secundär, metastastisch sind. Es ist mir einmal gelungen, einen extraduralen Tumor der Cauda equina zu diagnosticieren. Das am meisten in die Augen springende Symptom war das Unvermögen, auf dem Rücken zu liegen; ihm gegenüber lag ein Mann mit Lues der Cauda equina, auch dieser konnte nicht auf dem Rücken liegen; dieser genas dank einer Hg-Cur mit Defect, der Andere ging zu Grunde; von einer Operation musste abgesehen werden, weil der Allgemeinzustand ein sehr schlechter war; es handelte sich bei einem Manne in mittleren Jahren wohl um eine oculte Neubildung, d. h. man konnte dieselbe in den Organen nicht nachweisen, die Section des ganzen Körpers wurde nicht gestattet, nur die des Rückenmarks, und hier fand sich ein pflaumengrosser extramedullärer Tumor über der Mitte der Cauda; er war secundärer Natur, denn dieser kleine Tumor hat den exitus nicht herbeigeführt, Pat. ist durch den primären Tumor ad finem gekommen.

Das Unvermögen, auf dem Rücken zu liegen, scheint, wenn vorhanden, für die Erkrankungen der Cauda equina diagnostisch verwertbar zu sein. — Die vertebralen Tumoren kommen diagnostisch mit in Betracht, daher seien mir einige Bemerkungen gestattet, wenn ich auch auf ein näheres Eingehen auf diesen Teil unseres Gegenstandes der geringen Zeit wegen, die mir gestattet ist, verzichten will. Schon hier liegen die Verhältnisse oft sehr schwierig: ich habe eben in der Petersonschen Klinik eine Frau ad finem gehen sehn, die lange für eine Hysterica angesehen wurde. Auch das am grellsten hervortretende Symptom, ein anfallsweise auftretendes Erbrechen, hatte man als ein hysterisches Symptom angesehen! eine in der Mitte der Dorsalwirbelsäule befindliche Wunde, die doch wohl als ein Uebergreifen der carcinomatösen Metastasen in den Wirbeln auf die äussere Haut aufzufassen war, hatte man als Decubitus angesehen. Die riesigen Schmerzen, die bei Bewegungen der Wirbelsäule auftraten, waren ja wohl anfangs nicht so schlimm gewesen, sie war aber vor 2 Jahren an einem linksseitigen Mammacarcinom „ohne Recidiv" operiert worden, und dieses hätte zur Vorsicht in der Diagnose führen sollen. Aber, m. H., die Dinge liegen hier oft und zu Beginn des Leidens meist so versteckt und so schwierig, dass am Anfang der Krankheit eine Fehldiagnose die Regel ist, und man kann fast sagen, erfolgen muss! denn es können viele, ja alle Wirbel krebsig entartet sein, und nur ein oder der andere proc. spinalis ist druckempfindlich. Sehr wertvoll sind die Hamburger Erfahrungen. Dort wurde allen Leichen mit Neubildungen innerer Organe die Wirbelsäule durchsägt, und man fand in einem hohen Procentsatz schon Metastasen in den Knochen in Fällen, die zu Lebzeiten absolut keine subjectiven oder objectiven Symptome einer Erkrankung der Wirbelsäule dargeboten hatten. Es können also schon geringere oder ausgedehntere Erkrankungen der Wirbelsäule vorhanden sein, ohne dass sie sich durch subjective oder objective Erscheinungen verraten. Das Carcinom ist die häufigste Neubildung der Wirbelsäule, und ist immer secundär; findet man z. B. eine Narbe, wenn auch ohne locales Recidiv und ohne ein solches in den Drüsen, die von einem operierten Mammacarcinom herrührt, und Symptome, die auf die Wirbelsäule hinweisen, so liegt meist Carcinom der Wirbelsäure vor. Liegt schon ein Gibbus vor, so spitzt sich die Diagnose zur Unterscheidung von Caries und Carcinom zu. Ausschlaggebend ist eine seitliche Verschiebung der Wirbelsäule; auch das „Entassement" der Franzosen ist für Carcinom bezeichnend; die bulbären Symptome, auf die Oppenheim, Nonne und Bruns aufmerksam gemacht haben, und die Oppenheim auf eine Giftwirkung des Carcinoms bezieht, fallen für die Diagnose Carcinom sehr in die Wagschale. Nach einer Bemerkung von Bruns in seiner vorzüglichen Monographie über die „Geschwülste des Nervensystems" [1]) sagt er pag. 322: „Sänger hat in entsprechenden Fällen leichte diffuse Carcinomatose der Pia gefunden". (Diese Bemerkung ist mir bei Abfassung meiner Arbeit über „Meningitis carcinomatosa" nicht bekannt gewesen!! Findet man einen Senkungsabcess, so wird man sich für Caries entscheiden; ein Herpes zoster scheint bei Caries nicht vorzukommen. Für Caries spricht hereditäre Belastung, Leukocytose (ich habe solche aber auch bei Carcinom gesehen), Peptonurie; es kann eine Myelitis neben Caries bestehen (Oppenheim), es kann ein Mammacarcinom mit Compressionsmyelitis durch Caries vergesellschaftet sein (Schlesinger), und es soll in seltenen Fällen ein Gibbus durch trophische Störungen in den Knochen der Wirbelsäule erzeugt werden können, die ein intravertebraler Tumor verschuldete (Schlesinger); der Schwierigkeiten sind also eine grosse Zahl! Wichtig ist: dass im Beginn das Leiden local keine Symptome zu machen braucht und dadurch Fehldiagnosen direct provociert, dass, wenn ein primäres Carcinom nachgewiesen werden kann, das bestehende Leiden der Wirbelsäule sehr wahrscheinlich ein metastatisches Carcinom ist.

Die Diagnose der intravertebralen Tumoren kann eine leichte sein, wenn der Verlauf ein typischer ist. Das Symptomenbild, das Zustandsbild zu bestimmter Zeit gibt aber die Diagnose nie, nur der Verlauf. Treten Wurzelsymptome auf, die einseitig lange Zeit isoliert bestehen, folgen ihnen Marksymptome, und zwar zunächst auch einseitige, die das Bild der Brown-Sequardschen Lähmung zeigen und sich zu completten doppelseitigen Compressionserscheinungen des Marks auswachsen, so zeigt der langsam progressive Verlauf einen progressiven Process an, der meist ein intraduraler Tumor ist; die häufigsten Wurzelsymptome sind Neuralgien; die sichersten für die Diagnose zu verwertenden sind Atrophien; Anästhesien—nur wenn sie lange eine constante obere Grenze einhalten; ihre Stelle können auch Hyperästhesien einnehmen; Schmerzen in der Wirbelsäule und leichte Deformitäten derselben vervollständigen das Bild! Aber dieser Verlauf ist ebenso oft kein typischer, die Schmerzen, ein Hauptsymptom, können ganz fehlen, wie die Bonner Schule gezeigt hat. Die Rückenmarkssymptome können von Anfang an doppelseitige sein, die Wurzelsymptome können ganz fehlen und die Lähmung kann rapid eintreten, so dass das hauptsächliche Kennzeichen, der langsam progressive Verlauf ganz und gar verwischt wird. In dem vorgestellten Falle waren sowohl die initialen Wurzelsymptome als auch die späteren Compressionsercheinungen doppelseitige, wenn auch bei den Wurzelsymptomen die linke Seite stärker befallen war. Auch können bei Sitz des Tumor z. B. im Halsmark als erstes Compressionssymptom eine doppelseitige spastische Paraparese der beiden unteren Extremitäten zuerst auftreten, wie in unserem Fälle, während doch zunächst Rückenmarkssymptome des Cervicalmarks zu erwarten wären. Die Diagnose wird zu einer fast sicheren, wenn im Verlauf die initialen Wurzelsymptome und einzelne Erscheinungen der Compression des Rückenmarks auf eine und dieselbe Stelle des Rückenmarks hinweisen. So wiesen in meinem Fall die initialen Atrophien der musc. supraspinati, die Lähmung des Zwerchfells und die Anästhesien

[1]) Ich habe zum Studium dieses Werk besonders benutzt. Auch von Oppenheim, H. Schlesinger liegen Monographien vor.

links oben am Halse alle direct auf einen Punkt, aufs obere Halsmark. Trotz der abweichenden Erscheinungen vom Paradigma ergab dieses Zusammentreffen die Diagnose „Tumor" mit grosser Sicherheit. Dieser Verlauf, dieses Zusammentreffen von Wurzel- und Compressionserscheinungen gibt auch die Differentialdiagnose gegen andere Erkrankungen des Rückenmarks, die in Betracht kommen. Unter diesen sind die Pachymeningitis cervicalis, die multiple Sclerose, die combinierten Systemerkrankungen und die Syringomyelie zu nennen. Die Pachymeningitis sollte nach unseren früheren Kenntnissen nur am Cervicalmark vorkommen. Dieser Umstand gab früher also bei vermutetem Sitz eines Tumors im Lendenmark einen differential-diagnostischen Unterschied, doch Fr. Schultze hat nachgewiesen, dass die Pachymeningitis auch am Lendenmark vorkommt. Nonne[1]) hat eben in dankenswerter Weise 4. Krankengeschichten veröffentlicht, in denen die Operation resp. Obduction Fehldiagnosen nachwies. Nonne hatte mit der Möglichkeit eines Tumors gerechnet und eine Probe-Laminectomie vorgeschlagen, die keinen Tumor nachwies. In den 4 Fällen, will mir scheinen, fehlten gerade die Verhältnisse, die man in der Diagnose am freudigsten begrüsst, das Zusammentreffen der initialen Wurzelsymptome mit späteren Compressionserscheinungen in einem Punkt; ja, aber dieses Phaenomen fehlt leider allzu oft! Aus Mitteilungen wie die Nonneschen lernen wir aber am meisten. Solche Erfahrungen sollen nicht am mutigen Vorwärtsschreiten aufhalten. Ich meine, Bruns hat Recht, wenn er den Collegen „mehr Mut" zuruft; man solle nicht von des Gedankens Blässe „angekränkelt" auf sichere Segmentsymptome warten, denn diese fehlen oft, und im Warten auf solche geht oft die beste Zeit, die einen glänzenden und vollständigen Heilerfolg noch zulässt, verloren! Ohne diese Kühnheit hätte Victor Horsley seinen ersten glänzenden Erfolg nicht errungen; damals war das Sherringtonsche Gesetz noch nicht bekannt. H. war zu niedrig eingegangen, fand anfangs den Tumor nicht, opferte aber noch mehrere Wirbelbögen und fand den Tumor! Die Kühnheit, die dem Chirurgen von neurologischer Seite empfohlen wird, hat ihre Berechtigung in Anbetracht der trostlosesten Prognose der Rückenmarkstumoren und in der Möglichkeit, einen dem scheusslichsten und qualvollsten Krankenlager und dem allendlichen Tode Geweihten nicht nur vom Tode und seinen Schmerzen zu retten, sondern ihn auch gesund und arbeitsfähig zu machen? Oppenheim berechnet die günstigen Erfolge auf 52%, die von vollkommener Heilung auf etwa 40%. Von den Kranken, die Nonne probeweise operieren liess, ist einer nachträglich völlig gesund geworden; der völlig gelähmte Kranke ist soweit genesen, dass er im Eppendorffer Krankenhause Dienst tut und von Nonne schon 5 Jahre lang als Gesunder beobachtet wird. Bei 2 von den 4 Nonneschen Fällen hatte es sich um multiple Sclerose (im Krankenhaus Obduction) und im 3. um combinierte Strangerkrankung gehandelt. Auch trostlose Zustände!

Wenn der Verlauf uns die Diagnose eines Rückenmarkstumors gegeben hat, ist unsere weitere Aufgabe, die Bestimmung seines speciellen Sitzes.

Die Segmentdiagnose ist oft durchaus nicht so sicher, wie in meinem Falle. Hier hätte ich trotz doppelseitigem Auftreten der initialen Symptome, trotz früherem Auftreten der Compressionserscheinung an den unteren Extremitäten und auch hier wieder doppelseitig, durch das Vorhandensein von Atrophien als initiales Symptom mit recht grosser Sicherheit schon beim ersten Auftreten von Compressionserscheinungen behaupten dürfen, der Tumor werde im 3. oder 4. Cervicalsegment seinen Sitz haben. Der Eigensinn und das mangelhafte Vertrauen des Patienten haben mir dann eine weitere Beobachtung gestattet; die Lähmung des Zwerchfells und die complette Lähmung der Sensibilität in geringer Ausdehnung links am Hals oben bestätigte diese Segmentdiagnose. Von allen Erscheinungen sind die degenerativen Atrophien die wertvollsten, die uns am sichersten die obere Grenze, die „oberen Polsymptome" anzeigen; Anästhesien sind zu verwerten, aber selten ausgesprochene, auch Hyperästhesien sind mitunter zur Bestimmung der oberen Grenze des Tumors verwertbar. Ebenso Neuralgien-Schmerzen, wenn sie local scharf begrenzt, constant und lange bestanden haben. Die Atrophien speciell sind am häufigsten beobachtet worden bei Tumoren im Hals- und Lendenteil des Rückenmarks. Bruns sagt, dass wir auf diesen Wegweiser im Dorsalteil des Rückenmarks verzichten müssten. Ich habe aber an einem interessanten Fall von Stichverletzung des Rückenmarks[1]) gezeigt, dass partielle degenerative Lähmung eines Abschnittes des musc. rectus vorkommen kann. Der Fall beweist, dass die einzelnen Abschnitte des musc. rectus abd. segmentär gesondert versorgt werden, und lehrt, dass im Beginn ein Tumor des Rückenmarks auch im Dorsalmark sich durch eine solche degenerative Lähmung in seiner oberen Grenze verraten könnte, nach einer solchen Lähmung muss aber gesucht werden; sie springt nicht in die Augen, die gut functionierenden übrigen Teile des musc. rectus abd. verdecken den Ausfall. Bruns erwähnt diese Beobachtung nicht!— Wenn die initialen Symptome constant bleiben, so kann die obere Grenze ziemlich sicher bestimmt werden. Ein langsames Heraufsteigen der obersten Ausfallserscheinungen zeigt meist ein Längenwachstum des Tumors an, was eine Eigentümlichkeit der intramedullären Tumoren ist, die chirurgisch nicht angreifbar sind. Die initialen Symptome gehen bei extramedullären Tumoren meist den medullären Symptomen voraus, können aber mit letzteren zugleich auftreten, ja ihnen sogar nachfolgen (Oppenheim). Auch wie gross der Tumor ist, kann mitunter mit einer gewissen Sicherheit gesagt werden; treten zu den oberen Polsymptomen ähnliche, speciell Atrophie mehr unterhalb hinzu, so können sie durch Einwirkung des Tumors mit seinen unteren Teilen aufs Rückenmark zustande kommen; dabei ist aber zu bedenken, dass der Tumor unten oft nur teilweise das Rückenmark in Mitleidenschaft zieht und diese unteren Polsymptome ausbleiben können. Die aus höheren Partien des Rückenmarks stammenden Wurzeln, die am Tumor vorbei laufen, bleiben meistens intact.

Die Bestimmung der oberen Grenze kann aber durch manche Verhältnisse erschwert werden, abgesehen von einer Degeneration des Rückenmarks nach oben, einer Meningitis, die sich nach oben fortsetzt, steht augenblicklich im Vordergrunde des Interesses die Meningitis serosa. Schon durch Liquor-Stauung allein können die oberen Polsymptome nach oben wandern und so ein Längenwachstum des Tumors vorgetäuscht werden. Ja, es kann durch eine Meningitis serosa circumscripta adhaesiva das ganze Bild eines Tumors vorgetäuscht werden. Oppenheim widmet den grösseren Teil seines Budapester Referates diesen Verhältnissen. Ist auch von neurologischer Seite (H. Schlesinger) auf solche Zustände hingewiesen worden, und ist auch den Anatomen (Ströbe[2])) die circumscripte Meningitis nicht unbekannt gewesen, so hat doch die chirurgische Praxis dieses Krankheitsbild erst in seiner Existenz und seiner Wertigkeit besonders grell beleuchtet. Inbezug auf die hier in Betracht kommenden Einzelheiten will ich auf das Referat von Oppenheim verweisen. Oppenheim kommt zum Schluss, dass wir uns einstweilen

[1]) Deutsch. med. Woch. 1910 Nr. 37, pag. 1697 ff.

[1]) Neurolog. Centralblatt 1909, Nr. 4.

[2]) Citiert nach Oppenheim.

damit abfinden müssen, dass „die Unterscheidung des meningealen Tumors von der Meningitis spinalis serosa unsicher ist" [1]. Dieser Unsicherheit könnte aber durch schon vorliegende Untersuchungen in manchen Fällen abgeholfen werden und zwar durch Untersuchung des Liquor selbst; für die Liquorstauung oberhalb des Tumors hat O. selbst Punction dieser Stauung vorgeschlagen, doch ist sie bisher in W. noch nicht ausgeführt worden und sie dürfte doch wohl viele Gefahren in sich schliessen. Die Punction nach Quincke hat aber in einzelnen Fällen schon sehr bemerkenswerte Resultate ergeben. Oppenheim erwähnt ihrer nicht. Nonne hat in seinem Referat in Heidelberg 1900 [2]) darauf hingewiesen, dass in 3 Fällen von extramedullären Tumoren, bestätigt durch Operation (2) und Section (1), seine Phase 1 „eine ganz ungewöhnlich starke Reaction gab, und zwar bemerkenswerterweise bei gänzlich negativem Lymphocytenbefund". — Nonne betont dieses Verhalten als differential-diagnostisches Moment zwischen Rückenmarkslues und Rückenmarkstumor". Doch ich meine, die differential-diagnostische Bedeutung ist bei der Untersuchung zwischen Meningitis serosa circumscripta und Rückenmarkstumor auch verwertbar und eine noch grössere!

Ich habe bisher nur 2 mal diese grell in die Augen springende Reaction gesehen; einmal kam der von mir angenommene Tumor weder zur Operation noch zur Section, und der Kranke ist mir aus den Augen entschwunden; das 2. Mal bot aber der Ihnen, m. H., vorgestellte Fall diese Reaction; es tritt keine einfache Trübung ein, sondern das ganze Gemenge wird gelatinös-tummig!

Am 9./XII 1909 wurde die erste Lumbalpunction ausgeführt, der Liquor war wasserklar, hatte aber einen deutlichen grünlich-gelblichen Schimmer; beim Stehen bildet sich ein „feines Gerinsel". Das Nonne Apeltsche Reagens gab eine „dicke, milchig-trübe, gelatinöse Trübung"; die Wassermannsche Reaction war in Serum und Liquor negativ. Leider enthält der Kranken-Bogen keine Notiz über den Zellgehalt des Liquor; es findet sich nur die Notiz: „keine Tuberkelbacillen". Ich habe aber diesem Mangel einigermassen abgeholfen. Nach der Operation — die mikroskopische Untersuchung des Tumors, die unser Prosector, Dr. A. Bertels ausführte, hatte ein Glicosarcom ergeben — war es doch wissenswert, wie sich der Liquor verhalten wird. Ich habe am 10./VI. 1910 und jetzt vor einigen Tagen (22./IX. 1910) Lumbalpunctionen ausgeführt, und die Nonne-Apeltsche Reaction war unvergleichlich weniger positiv geworden; sie zeigte eine leichte Trübung, wie sie bei Paralysen gewöhnlich ist; aber von der starken Trübung, wie vor der Operation, war nichts mehr zu sehen, und der Liquor enthielt nur 4 Lymphocyten im cmm. (Fuchs-Rosenthal). (Untersuchung von Herrn Dr. Schultz).

Dieses Verhalten lehrt aber noch ein Zweites. Auch prognostisch dürfte dieses Zurückgehen der Phase I. in Bezug auf ein Recidiv verwertbar sein! Pat. hatte in letzter Zeit über geringe, ziehende Schmerzen im Nacken geklagt, die morgens auftraten, die aber von uns als Narbensymptom angesprochen wurden. Der Nacken war frei beweglich und zeigte keine Veränderung, auch das sonstige Verhalten war ein durchaus normales. Der Liquorbefund dürfte diese Anschauung unterstützen und die Befürchtungen eines Recidivs verscheuchen. Bei weiterer Bestätigung dürfte diese Eigentümlichkeit des Liquor cerebrospinalis bei der Rückenmarkshautgeschwulst eine Unterscheidung von der Meningitis serosa circumscripta erleichtern. Bei keiner anderen Erkrankung ist mir ein derartiges Verhalten des Liquors vorgekommen, und ich untersuche den Liquor bei fast allen Kranken der Abteilung. Speciell die Meningitis zeigt stets ein ganz anderes Verhalten! Die Fälle, die ich gesehen habe, zeigten Nonne-Apelt schwach positiv resp. negativ und Pleocytose schwach resp. stärker positiv, also ein genau umgekehrtes Verhalten!

Haben wir nun den Tumor diagnosticiert und seine Höhe, seine Lage im Rückenmarkscanal bestimmt, dann heisst es, ihn auch bei der Operation finden. Sie erinnern sich, als oberstes Symptom war zu berücksichtigen das erste Ausfallssymptom: die Atrophie der musc. supraspinati, speciell des linken, dazu kam als medulläres Spätsymptom die Lähmung des Zwerchfells und die Anästhesien links oben am Halse; alle diese Erscheinungen wiesen auf das 4. Cervicalsegment hin, wobei das Sh.-Gesetz sagt, dass die Muskeln nicht von einem Segment allein versorgt werden, sondern sich an dieser Versorgung das nächst obere und das nächst untere, vielleicht sogar auch die 2 oberen und unteren (Bruns) beteiligen. Bei der Beurteilung der Lage des Tumors ist aber die jetzige Erfahrung die, dass der Tumor selbst meist für die höchstsegmentären Symptome verantwortlich ist, dass er in dem Segment zu suchen ist, das als höchstes an den Lähmungen, resp. Ausfallssymptomen beteiligt sein kann. In unserem Fall käme also eventuell noch das 3. Cervicalsegment in Betracht. Die früher mangelnde Kenntnis dieser Verhältnisse hat viele Fehler machen lassen. Es ist hier noch daran zu erinnern, dass individuelle Abweichungen vorkommen, die auch zu Fehlern Veranlassung geben können. Eisler und Patterson haben nachgewiesen, dass die Wurzelfasern für die Peroneusmuskulatur gewöhnlich aus der 4. Lumbalwurzel stammen, in seltenen Fällen aber aus der 5., und Sherrington hat gezeigt, dass bei Affen die segmentäre Versorgung der speciellen Muskeln um $^1/_2$ Segment individuell verschieden sein kann! Bruns hält es für möglich, dass die Kerne der kleinen Handmuskeln, die gewöhnlich im 1. Dorsal- und 8. Cervicalsegment sich finden, „präfixiert" sein können und in diesem bestimmten Fall ihre Kerne im 8. und 7. Cervicalsegment liegen; solche individuelle Abweichungen seien nicht so gar selten (Bruns), und es ist gewiss ratsam, sie bei der Höhenbestimmung des Tumors in die Rechnung einzuführen. Bei Schmerzen als höchstsegmentäres Symptom, tut man aber gut, dieselben, wenn sie ausgebreitet sind, auf die nächstuntere Wurzel zu beziehen (Bruns). Und noch eins der wichtigsten Verhältnisse für die Therapie! Die Segmente befinden sich in ihrer Lage im Rückenmarkscanal nicht in der Höhe der gleichnamigen Wirbel; am grellsten tritt uns dieses Verhältnis an der Cauda equina entgegen; die Segmente liegen hoch oben, und ihre Wurzeln müssen einen weiten Weg machen, um ihre Wirbelaustrittslöcher zu erreichen, und bilden so den Pferdeschwanz. In geringerem Masse trifft dasselbe zu für jede Wurzel. Das Segment liegt 1 je 2 Wirbel höher als die Austrittsstelle am gleichnamigen Wirbel. So müssen wir das 4. Cervicalsegment gegenüber dem 2. Halswirbelbogen, gegenüber dem proc. spinosus dieses 2. Wirbels suchen. Tun wir solches nicht, so kann uns das Unglück passieren, wie den grossen Meistern früher; statt eine glückliche Heilung, wie hier zu erreichen, bleibt der Tumor sitzen, und der Kranke geht elend zu Grunde!

Die Prognose, m. H., ist eine sehr günstige; wie ich schon erwähnte, rechnet Oppenheim mit 52% Heilungen, mit idealer Heilung ungefähr 40%; diese Zahlen sind besonders in die Augen springend gegenüber der sehr wenig erfreulichen Prognose bei den Hirntumoren; hier kann man nur von 1%, höchstens von 2% Heilungen reden; es wird sich bei diesen traurigsten Krankheitszuständen aber empfehlen, mit genauer Beobachtung früher zu

[1]) Deutsche Med. Wochenschr. 1909. № 41, pag. 1908. In Oppenheims Referat.
[2]) Verhandlungen Deutsch. Nervenärzte. 1908, pag. 58.

operieren; es liesse sich dadurch die Prognose gewiss bessern.

Die Heilerfolge bei Rückenmarkstumor werden beeinträchtigt häufiger als bei Hirntumor durch Sepsis, die hier häufiger beobachtet wird als bei Hirntumor, ein Moment, dass bei Vermeidung die Prognose noch bessern würde, und die Chirurgie hat ja so glänzende Fortschritte gemacht, dass sie auch hierin noch Abhilfe schaffen wird; ein zweiter Umstand ist öfter Todesursache nach der Operation gewesen — das sind die starken Blutungen; Sarcome bluten oft wie aus einem Schwamm, und der starke Blutverlust ist öfters allein als Todesursache angesehen worden; auch in meinem Fall ist die Blutung eine so heftige gewesen, dass College v. Bergmann dreizeitig operiert hat. — Sie sehen, m. H., der Fehlerquellen sind viele, die in den Schwierigkeiten der Sachlage, in den begleitenden Verhältnissen voll begründet erscheinen; diese rechtfertigen die Vorschläge von Oppenheim, Bruns und Anderen, zur Probe-Laminectomie zu schreiten, wenn auch nur mit Wahrscheinlichkeit ein Tumor des Rückenmarks heute angenommen werden kann und wenn auch nur die Segment-Diagnose als einigermassen sicher zu bezeichnen ist; schwanke die Diagnose zwischen Meningitis serosa, Pachymeningitis und Tumor, so solle man operieren, wenn die übrige Therapie im Stiche lasse; auch bei Zweifeln, ob extramedullärer oder intramedullärer Tumor bestehe, soll man nach Oppenheim operieren, wenn die Höhendiagnose sicher ist; gegen die Ausdehnung der operativen Behandlung auf die intramedullären Tumoren überhaupt, wie sie F. Krause in Heidelberg proponierte, nimmt Oppenheim Stellung und lehnt sie entschieden ab.

Bei fleissiger weiterer Arbeit wird noch mancher Schritt vorwärts gemacht werden. Sollte es sich bestätigen, dass eine Unterscheidung zwischen Meningitis serosa circumscripta und Tumor extramedullaris durch die Untersuchung des Liquors möglich ist, sollte es sich bestätigen, dass bei Rückenmarkshautgeschwülsten die Phase I häufig, vielleicht stets eine so ausgesprochene Reaction gibt, so wäre ein wichtiger Fortschritt in der Differentialdiagnose zu verzeichnen.

Aber auch heute dürfen wir uns solch grosser Erfolge erfreuen, wie in dem demonstrierten Falle, der ohne die mächtigen Fortschritte der Chirurgie und unserer ganzen Wissenschaft nicht möglich gewesen wäre.

Bücherbesprechungen.

P. Schuster: Drei Vorträge aus dem Gebiete der Unfall-Neurologie. Leipzig 1910. Verlag von Georg Thieme. Preis 2 Mark. 100 Seiten.

I. Simulation und Uebertreibung von Nervenleiden. Verf. resumiert: «Nur dadurch lernen wie die Simulation kennen, dass wir unsere Privatpatienten ebenso untersuchen und mit dem nämlichen Masse messen, als wenn wir simulationsverdächtige Versicherte vor uns hätten».

II. Der Begriff der wesentlichen Teilursächlichkeit bei der Begutachtung Nervenkranker. Hier werden als Paradigmata mehrere Fälle analysiert, um den vom deutschen Reichsversicherungsamte ausgesprochenen Grundsatz zu illustrieren «dass der Unfall nur eine «ins Gewicht fallende» wesentliche Teilursache der bestehenden Gesundheitsschädigung zu sein braucht, um als entschädigungspflichtig anerkannt zu werden».

III. Die «wesentliche Aenderung» bei der Begutachtung Nervenkranker. Analyse mehrerer Fälle, um das Urteil bei Nachuntersuchungen und bei der Frage der Rentenminderung zu erläutern.

Michelson.

R. Fürstenau. Leitfaden der Röntgenphysik. Vorträge über die physikalischen Grundlagen der Röntgenapparate. Stuttgart 1910. Verlag von F. Enke. 91 Seiten. Preis M. 3.

Der Inhalt des Buches umfasst die physikalischen Grundlagen der Röntgenapparate von den einfachsten elektrophysikalischen Grundbegriffen ausgehend bis zur Schilderung der complicierten Einrichtungen der Neuzeit. Der Text des Buches ist ausserordentlich klar und deutlich geschrieben und bietet an der Hand von 61 schönen Abbildungen für Lehrer und Lernende einen kaum zu ersetzenden Leitfaden.

Hesse.

Protocolle des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg 1909/10.

5. Sitzung am 15. Januar 1910.

Vorsitzender: A. Netschajew.
Schriftführer: Hesse. Kosakow.

1) A. Netschajew fordert die Versammlung auf, das Andenken des am 7. Januar a. c. verstorbenen Chefarztes der gynäkologischen Abteilung Dr. W. Wastén durch Erheben von den Sitzen zu ehren.

In kurzer Ansprache gibt er einen Ueberblick über die so überaus wirkungsvolle Tätigkeit des verstorbenen Collegen und macht folgenden Vorschlag: 1. alljährlich soll die Januarsitzung gynäkologischen Fragen gewidmet sein; 2. sein Porträt soll in der gynäkologischen Abteilung des Frauen-Hospitals aufgehängt werden. Diese Vorschläge werden von der Versammlung acceptiert. (Die Gedächtnisrede ist erschienen im Russkij Wratsch Nr. 5. 1910).

2) M. Magula demonstriert einen Patienten mit einer Arthritis urica von colossaler Ausdehnung.

Discussion.

N. Iwanow weist auf das Interesse und auf die Seltenheit solcher stark ausgesprochenen Fälle hin.

3) E. Hesse demonstriert einen wegen Ulcus duodeni perforativum operierten Patienten. (Erschienen in Nr. 45 der St. Pet. Med. Wochenschr.).

Discussion.

W. Lawrow: der vom Vortragenden angewandten Methode bedienen wir uns im Hospital schon seit $1^1/_2$ Jahren. Vor kurzem habe ich einen ähnlichen Fall operiert, leider mit letalem Ausgang. In meinem Falle wurde die Operation $3^1/_2$ Stunden nach der Perforation gemacht. Wir constatierten eine diffuse Peritonitis. An der vorderen Wand des Duodenum war eine erbsengrosse Oeffnung; die Darmwand um die Perforation herum war stark verdickt. Die Oeffnung wurde vernäht, wobei die Nähte in bedeutender Entfernung durchgeführt wurden, da sie sonst die Wandung durchschnitten. Danach wurde die hintere Gastroenterostomie mittelst Murphy-Knopf angelegt. Nach allen Richtungen kamen Tampons in die Bauchhöhle. Ungeachtet des guten Verlaufes in den ersten Tagen nach der Operation ging der Patient am 19. Tage an einer progressiven eitrigen Peritonitis zu Grunde.

Prof. H. Zeidler: die verhältnismässig schlechten Resultate bei perforierten Magengeschwüren laut der Statistik des Obuchow-Hospitals sind durch die späte Aufnahme der Kranken in die chirurgische Abteilung zu erklären. Was die Technik der Operation bei Ulcus ventriculi oder duodeni anbetrifft, so stimme ich vollkommen mit dem Vortragenden überein, dass die Gastroenterostomie gemacht werden muss in all den Fällen, wo die Kräfte des Kranken es nur zulassen. Der Ausgang hängt in einem jeden Falle nur von den Kräften des Organismus ab. In allen Perforationsfällen entsteht eine Peritonitis, der in den meisten Fällen der Organismus erliegt. Für die frühe Operation ist eine frühe Diagnose sehr wichtig, von ihr hängt hauptsächlich die Prognose ab.

J. Grekow: vor einigen Jahren demonstrierte Dr. F. Liebig in unserem Verein einen Kranken, der nach der Operation eines Ulcus duodeni perforativum genesen war. In diesem Falle wurde die Perforationsöffnung nicht genäht, sondern die Wunde wurde bloss tamponiert. In den Fällen Hesses war es nicht angebracht, den Murphy-Knopf anzuwenden, da seine Anwendung bei Peritonitis contraindiciert ist.

Prof. Zeidler: Vortragender hat in seinen beiden Fällen die Gastroenterostomie in nicht inficierten Geweben angelegt. Ferner schützt die schnelle Verklebung die Anastomose vor Infection. Deshalb halte ich in solchen Fällen die Anwendung

des Murphy-Knopfes nicht für contraindiciert, und die guten Resultate des Vortragenden bekräftigen meine Annahme.

E. Hesse schliesst sich der Ansicht Prof. Zeidlers an und betont ganz besonders den Wert des Murphy-Knopfes in solchen Fällen, wo möglichst schnelles Operieren nötig ist. Diese Ansicht werde auch von v. Hacker und Steintahl vertreten.

4) N. Kascherinowa: Demonstration eines vom Morbus Addisonii genesenen Patienten.

Patient N. G. wurde am 7. X 1909 mit Klagen über dumpfen Schmerz in der rechten Seite, der sich beim Gehen verstärkt, ins Obuchow-Hospital aufgenommen. Dieser Schmerz besteht ungefähr seit einem Monat, er nimmt stetig zu und macht den Patienten arbeitsunfähig. N. G. ist 21 Jahre alt. Sein Vater starb im 50. Lebensjahr an Delirium tremens. Die Mutter lebt, ist 60 Jahre alt, stets kränklich, in der letzten Zeit stark abgemagert, da sie oft an Erbrechen leidet. Pat. ist der vierte unter 6 Geschwistern. Der älteste Bruder, 35 Jahre alt, Alkoholiker, hustet beständig, speit Blut. Die beiden folgenden Geschwister starben im Kindesalter. Dann folgt eine Schwester, die schwach und anämisch ist. Die jüngste ist gesund. In der Kindheit lebte Pat. in guten materiellen Verhältnissen. Pat. arbeitete bis zum Eintritt ins Hospital als Schlossergeselle. Als Kind hatte er Masern und vor zwei Jahren Typhus recurrens, sonst war er bis zur letzten Zeit gesund. Dem Schnaps spricht er, seiner Angabe nach, nur wenig zu. Der Pat. ist nicht gross von Wuchs, gut gebaut, von befriedigender Ernährung. Deutlich tritt bei ihm die Pigmentierung an Gesicht, Rumpf, Oberschenkeln und Genitalien zum Vorschein. Die Pigmentverteilung war eine gleichmässige, besonders charakteristisch war die Färbung der Dorsalflächen der Hand. Die Färbung war nicht intensiv dunkelbraun, sie erinnerte sehr an die der dunklen Rassen. Auf den Schleimhäuten gab es keine starke Pigmentierung, man sah nur hier und da nichtcharakteristische violette Fleckchen. Die Pigmentation der Haut begann bei N. G. im Sommer 1907. Er bemerkte, dass die braune Farbe im Winter nicht wie sonst schwand, dagegen wurde sie im nächsten Sommer noch intensiver und rückte mehr nach unten, so dass im October 1909 nur die Unterschenkel und Füsse von der Pigmentierung frei blieben.

Object. Befund: Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne rein, ein schwacher Accent auf dem 2. Aortaton. Die peripheren Arterien fühlen sich hart an. Puls gut gefüllt, 60—65 in der Minute. In der linken Lunge hinten Dämpfung. Die Projection der Lungenspitze auf den Thorax nach Krönig ist verengt. In der Dämpfungsgegend raues Atmen, diffuse trockene Rasselgeräusche, Husten gering, kein Sputum. Temperatur normal. Abdomen weich, schmerzlos. Stuhlgang normal, mit geringer Neigung zu Obstipation. Appetit gut. Im Urin nichts Pathologisches. Hals- und Inguinaldrüsen leicht geschwollen und hart. Reflexe normal, Gewicht 50,3 Kilo. Pirquetimpfung positiv. Darauf bekam er am 15. X eine Injection von 0,2 mg. Alt-Tuberculin Koch; es trat keine Temperaturerhöhung ein, die Reaction bestand nur in allgemein gedrückter Stimmung. Am 19. X wurde wieder 0,2 mg. Tuberculin injiciert. 22. X wurde 1 mg Tuberculin Koch injiciert. Die Temperatur stieg bis 38,2. Der Allgemeinzustand war ein sehr gedrückter, Kopfschmerz, schmerzhaftes Infiltrat an der Einstichstelle. Nach durchgemachter Tuberculin-Injectionscur Denys bekam er am 8. I 1910 noch eine Injection von 3 mg. Tuberculin Koch, und die Folge davon war nicht nur eine Localreaction, sondern eine allgemeine, die Temperatur stieg bis 38,3.

Auf Grund der angeführten Daten: rasche Abnahme der Arbeitsfähigkeit bei einem jungen Manne, der in befriedigenden Verhältnissen lebte, Erscheinen von unbestimmbaren Schmerzen mit charakteristischer Hautpigmentierung glaubten wir das Recht zu haben, Morbus Addisonii incipiens anzunehmen. Das Vorhandensein von Tuberculose, durch diagnostische Impfung bewiesen, bekräftigte noch mehr unsere Annahme. Es wurde eine Tuberculinbehandlung eingeleitet. 23 Injectionen Tuberculin Denys, angefangen mit 0,001 mg. mit allmählicher Steigerung bis 2 mg. wurden gemacht. Der Kranke vertrug diese Injectionen ohne starke Reaction. Die Temperatur blieb die ganze Zeit über normal. Das Allgemeinbefinden besserte sich allmählich. Patient nahm während seines 3-monatlichen Aufenthaltes im Hospital 4½ Kilo zu. Dabei begann ein schnelles Schwinden der Pigmentierung. Dieser Process begann am Gesicht, um auf den Brustkorb überzugehen, und als Patient am 10. Januar das Hospital verliess, waren nur noch dunkle Flecken an den Schläfen, auf dem Rücken, dem Bauch und den Genitalien sichtbar, obgleich auch hier die Hautfarbe heller war als zuvor. Die Gesichtsfarbe und die Farbe der Hände unterschied sich nicht von der der anderen Partien.

Der Patient verliess das Hospital, weil er sich für arbeitsfähig hielt, versprach jedoch, die Behandlung ambulatorisch fortzusetzen. Angesichts der im übrigen indifferenten pharmakologischen Therapie können wir annehmen, dass die Besserung seines Zustandes — Gewichtszunahme, Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit und deutliches Erbleichen der Haut — dem Tuberculin zuzuschreiben ist. Zur Controlle dieser Annahme wäre es höchst wünschenswert, bei Anfangsstadien des Morbus Addisonii Tuberculininjectionen zu versuchen.

Discussion.

M. Schiperowitsch beobachtete auch einen Fall von Morbus Addisonii mit Leichengeruch aus dem Munde. Der Patient starb an einer acuten Lungenentzündung. Er bezweifelt die Diagnose — Morbus Addisonii des demonstrierten Falles: 1) entspricht dieser Krankheit das Alter des Patienten nicht, 2) ist es nicht möglich, dass Patienten vom Morbus Addisonii genesen. Im soeben angeführten Falle könnte es sich um eine gewöhnliche Pigmentierung handeln mit darauf folgendem Erbleichen der Haut.

Kascherinowa gibt zu, dass es schwer ist, die Addissonsche Krankheit für den vorliegenden Fall tatsächlich zu beweisen, doch wären deutliche Broncefärbung der Haut, beginnende Asthenie und Schmerzen in der rechten Seite ohne objective Daten untrügliche Zeichen des Morbus Addisonii incipiens.

N. Iwanow: Wir haben früher nie eine Genesung beim Morbus Addisonii gesehen, deshalb würde ich den Vorschlag machen, in ähnlichen Fällen das Tuberculin anzuwenden.

Sternberg erprobte in einem Fall von Morbus Addisonii die Tuberculinreaction und erhielt auf der rechten Körperhälfte eine bedeutend stärkere Reaction als auf der linken. Die eingeleitete Tuberculinbehandlung war erfolglos, und der Kranke starb. Bei der Section erwies es sich, dass die glandulae suprarenales stark tuberculös waren und zwar rechterseits stärker als linkerseits. Wenn man die Tuberculininjectionen anwenden will, so kann es nur in leichten Fällen geschehen. Man muss mit der Vortragenden übereinstimmen, dass wir in unserem Falle ex juvantibus Tuberculose der Suprarenaldrüsen annehmen dürfen.

G. Zeidler: Demonstration eines von einer Meningitis genesenen Patienten. (Erschienen in Nr. 45 der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift).

Discussion.

Krewer: In dem Obuchowhospital für Frauen gab es mehrere Fälle von Genesung nach Meningitis. Von den 8—11 Fällen, die jährlich aufgenommen werden, genesen 5—6, also ungefähr 50 pCt. Als Pendant zum Falle des Vortragenden habe ich eine Kranke mit Meningitis beobachtet, wo die Lumbalpunction eine trübe, seröse Flüssigkeit ergab. Am folgenden Tage fiel die Temperatur kritisch, ohne wieder anzusteigen. Die Patientin genas vollständig.

Kernig: dieser Fall steht einzig da, wo durch die Punction nach Quincke ein eclatanter Erfolg in einem verhältnismässig weit vorgeschrittenen Stadium der Meningitis erzielt worden ist.

Jappa hat einen Fall von typischer Meningitis am Ende eines Typhus abdominalis zu verzeichnen. Nach Lumbalpunction, die eine trübe Flüssigkeit ergab, genas Pat. Die Diplopie hielt am längsten an.

Netschajew weist auf den interessanten Zusammenhang von Genesung und experimenteller Virulenz bei Meningitis hin und hält es für höchst notwendig, diese Frage weiter zu erforschen und zu klären.

6. P. Sidorenko: Ueber den therapeutischen Wert des Fibrolysins auf Grund experimenteller und klinischer Untersuchungen. Der Vortr. kommt auf Grund seiner Untersuchungen in der Abteilung Prof. Zeidlers zum Schluss, dass dem Thiosinamin und seinen Derivaten jeglicher Einfluss auf das Narbengewebe und die Lymphsecretion abzusprechen ist. Auch in den Blutverhältnissen ruft das Fibrolysin nur ganz unregelmässige Schwankungen hervor. (Erscheint in den Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie).

Discussion.

Schiperowitsch erwähnt zwei Fälle, in welchen Patienten zu 40 und 60 Fibrolysininjectionen ohne Resultat erhielten.

H. Zeidler: die Chirurgen begrüssten mit Freuden die neue Heilmethode, und ich selbst habe in den 90-ger Jahren im Obuchowhospital für Frauen mit Thiosinamin und dessen Derivaten gearbeitet. Da ich aber keine objectiven Resultate erhielt, liess ich die Behandlung mit Fibrolysin fallen. In der Literatur jedoch erscheinen immer noch Mitteilungen über erfolgreiche Resultate. Leider sind diese Mitteilungen mit starkem Subjectivismus gewürzt. Die besten Resultate erhält man gewöhnlich bei Oesophagus- und Pylorusstenosen, doch ist es uns längst bekannt, wie schwer es ist, den Grad der Stenose zu bestimmen. Nach den so überaus gründlichen experimentellen und klinischen Untersuchungen des Vortragenden muss man zur Ueberzeugung kommen, dass das Fi-

brolysin absolut keine Wirkung auf das Narbengewebe ausübt und deshalb keinen therapeutischen Wert hat.

Moisejew: auch im pathologisch-anatomischen Institut wurden Versuche mit Fibrolysin angestellt, und wir kamen in der Tat zu ganz negativen Resultaten.

S. Wladislawlew weist auf einen Fall hin, wo das Fibrolysin bei einer Narbe an der Hand unzweifelhaft eine anästhesierende Wirkung ausgeübt hat.

Sidorenko: dieser Fall kann nicht für beweisend gelten, da keine Controllinjectionen mit Wasser oder einer anderen indifferenten Flüssigkeit gemacht wurden. Er habe niemals eine anästhesierende Wirkung beobachtet.

Grekow weist gleichfalls auf erfolglose Versuche mit Fibrolysin im Obuchowhospital für Frauen hin.

Referent L. Oeser.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Am 13. November findet die Feier der 100. Wiederkehr des Geburtstages des grossen russischen Chirurgen N. Pirogow statt.

— Hochschulnachrichten.

St. Petersburg. Zum Chef der Militär-Medicinischen Akademie ist der Prof. der Chirurgie, Geheimrat N. Weljaminow ernannt.

Moskau. Zum Dekan der medicinischen Facultät an der Universität ist der Prof. der Anatomie Dr. D. Sernow ernannt.

Charkow. Am 1. November fand die Eröffnung des Medicinischen Instituts für Frauen statt. Zum Director ist Prof. Dr. W. Danilewskij ernannt.

— Der 32. Balneologen-Congress wird vom 2. bis 6. März 1911 in Berlin tagen. Es ist dem Vorstande auch diesmal wieder gelungen, bedeutende Autoritäten für Vorträge über die verschiedensten Themata der Balneologie zu gewinnen. Von den Mitgliedern der Balneologischen Gesellschaft hat eine grosse Anzahl gleichfalls interessante Vorträge angemeldet. Weitere Anmeldungen von Vorträgen erbittet möglichst bald, spätestens bis zum 31. December d. J. der Generalsecretär Geheimrat Brock, Berlin NW. 52, Thomasiusstrasse 24. Die Sitzungen des Congresses finden im Hörsaale des Poliklinischen Instituts der Universität, Ziegelstrasse 18/19, statt. Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von medicinischen Apparaten und Präparaten verbunden.

— Der nächste Cyklus der Ferienkurse der Berliner Docenten-Vereinigung beginnt am 2. März 1911 und dauert bis zum 29. März 1911 und die unentgeltliche Zusendung des Lections-Verzeichnisses erfolgt durch Herrn Melzer, Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus), welcher auch sonst hierüber jede Auskunft erteilt.

— Verbreitung der Cholera. Oesterreich-Ungarn. In Ungarn erkrankten vom 16. bis 22. Oct. 28 Personen, vom 23. bis 29. Oct. 6 Personen. In Slavonien erkrankten vom 15. bis 22. Oct. 11 Personen, vom 23. bis 29. October 5 Personen. — Italien. Vom 13. bis 19. October erkrankten in 8 Provinzen 248 Personen und starben 122. Vom 20. bis 26. Oct. erkrankten in 10 Provinzen 99 Personen und starben 64. — Türkei. Vom 11. bis 17. Oct. erkrankten in Konstantinopel 10 Personen und starben 8; vom 18. bis 24. Oct. erkrankten und starben 7 Personen. — Persien. Vom 1. bis 6. Oct. fanden in Mesched 15 Erkrankungen und 7 Todesfälle statt; in Kermanschah erkrankten vom 5. bis 11. Oct. 22 Personen. — Tripolis. In der Stadt Tripolis erkrankten vom 3. bis 16. Oct. 12 Personen und starben 9; vom 18. bis 23. Oct. erkrankten 28 und starben 22. — Britisch-Indien. In Kalkutta starben vom 18. bis 24. Sept. 17 Personen an der Cholera. — Straits Settlements. In Singapore erkrankten vom 15. bis 30. Sept. 2 Personen, in der Provinz Wellesley vom 6. bis 13. Sept. 13 Personen. — Japan. In Kobe erkrankten vom 1. bis 15. Oct. 70 Personen und starben 43, in Osaka erkrankten 369, in Kioto 150. Auf Korea erkrankten in Pyong-Yang und Umgegend bis zum 2. Oct. 70 Personen und starben 40. — Philippinen. Vom 3. Sept. bis 1. Oct. erkrankten in Manila 35 Personen und starben 29. In den Provinzen erkrankten 840, starben 601.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben: vom 17. bis zum 23. October	Erkrankt und gestorben: vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	25 (15)	4560 (1647)	7. Juni
» Kronstadt	— (—)	246 (136)	8. Juli
Gouv. St. Petersburg	3 (1)	625 (319)	24. Juni
» Olonez	— (—)	21 (12)	7. Aug.
» Nowgorod	— (—)	466 (268)	7. Juli
» Mogilew	1 (—)	726 (341)	14. Mai
» Witebsk	1 (1)	406 (163)	21. April
» Podolien	1 (1)	1282 (581)	7. Juli
» Kiew	21 (9)	3997 (1531)	3. Mai
» Kursk	— (—)	4478 (1978)	28. »
» Woronesh	3 (2)	8959 (4259)	27. »
» Nishnij Nowgorod	— (—)	2324 (1041)	24. Juni
» Ssimbirsk	— (—)	3621 (1868)	10. »
» Ssamara	26 (9)	18526 (7781)	9. »
» Ssaratow	5 (4)	6163 (2575)	7. »
» Perm	— (—)	743 (274)	3. »
» Orenburg	26 (11)	3335 (1625)	4. Juli
Turgai-Gebiet	1 (—)	205 (114)	13. »
Gouv. Jekaterinoslaw	8 (4)	18835 (8671)	10. Jan.
Stadt Ssewastopol	2 (2)	82 (50)	10. Juni
Gebiet der Donkosaken	— (—)	21548 (9919)	21. Mai
Stadt Odessa	— (—)	603 (339)	17. »
Gouv. Cherson	3 (1)	10059 (4451)	11. »
Schwarzmeergouvernement	— (—)	671 (231)	4. Juni
Kuban-Gebiet	— (—)	23566 (12161)	26. Mai
Stadt Baku	2 (1)	1294 (538)	4. Juni
Gouv. Baku	— (—)	1618 (908)	19. April
» Tiflis	1 (—)	1911 (725)	6. Juni
Dagestan-Gebiet	— (—)	1539 (739)	29. »
Gouv. Erivan	— (—)	1212 (704)	8. Juli
Transkaspi-Gebiet	1 (—)	317 (186)	19. Juni
Ssyr-Darja-Gebiet	1 (—)	184 (117)	13. Juli
Fergan-Gebiet	2 (6)	112 (66)	7. Sept.
Akmolinsk-Gebiet	3 (3)	807 (340)	23. Juli
Gouv. Tobolsk	— (—)	452 (216)	9. »
» Tomsk	— (—)	396 (160)	8. Juni
Amur-Gebiet	9 (11)	142 (89)	29. Aug.
Küsten-Gebiet	25 (29)	440 (280)	22. Sept.
Im Ganzen	170 (110)	213941 (99882)	

	Erkrankt und gestorben: vom 24. bis zum 30. Oct.	Erkrankt und gestorben: vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	6 (7)	4566 (1654)	7. Juni
Gouv. St. Petersburg	2 (—)	627 (319)	24. »
» Nowgorod	— (—)	466 (271)	7. Juli
» Mogilew	2 (—)	728 (341)	14. Mai
» Witebsk	3 (—)	410 (163)	21. April
» Smolensk	— (—)	360 (195)	10. Juli
» Podolien	— (—)	1282 (585)	7. »
» Kiew	22 (8)	4011 (1536)	3. Mai
» Tschernigow	— (—)	2249 (949)	13. »
» Charkow	2 (—)	7901 (4229)	8. »
» Woronesh	2 (—)	8961 (4259)	27. »
» Rjasan	2 (—)	2190 (961)	19. Juni
» Kasan	1 (—)	3844 (1857)	19. »
» Ssamara	5 (—)	18527 (7779)	9. »
» Ssaratow	— (—)	6163 (2527)	7. »
» Ufa	2 (1)	3127 (1815)	29. »
» Orenburg	— (—)	3335 (1625)	4. Juli
Turgai-Gebiet	— (—)	205 (114)	13. »
Gouv. Jekaterinoslaw	5 (2)	17711 (7764)	10. Jan.
Stadt Ssewastopol	— (—)	82 (50)	10. Juni
Gebiet der Donkosaken	3 (2)	21551 (9921)	21. Mai
Gouv. Cherson	1 (—)	10060 (4451)	11. »
Kuban-Gebiet	4 (4)	23570 (12165)	26. »
Stadt Baku	1 (—)	1295 (538)	4. Juni
Gouv. Baku	— (—)	1630 (915)	19. April
» Tiflis	1 (—)	1912 (725)	6. Juni
» Erivan	2 (2)	1205 (698)	8. Juli
Ssyr-Darja-Gebiet	5 (3)	189 (120)	13. »
Fergan-Gebiet	6 (3)	120 (69)	7. Sept.
Akmolinsk-Gebiet	— (—)	807 (340)	23. Juli
Amur-Gebiet	— (—)	142 (89)	29. Aug.
Küsten-Gebiet	8 (3)	448 (283)	22. Sept.
Im Ganzen	85 (35)	213072 (99075)	

— Verbreitung der Pest. Britisch-Indien. Vom 18. Sept. bis 1. Oct. erkrankten in ganz Indien 7859 Personen und starben 5622. — Aegypten. Vom 15. bis 21. Oct. erkrankten 14 und starben 2 Personen. — Vereinigte Staaten von Nordamerika. Californien. In San Jose (Bezirk Santa Clara) fand am 5. Sept. eine Pesterkrankung statt. — Japan. Auf Formosa fanden von Anfang Januar bis Ende Juni 19 Erkrankungen und 18 Todesfälle statt. — Portugal. In Lissabon fanden Anfang November 7 pestverdächtige Erkrankungen statt, wobei in 3 Fällen tatsächlich Pest constatiert wurde.

— Die Pest in Russland.

Odessa. Am 20. October fand 1 Erkrankung statt, vom 21. bis 25. Oct. keine Erkrankung, am 25. Oct. 1 Erkrankung, vom 26. Oct. bis 2. Nov. keine Erkrankung. Am 2. November fanden 2 Erkrankungen statt, am 3. und 4. Nov. keine; am 6. November 1 Erkrankung und 1 Todesfall.

Im Dorf Roksoljany, Kreis Odessa, erkrankten vom 22. bis zum 25. Oct. 2 Personen an der Pest. Beide wurden in der Infectionsabteilung des Krankenhauses in Ovidiopol untergebracht. Nach dem 25. Oct. wurden in Roksoliany keine weiteren Erkrankungen constatiert. Das Befinden der beiden Kranken ist befriedigend.

Im Transbaikalgebiet fanden in der Ansiedelung Akurai vom 20. September bis zum 9. October 4 Todesfälle an Pest statt. Als erster erkrankte ein Ortsangehöriger, der an der Mandschurischen Grenze auf der Jagd nach Tarabaganen gewesen war.

2. Auf der Station Mandshuria der ostchinesischen Eisenbahn fanden von Anfang October bis zum 24. October unter der chinesischen Bevölkerung 81 Erkrankungen an der Pest statt, von denen 73 tötlich verliefen. Im Laufe derselben Zeit erkrankten ein russischer Feldscher und ein Sanitätsdiener (Russe). Letzterer starb am 24. October.

3. In den Bergwerken von Dshalai-Nor erkrankten 4 Pernen und starben 3.

In allen Fällen handelte es sich um Lungenpest.

In der Kirgisensteppe (Gouv. Astrachan) sind vom 13. bis zum 30. October auf der Insel Kuklen 5 Kirgisen an der Pest erkrankt und gestorben. Seitdem sind bis zum 5. November keine weiteren Erkrankungen erfolgt.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 3. bis zum 9. October 1910 456 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 30, Typh. exanth. 1, Febris recurrens 1, Pocken 17, Windpocken 18, Masern 26, Scharlach 95, Diphtherie 81, Cholera 61, acut. Magen-Darmkatarrh 66, an anderen Infectionskrankheiten 60.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 693 + 33 Totgeborene + 53 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 12, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0. Pocken 2, Masern 4, Scharlach 19, Diphtherie 12, Keuchhusten 9, crupöse Pneumonie 34, katarrhalische Pneumonie 65, Erysipelas 7, Influenza 4, Hydrophobia 0, Pustula maligna 1, Pyämie und Septicaemie 14, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 85, Tuberculose anderer Organe 14, Dysenterie 1, Gastroent. epidem. 0, Cholera 24, Magen-Darmkatarrh 32, andere Magen- und Darmerkrankungen 21, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 38, Marasmus senilis 23, andere Todesursachen 265.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug bis zum 9. Oct. 1910 12943. Darunter Typhus abdominalis 231, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 7, Scharlach 317, Masern 31, Diphtherie 259, Pocken 66, Windpocken 4, Cholera 170, acut. Magen-Darmkatarrh 58, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 102, Tuberculose 602, Influenza 171, Erysipel 130, Keuchhusten 8, Dysenterie 4, Hautkrankheiten 45, Lepra 0, Syphilis 581, venerische Krankheiten 405, acute Erkrankungen 2319, chronische Krankheiten 1861, chirurgische Krankheiten 1682, Geisteskrankheiten 3423, gynäkologische Krankheiten 305, Krankheiten des Wochenbetts 76, verschiedene andere Krankheiten 81.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 10. bis zum 16. October 1910 451 Personen. Darunter an Typh. abdom. 46, Typh. exanth. 1, Febris recurrens 0, Pocken 29, Windpocken 23, Masern 22, Scharlach 100, Diphtherie 75, Cholera 33, acut. Magen-Darmkatarrh 62, an anderen Infectionskrankheiten 60.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 685 + 49 Totgeborene + 56 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 5, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 0, Masern 6, Scharlach 19, Diphtherie 10, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 53, katarrhalische Pneumonie 57, Erysipelas 9, Influenza 5, Hydrophobia 0, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 18, Dysenterie 0, Gastro-ent. epidem. 0, Cholera 29, Magen-Darmkatarrh 28, andere Magen- und Darmerkrankungen 27, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 42, Marasmus senilis 20, andere Todesursachen 230.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 16. October 13255. Darunter Typhus abdominalis 204, Typhus exanth. 1, Febris recurrens 3, Scharlach 323, Masern 31, Diphtherie 262, Pocken 71, Windpocken 8, Cholera 151, acut. Magen-Darmkatarrh 0, choleraverdächtige Erkrankungen 0, crupöse Pneumonie 112, Tuberculose 619, Influenza 199, Erysipel 133, Keuchhusten 7, Dysenterie 0, Hautkrankheiten 58, Lepra 0, Syphilis 597, venerische Krankheiten 378, acute Erkrankungen 2434, chronische Krankheiten 1955, chirurgische Krankheiten 1670, Geisteskrankheiten 3421, gynäkologische Krankheiten 309, Krankheiten des Wochenbetts 61, verschiedene andere Krankheiten 95.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 17. bis zum 23. October 1910 379 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 32, Typhus exanth. 0, Febris recurrens 1, Pocken 22, Windpocken 14, Masern 24, Scharlach 94, Diphtherie 88, Cholera 10, acut. Magen-Darmkatarrh 40, an anderen Infectionskrankheiten 54.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 688 + 50 Totgeborene + 62 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 5, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 3, Masern 6, Scharlach 16, Diphtherie 12, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 40, katarrhalische Pneumonie 63, Erysipelas 11, Influenza 5, Hydrophobia 0, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 99, Tuberculose anderer Organe 23, Dysenterie 0, Gastroent. epidem. 0, Cholera 14, Magen-Darmkatarrh 20, andere Magen- und Darmerkrankungen 28, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 52, Marasmus senilis 26, andere Todesursachen 240.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 23. Oct. 13535. Darunter Typhus abdominalis 182, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 3, Scharlach 317, Masern 34, Diphtherie 274, Pocken 80, Windpocken 4, Cholera 113, acut. Magen-Darmkatarrh 0, crupöse Pneumonie 120, Tuberculose 625, Influenza 204, Erysipel 122, Keuchhusten 8, Dysenterie 0, Hautkrankheiten 59, Lepra 0, Syphilis 633, venerische Krankheiten 395, acute Erkrankungen 2608, chronische Krankheiten 2008, chirurgische Krankheiten 1678, Geisteskrankheiten 3408, gynäkologische Krankheiten 317, Krankheiten des Wochenbetts 69, verschiedene andere Krankheiten 108.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 17. October plötzlich in Moskau Dr. A. Bulnewitsch, geb. 1878, approb. 1904. 2) Am 21. Oct. in Odessa Dr. E. Schtschedrowitsch, geb. 1876, approb. 1898. 3) Am 23. Oct. in St. Petersburg Dr. A Sapatsch-Sapotschinski, geb. 1862, approb. 1902. 4) Dr. A. Trussow, geb. 1868, approb. 1893. 5) Die Aerztin S. Gurwitsch im Alter von 43 Jahren. 6) In Kasan nahm der Stadtarzt Dr. Kutlubajew sich das Leben durch Cocainvergiftung. Er war 1875 geboren und 1904 approbiert. 7) Am 27. October in Odessa Dr. A. Jegorowskij, geb. 1857, approb. 1884. 8) In Warschau Dr. L. Michalewski, geb. 1836, approb. 1860. 9) In Seradsa (Gouv. Kalisch) erschoss sich Dr. A. Podzechowski, geb. 1850, approb. 1873. 10) In Saratow Dr. V. Mikuzki, geb. 1854, approb. 1878. 11) In Paris der berühmte pathologische Anatom Dr. Lancereaux im Alter von 81 Jahren, früher mehrere Jahre hindurch Präsident der Pariser Akademie. 12) Dr. O. Hernandez Professor der externen Pathologie an der medicinischen Facultät in Buenos-Ayres.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 16. Nov. 1910.

Tagesordnung: 1) Dobbert. Die vaginalen Methoden in der Gynäkologie.
2) Hesse. Zur Frage der röntgenologischen Diagnose der Nierendystopien.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1911.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Nov. 1910.

Tagesordnung: Schiele: Einige Beobachtungen über das Antigonococcenserum.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig,** St. Petersburg. **Dr. O. Brehm,** Libau. **Dr. X. Dombrowski,** St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne,** Moskau. **Dr. P. Hampeln,** Riga.
Dr. H. Hildebrand, Mitau. **Dr. W. Kernig,** St. Petersburg. **Dr. L. v. Lingen,** St. Petersburg. **Prof. O. v. Petersen,** St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann,** Moskau. **Dr. Ed. Schwarz,** Riga.
Prof. G. Tiling, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach,** St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen,** St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann,** St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen,** Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 47 St. Petersburg, den 20. November (3. Dec.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Die interne Anwendung der Sauerstoff-Novozon-Präparate.

Von

Dr. I. Silberstein.

Während wir in den letzten Jahren zahlreiche therapeutische Moden mitgemacht und alle uns verfügbaren Kräfte und Stoffe zum Fortschritt in der Heilkunst verwendet haben, muss es eigentlich befremdend wirken, dass dasjenige Element, welches für das animalische Leben unbedingt notwendig ist und jeden Augenblick zur Verfügung stehen muss, in der Therapie bisher sehr stiefmütterlich behandelt und ebenso wenig beachtet wie verwendet wurde. Dies Element ist der Sauerstoff. Die Ursachen hiervon dürften wohl folgende sein. Während man früher den Sauerstoffmangel fast nur unter dem Symptome der Atemnot anerkannte und gegen diese dann allenfalls zu einer künstlichen Sauerstoffzufuhr in Form von Sauerstoffinhalationen gegriffen wurde, hat uns nunmehr die Pathologie eine grosse Reihe von Krankheiten gezeigt, bei denen die mangelhafte Oxydation die Hauptrolle spielt. Mit den Hilfsmitteln, welche dem praktischen Arzte bei der Krankenuntersuchung gegenwärtig zur Verfügung stehen, kann er diese mangelhafte Oxydation ungleich leichter als früher erkennen und danach sein therapeutisches Vorgehen einrichten. Dazu kommt ferner noch eine grosse Anzahl von Krankheiten, wo es sich nicht um die mangelhafte Oxydation handelt, sondern darum, dass der Sauerstoff bestimmte, mehr locale Heilwirkungen ausüben soll. Diese beiden Hauptindicationen der Sauerstofftherapie sind in ihrem Wesen ganz verschieden, und ich will sie dementsprechend getrennt behandeln, bespreche jedoch zuvor noch die hierbei in Betracht kommenden Präparate.

So lange uns die Chemie kein Präparat lieferte, welches uns in den Stand setzte, dem Körper in bequemer und gut dosierbarer Weise Sauerstoff zuzuführen, konnte auch eine eigentliche Sauerstoffheilmethode nicht aufkommen. Erst mit der Entdeckung des Wasserstoffsuperoxyds, besonders aber mit der Herstellung der Metallsuperoxyde wurde dies möglich und die Sauerstofftherapie konnte mehr in Frage kommen. Es zeigte sich aber bald, dass das Wasserstoffsuperoxyd wegen der allzu stürmischen Entwicklung von freiem Sauerstoff intern nicht angewendet werden kann, und deshalb war es natürlich, dass man zunächst zu den Metallverbindungen des Wasserstoffsuperoxyds überging.

Es ist ein unstreitiges Verdienst des Dr. Friedrich Hinz in Berlin, die Metallsuperoxyde in jahrelangen Versuchen auf ihre Brauchbarkeit und therapeutische Wirksamkeit geprüft zu haben, und als Frucht dieser unermüdlichen Arbeit hat er vor fast 10 Jahren das Novozon der medicinischen Welt zur weiteren Prüfung übergeben, und man kann gleich hinzufügen, dass das neue Präparat dieser Prüfung vor kritischen Richtern standgehalten hat und heute bereits viel angewendet wird.

Das Novozon entspricht der Zusammensetzung MgO_2 und stellt ein weisses, geruchloses, mikrokristallinisches Pulver von 22—28% Magnesiumsuperoxyd resp. 10—12% Sauerstoffgehalt dar, ist unlöslich in Wasser, aber leicht löslich im Magensaft.

Um die Pharmakodynamik des Novozons zu verstehen, ist es notwendig, die Reactionsfähigkeit des Präparates, wie sie sich in vitro darstellt, kennen zu lernen. Die Reactionen des Wasserstoffsuperoxyds und der Metallsuperoxyde sind im Wesentlichen die gleichen. Aus dem Novozon wird z. B. schon durch schwache Säuren (Kohlensäure, verdünnte Salzsäure oder Schwefelsäure) Wasserstoffsuperoxyd frei gemacht, welches dann seine weiteren Wirkungen entfaltet. Es wirkt auf dreierlei Art: 1. oxydierend. Das Wasserstoffsuperoxyd gibt sehr leicht Sauerstoff an oxydationsbedürftige Verbindungen ab. 2. reducierend. So merkwürdig dies auch erscheinen mag, so ist es dennoch Tatsache, dass das Wasserstoffsuperoxyd, mit hoch oxydierten Körpern (z. B. der Chromsäure) zusammengebracht, auf diese reducierend wirkt unter Bildung von freiem Sauerstoff. 3. katalytisch. Metalle in fein

verteiltem Zustande, zahlreiche organische Körper und Gewebe, speciell die Nukleinsubstanzen, zerlegen das Wasserstoffsuperoxyd in seine Componenten (Wasser- und Sauerstoff), ohne selbst eine Veränderung zu erfahren. Bei der Anwendung im menschlichen Körper, treten stets die unter 1 und 3 erwähnten Reactionen ein, während die Reaction 2 wohl mehr für den Laboratoriumversuch in Betracht kommt.

Auch die Wirkungen des Novozons spielen sich nach obigen Reactionen ab, indem aus dem Novozon zunächst Wasserstoffsuperoxyd gebildet wird. Trotzdem dürfte für die interne Anwendung nur das Novozon allein anwendbar sein und zwar aus folgenden Gründen;

1) Eine concentrierte Lösung von Wasserstoffsuperoxyd zersetzt sich sehr leicht eventuell unter Explosion. Auch verdünnte Lösungen sind wenig beständig und zersetzen sich schon bei Licht und Wärme oder wenn sie nicht vollkommen rein gehalten werden. Ein solches Präparat ist also nicht haltbar.

2) Die Zersetzung und Entwicklung von Sauerstoff geht zu stürmisch vor sich. Der freiwerdende Sauerstoff geht, bevor er die beabsichtigte Wirkung entfalten kann, anderweitig verloren.

3) Infolge der stürmischen Sauerstoffentwicklung können bei innerlicher Anwendung Vergiftungserscheinungen eintreten.

Alle diese Nachteile sind bei dem Novozon nicht vorhanden. Es ist unbegrenzt haltbar, vollkommen unschädlich und seine Wirkung ist infolge der allmählichen Zersetzung langsam aber nachhaltig.

Dass aus dem Novozon durch verdünnte Säuren tatsächlich das Wasserstoffsuperoxyd frei gemacht wird, davon kann man sich leicht durch den bekannten qualitativen Nachweis überzeugen. Man gibt in ein Glas eine Messerspitze Novozon, löst es mit Wasser, zu dem einige Tropfen Salzsäure hinzugefügt waren, setzt etwas Caliumbichromatlösung hinzu und etwas Aether. Die entstandene blaue Farbe geht beim Schütteln in den Aether über, der tiefblau gefärbt wird.

Auch Möller, der über den Chemismus der Novozonpräparate zahlreiche Versuche angestellt hat, kommt zu dem Resultate, dass im Magen aus dem Novozon das Wasserstoffsuperoxyd und aus diesem activer Sauerstoff frei wird, der teils an Ort und Stelle seine Wirkung entfaltet, teils aber durch die Magen- und Darmwand diffundiert, in Lymphe und Blut übergeht und dabei eine oxydierende Wirkung auf verschiedene Stoffwechselproducte ausübt.

Novozon bei Stoffwechselstörungen.

Die oxydierende Wirkung des Novozons kommt therapeutisch vor allem bei den Stoffwechselkrankheiten zur Anwendung, welche zum grossen Teile auf einer mangelhaften Oxydationstätigkeit der Gewebe beruhen.

Das klassische Beispiel dieser Krankheiten ist der Diabetes. Als solchen bezeichnen wir eine durch Glykosurie als Hauptsymptom charakterisierte Stoffwechselstörung. Wenn wir von den durch bestimmte, anatomisch nachweisbare Erkrankungen (Leber, Bauchspeicheldrüse, Gehirn) bedingten Glykosurien absehen, erscheint der Diabetes durch mangelhafte Oxydationsfähigkeit der Gewebszellen hervorgerufen. Im normalen menschlichen Organismus werden die Kohlehydrate zu Kohlensäure und Wasser verbrannt, während beim Diabetiker ein kleinerer oder grösserer Teil derselben unverbrannt ausgeschieden wird. Wenn wir für diese Oxydation eine chemische Gleichung aufstellen,

$$C_6H_{10}O_5 + H_2O + O_{12} = 6H_2O + 6CO_2$$

so ergibt sich, dass 162 Teile Kohlehydrat, 192 Teilen Sauerstoff entsprechen, also dem Tagesbedarf von ca. 500 g. Kohlehydraten, etwa 600 g. Sauerstoff, welcher normaler Weise durch die Atmung aufgebracht wird. Der Diabetiker vermag nun die Kohlehydrate nicht zu oxydieren. Bei starkem Diabetes ist überdies eine verminderte Sauerstoffaufnahme nachgewiesen. Es ist daher der Versuch, durch interne Sauerstoffdarreichung der mangelhaften Oxydation nachzuhelfen, nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Dass der freiwerdende Sauerstoff auch im Blute wirksam ist, beweist der Versuch mit Methylenblau. Nach Verabreichung von Methylenblau erscheint der Urin durch Ausscheidung des unzersetzten Farbstoffs 3—4 Tage hindurch blaugrün. Gibt man jedoch nach den ersten blaugrünen Urinportionen, nachdem das Methylenblau also bereits im Blute circuliert, Magnesiumsuperoxyd (Novozon), so schwindet sofort die blaugrüne Färbung. Das Methylenblau wurde im Blute resp. in den Geweben zersetzt.

Die Wirkung des Novozons bei dem Diabetes wäre demnach in folgender Weise zu erklären: durch den activen Sauerstoff werden zum Teil schon im Magen-Darmcanal, zum Teil erst im Blute und in den Geweben die vorhandenen Zwischenstufen der Oxydation (Aceton, Acetessigsäure, Zucker) oxydiert. Die Wirkung des Novozons wäre dann eigentlich keine causale, wenn sie damit erschöpft wäre, dass die vom Diabetiker nicht genügend oxydierten Zerfallsproducte der Kohlehydrate zu Kohlensäure und Wasser verbrannt werden. Indem aber fast alle Symptome des Diabetes auf die Glykosurie oder vielmehr auf die Hyperglykämie zurückzuführen sind, beseitigt die Sauerstoffbehandlung mit der letzteren auch noch alle sonstigen diabetischen Symptome, und die geschonten Gewebe können mit der Zeit wieder ihre frühere Oxydationsfähigkeit gewinnen.

Dass das Novozon tatsächlich den Zucker oxydiert, davon kann man sich leicht in der Weise überzeugen, dass man zuckerhaltigen Harn der Nylanderschen Probe unterzieht. Setzt man nämlich dem Zuckerharn vorher etwas Novozon hinzu und erwärmt ihn kurze Zeit auf 37 Grad und macht dann die Zuckerprobe, so fällt diese negativ aus. Es kann also keinem Zweifel unterliegen, dass das Novozon den Zucker oxydiert. Abgesehen davon, hat aber die Verabreichung von Novozon bei Diabetes noch eine andere gute Folge. Es ist bekannt, dass beim Diabetiker die Blutalkalescenz herabgesetzt und dass gerade die schwersten Symptome, die das Leben des Diabetikers bedrohen (coma diabeticum), eine Folge dieser Acidosis sind. Durch die Verabreichung von Novozon wird nun dem Patienten Magnesium zugeführt, das als basisches Metall viel Säure zu binden vermag und so dem Zustandekommen der Acidosis vorbeugt.

Die Behandlung des Diabetes mit Novozon bietet insofern gewisse Vorteile, als es bei dieser Therapie möglich erscheint, dem Patienten grössere Mengen von Kohlehydraten als sonst in der Kost zu gestatten, ohne dass die Zuckerausscheidung dadurch ungünstig beeinflusst wird. Hat man z. B. festgestellt, dass ein Diabetiker mit 80 g. täglicher Zufuhr von Kohlehydraten zuckerfrei ist (Toleranz des Diabetikers), so kann man bei gleichzeitigem Novozongebrauch diese Menge vielleicht auf 150 g. erhöhen, ohne dass Zucker im Urin erscheint. Es wird demnach die Toleranz des Diabetikers durch die Sauerstoffbehandlung erhöht. Welcher Vorteil hierin liegt, wird jeder praktische Arzt ermessen können. Der Kostzettel kann dadurch viel abwechslungsreicher gestaltet werden, dem Patienten braucht man nicht so grossse Fettmengen zu geben, und dieser wird deshalb auch nicht so oft über Magenindisposition klagen.

Eine andere Stoffwechselanomalie, in welcher mangelhafte Oxydation eine wesentliche Rolle spielt, wird, obgleich wenig zutreffend, meist als Harnsäurediathese bezeichnet.—Wie bei dem Diabetes der Zucker als mangel-

haft oxydiertes Spaltungsproduct der Kohlehydrate circuliert, so circuliert hier im Blute eine übergrosse Menge Harnsäure als Spaltungsproduct mangelhaft oxydierter Eiweisskörper. — Früher meinte man einerseits, dass die Ueberladung des Blutes mit Harnsäure auf eine verminderte Ausscheidungsfähigkeit durch die Nieren zurückzuführen sei, während andererseits nach den Untersuchungen von Horbaczewski und Ebstein der Harnsäurediathetiker mehr Harnsäure bilden und weniger oxydieren sollte. Dem widerspricht Haig und sieht die Ursache des vorhandenen Harnsäureüberschusses in verstärkter Harnsäureeinfuhr mit der Nahrung, welchen dann die Oxydation nicht zu bewältigen vermag. Natürlich können auch andere Spaltungsproducte im Blute toxische Erscheinungen hervorrufen.

Die Behandlung der Harnsäurediathese mit Novozon basiert demnach auf analogen Voraussetzungen, wie die Behandlung der Zuckerkrankheit. Winterberg hat Stoffwechselversuche ausgeführt, wo in einer Vorperiode, Versuchsperiode und Nachperiode von je 6 Tagen die gleiche tägliche Kost, in der Versuchsperiode aber ausserdem 4 g. Novozon täglich eingegeben wurde. Darauf zeigte sich ein bedeutendes Ansteigen der ausgeschiedenen Harnstoffmenge, was eben nur auf einen gesteigerten Stickstoffzerfall zurückzuführen ist. Auch die Harnmenge selbst wird auf $2^1/_2$ Liter erhöht, denn das Novozon wirkt wohl indirect auch diuretisch. Dadurch wird eine stärkere Durchspülung des Körpers und damit eine Auflösung eventueller Harnsäureablagerungen erzielt.

Eine dritte Gruppe von Stoffwechselstörungen wird unter dem Sammelbegriff Fettsucht zusammengefasst. Wie v. Norden ausführt, können 3 Formen von Fettsucht schon heute auseinandergehalten werden.

1. Fettsucht infolge von Ueberernährung. Die Uebernährung kann eine absolute sein, also eine das normale Kostmass effectiv überschreitende, oder sie ist nur relativ, d. h. eine die Grösse und das Arbeitsmass des bezüglichen Individuums übertreffende. Hier muss eben das Kostmass eingeschränkt werden, insbesondere natürlich die Zufuhr der Fettbildner, Fette und Kohlehydrate.

2. Eigentliche Fettsucht, constitutionelle Fettsucht, Fettsucht im engeren Sinne, das ist die Fettsucht bei normalem Kostmass. Speciell diese Fettsucht, die auch die häufigste ist, kommt für die Sauerstoffbehandlung besonders in Betracht, und Novozon hilft für die Pathogenese dieser Fettsucht eine interessante Theorie aufzustellen. Die Fette und Kohlehydrate der Nahrung haben die Aufgabe, dem Körper die für seine Functionen notwendige Energie zuzuführen. Diese erscheint in verschiedener Form, vorzugsweise als Wärme und mechanische Energie. Es ist ein physiologisches Gesetz, dass bei jeder Bewegung, bei jeder Muskelcontraction gleichzeitig Wärme erzeugt wird. Das Mengenverhältnis dieser beiden Energien, wie sie bei einer Muskelcontraction erzeugt werden, ist aber bei verschiedenen Menschen verschieden. Ebenso wie etwa verschiedene Dampfmaschinen verschieden ökonomisch arbeiten, so auch die Menschen. Während es sich aber bei der Dampfmaschine darum handelt, möglichst viel der zugeführten Spannkraft in mechanische Energie umzuwandeln und möglichst wenig als Wärme entweichen zu lassen, ist dies beim menschlichen Körper nicht der Fall, hier soll vielmehr eine gewisse Wärmemenge zur Erhaltung der Eigentemperatur fortwährend erzeugt werden. Der Fettsüchtige produciert tatsächlich weniger Wärme, die Temperatur in den äusseren Körperpartien ist geringer, und dadurch kommt es wohl wieder leichter zu einer Ablagerung von Fett im Unterhautzellgewebe. Im letzten Grunde kommt die Sache auch auf mangelhafte Oxydationsfähigkeit heraus.

Für diese Form der Fettsucht wird sich deshalb auch die Sauerstoffbehandlung eignen. Durch den im Blute kreisenden Sauerstoff wird eine lebhaftere Verbrennung des Fettes und der Kohlehydrate unterhalten und es wird bei normaler Tageskost und mässiger Arbeit ein langsames Schwinden des angesetzten Fettes, eine Verminderung des Körpergewichtes und aller sonstigen mit den beiden verbundenen Beschwerden zu constatieren sein.

Die dritte Form der Fettsucht, welche auf eine krankhafte Veränderung in der inneren Secretion der Schilddrüse zurückzuführen ist, wird mit Thyreoidin bekämpft, aber auch da ist die Anwendung von Novozon zumindest des Versuches wert.

Schliesslich möchte ich vom Gesichtspunkte der Stoffwechselstörungen noch das grosse Heer von Krankheitssymptomen erwähnen, welche unter der Bezeichnung „Neurosen" zusammengefasst werden. Auch mit den feinsten Methoden hat man bei diesen keine anatomischen Veränderungen nachweisen können. Es sind eben functionelle Erkrankungen, welche durch Störungen des Gewebsstoffwechsels der Nervensubstanz verursacht werden. Schon der Umstand der gesteigerten Phosphorausscheidung deutet darauf hin, dass ein erhöhter Zerfall von Nervensubstanz bei diesen Krankheiten vorhanden ist. Dieser Zerfall wird aber meist durch einen relativen Sauerstoffmangel im Nervengewebe verursacht. Wie sehr empfindlich die Nervensubstanz und vor allem das Gehirn auf Sauerstoffmangel reagiert, kann man ja daraus ersehen, dass Bewusstlosigkeit das erste fast momentan auftretende Symptom der Entziehung der Atemluft ist.

Je grösser nun die Tätigkeit des Nervensystems ist, desto grösser sein Sauerstoffbedarf. Wird diesem Bedarfe nicht entsprochen, so zerfällt, degeneriert die Nervensubstanz, und es treten die schwersten Nervensymptome auf. Unter gewöhnlichen Umständen kann jedoch auf dem Wege der Atmung und Circulation dem Nervensystem eine begrenzte Menge Sauerstoff zugeführt werden, und die regulatorischen Vorrichtungen, über welche der Organismus zur Regelung der Sauerstoffzufuhr zu den Nerven und zu dem Gehirn verfügt, sind der Schlaf, sowie die Erweiterung und Verengerung der Gefässe.

Durch Verordnung von Novozon solchen Kranken (Neurasthenikern) kann man dem Sauerstoffmanko im Nervensystem entgegenarbeiten, und dass das Nervengewebe eine besonders starke Affinität zum Sauerstoff hat, zeigte Ehrlich durch seine Versuche über die Reductionsfähigkeit der Hirnsubstanz.

Hier möchte ich noch einen instructiven, leicht ausführbaren Versuch erwähnen, der den tatsächlichen Uebergang von Sauerstoff aus einer Novozonlösung ins Blut ad oculos demonstriert.

In einer weiten, unten geschlossenen Probierröhre wird Novozon mit Wasser übergossen und einige Tropfen Salzsäure hinzugesetzt. Steckt man nun in diese Lösung (durch einen durchbohrten Gummistöpsel) eine mit venösem Blut gefüllte enge Glasröhre, die oben zugeschmolzen, unten durch eine Rindsdarmmembran geschlossen ist, dann kann man in kurzer Zeit im Blute Oxyhämoglobin mit dem Spektroskop nachweisen.

Gehen wir nun zur Wirkung des Novozon bei anderen Erkrankungen über.

Während ich in vorstehenden Zeilen die Bedeutung des Sauerstoffs für den Stoffwechsel auseinandergesetzt und die Wirksamkeit der Sauerstoffbehandlung bei vielen Stoffwechselkrankheiten besprochen habe, will ich im Nachfolgenden mehr die localen, nicht den Stoffwechsel betreffenden Wirkungen des Sauerstoffs und die darauf gegründete Therapie behandeln.

Nach den Lehren der Physiologie wird die normale

Atmung durch einen Reiz unterhalten, welchen das in der Atempause sauerstoffarm gewordene Blut auf das Atemcentrum am Boden des 4. Hirnventrikels ausübt. Unter Umständen ist nun die Reizbarkeit dieses Centrums erhöht, es entsteht trotz guter Atmung das Gefühl des Lufthungers, Dyspnoe. Das sogenannte nervöse Asthma scheint auf einer solchen Störung des normalen Atmungsreflexes zu beruhen. Es ist klar, dass eine neue Sättigung des Blutes mit Sauerstoff diesen Zustand heben wird. Da jedoch das Inhalationsverfahren mit Sauerstoff sehr umständlich und kostspielig ist, auf dem Lande der Sauerstoff überhaupt nicht zur Verfügung steht, wird der Arzt auf die Inhalationsmethode in den meisten Fällen verzichten müssen. Wie nun Dr. Georg Luda in Berlin mitteilt, können durch interne Darreichung von Novozon die Symptome der Dyspnoe und des Asthma ganz oder zum Teil zum Schwinden gebracht werden. Die diesbezüglichen Erfahrungen finden sich in dessen Schrift: Asthma, eine Kohlensäurevergiftung (Verlag von Ebering, Berlin 1906).

In engem Zusammenhang mit dem Vorigen scheint auch die Wirkung des Novozons bei Herzschwäche zu stehen. Zickel und Winterberg haben mit dem Sphygmomanometer nachgewiesen, dass $^1/_2$ Stunde nach Verabreichung von mehreren Grammen Magnesiumsuperoxyd sowohl die Pulshöhe als auch die Rückstosselevation zunimmt, während die Pulsfrequenz kleiner wird, lauter Zeichen, die auf eine verstärkte Herztätigkeit hinweisen. Die Wirkung innerlicher Novozongaben ist weit anhaltender als nach Sauerstoffinhalationen und lässt sich überdies durch kleinere Novozongaben in entsprechenden Intervallen in eine langandauernde verwandeln.

Die locale Wirkung des Novozons besteht darin, dass der aus dem Präparate frei werdende Sauerstoff Spaltpilze und deren Keime abtötet, sowie Gährungen verhindert. Das Präparat wirkt demnach antiseptisch und antizymotisch. Ausserdem werden die Nervenendigungen auf Schleimhäuten angeregt und Pigmente gebleicht.

Was nun zunächst die Anwendung des Novozons als Antisepticum und Antizymoticum betrifft, so ist bekannt, dass wir noch über viel stärker wirkende Präparate verfügen. Die meisten derselben sind jedoch giftig und für die interne Anwendung gar nicht oder wenigstens nur in so starken Verdünnungen brauchbar, dass die antiseptische Wirkung dadurch sehr problematisch gemacht wird. Die interne Anwendung des Novozons ist demgegenüber, wie heute durch zahlreiche Experimente und jahrelange Erfahrungen erwiesen ist, vollkommen unschädlich, werden doch Dosen von mehreren Grammen mehrmals nach einander gegeben, ohne dass jemals unangenehme Symptome eingetreten wären, abgesehen vielleicht von einer gelinden Abführwirkung.

Die Desinfection des Darmes wäre bei allen denjenigen Darmkrankheiten angezeigt, die nachgewiesenermassen auf das Wuchern gewisser Bakterien im Darme zurückzuführen sind, wie infectiöse Darmkatarrhe, Ruhr, Cholera und Abdominaltyphus. Bonchard, welcher die Antisepsis bei Typhus besonders rühmt, stellt gleichzeitig als Erfordernis für eine richtige Darmantiseptik die langsam erfolgende Löslichkeit des Präparates auf, da sonst das Antisepticum bereits im Magen und den oberen Darmpartien resorbiert wird. Um nun dieser Forderung zu genügen, ist es zweckmässig, das Novozon in solchen Fällen in Kapseln zu verordnen, die erst im Darme gelöst werden. Bei Typhus muss die Anwendung in den ersten Tagen der Erkrankung erfolgen, wenn sie etwas nützen soll, da später bereits eine Ueberwanderung der Bacillen in die Gekrösedrüsen eingetreten ist.

Fast noch höher als bei den acuten Darminfectionen, wo es ja immer auf ein sehr frühzeitiges Eingreifen ankommt, ist die Wirkung der Novozonbehandlung zu veranschlagen in denjenigen Erkrankungen, deren Symptome hauptsächlich auf eine abnorme Zersetzung, resp. Vergährung des Magen- und Darminhaltes zurückzuführen sind.

In erster Linie gehören hierher die im Verlaufe der Magenatonie und der Magenerweiterung auftretenden Magenbeschwerden, Brennen im Magen, Aufstossen und die durch Resorption giftiger Zersetzungsproducte auftretenden nervösen Erscheinungen (Kopfschmerz, Schwindel, Krämpfe). Ich habe selbst Gelegenheit gehabt, mich von der ausgezeichneten Wirkung des Novozons in 2 Fällen von hochgradiger Magenerweiterung zu überzeugen. Die einige Stunden nach dem Essen eingetretenen Schmerzen, Aufstossen, Sodbrennen verschwanden schon nach der ersten Novozongabe. Der freiwerdende Sauerstoff verhindert nämlich die Magengährung (Milchsäure, Buttersäuregährung), während die zurückgebliebene Magnesia die schon gebildete überschüssige Säure neutralisiert.

Versetzt man rohe Kuhmilch mit Magnesiumsuperoxyd und stellt dieselbe an einen mässig warmen Ort, so wird man bemerken, dass die Gerinnung erst spät eintritt. Diese Verzögerung wird durch Behinderung des Wachstums der Milchsäurebacterien sowie durch Neutralisation der Milchsäure hervorgerufen. Hieraus ergibt sich die Nutzanwendung für die Säuglings- und Kinderernährung.

Beim Magenkrebs findet ebenfalls eine abnorme Zersetzung des Mageninhaltes statt, so dass auch hier die Anwendung von Novozon nützlich sein kann, wenn auch nicht bezüglich der Heilung der Krankheit.

Ich komme nunmehr zur Besprechung der externen Anwendung des Novozons. Hier ist es vor allem das grosse Gebiet der Hautkrankheiten, auf welchem dieses Präparat angewendet werden kann. Köcher sah bei Psoriasis und chronischem Eczem gute Erfolge nach Gebrauch von 5% bis 20% Novozonsalbe. Was meine eigenen Erfahrungen betrifft, so beziehen sich diese auf 4 Fälle von Eczem, 2 von Herpes, 2 Fälle von Impetigo, ein Fall von Gesichtsrotlauf.

Was das Eczem anbelangt, so habe ich meist chronische squamöse Formen zur Behandlung herangezogen, indem ich von der Voraussetzung ausging, dass diese Formen eine starke Bacillenwucherung zeigen, welche durch den activen Sauerstoff eingeschränkt werden soll, andererseits aber dieser einen Anreiz auf die Regeneration der normalen Haut üben soll. Der Erfolg war stets zufriedenstellend, indem in kurzer Zeit die Eczeme, darunter ein schon 3 Monate andauerndes, geschwunden waren.

Die Fälle von contagiöser Impetigo betrafen 2 Kinder, welche unter Fieber innerhalb 43 Stunden den Ausschlag am ganzen Gesicht bekommen hatten. Ich verordnete Novozon-Lanolin, da die Haut stark nässte. Heilung nach 8 resp. 12 Tagen.

Eine ganz ausgezeichnete Wirkung entfaltet die Novozonsalbe bei Rotlauf. Schon nach einer einmaligen Application wird die Spannung der Haut verringert, die Rötung und Schwellung gibt nach, und auch eventuelle Schmerzen werden vermindert. Da bei meinem Fall auch ein sofortiger Stillstand des Entzündungsprocesses eintrat, ist anzunehmen, dass das Novozon auf die Erreger der Krankheit vernichtend einwirkt, zumal diese sich ja, wie nachgewiesen, in den obersten Hautschichten ausbreiten.

Für die Wundbehandlung ist das Novozon sowohl als Novozonpulver, wie als Lösung, in Form von Umschlägen, oder endlich als Salbe zu verwenden. Es ist ein Antisepticum, wie experimentell nachgewiesen wurde, und unterscheidet sich von den meisten antiseptischen Mitteln sehr vorteilhaft dadurch, dass es nicht wie diese die Gewebe schädigt, ätzend oder giftig wirkt, auch Ei-

weiss nicht coaguliert, sondern im Gegenteil auf das kranke Gewebe belebend, auf die Regenerationskraft der Zellen anregend wirkt. Die letztere Eigenschaft zeigt sich insbesondere bei alten, torpiden Geschwüren, vernachlässigten Wundflächen mit grauen Granulationen, alten Unterschenkelgeschwüren. Es gelang mir, z. B. bei einer 82-jährigen Frau, die durch viele Jahre ein Unterschenkelgeschwür hatte, das durch gar keine Behandlung bisher beseitigt werden konnte, dasselbe in 14 Tagen vollständig zum Schwinden zu bringen. Solche auffallende Erfolge lassen sich wohl kaum anders erklären als durch die Annahme, dass das Novozon die Regenerationsfähigkeit der Gewebe steigert.

Einige Male verordnete ich eine Novozonsalbe bei Coryza resp. atrophischem Nasenkatarrh. Ich kann sagen, dass man mit dem Novozon zumindest dieselben Erfolge erzielt wie mit den besten üblichen Behandlungsmethoden. Geschwüre im Nasenwinkel oder in der vorderen Nasenhöhle heilen nach wenigen Tagen, während die stinkenden Absonderungen der Nasenschleimhaut ebenfalls durch Nasenspülungen mit Novozonlösung sich vermindern.

Bei dieser Gelegenheit will ich gleich erwähnen, dass Spülungen mit 2—5 pCt. Novozonlösung auch sonst vielfach verwendet werden können, z. B. als Blasenspülungen bei chronischem Blasenkatarrh, bei Gonorrhoe, Fluor albus der Scheide, als Mundspülwasser bei Aphtae und Scorbut. Es würde zu weit führen, hier alle möglichen Erkrankungen anzuführen, bei denen das Novozon als Pulver, Salbe oder Lösung von Nutzen sein könnte, und ich muss mich daher einfach darauf beschränken, ganz allgemein darauf hinzuweisen, resp. zu wiederholen, dass dieses Präparat überall da angewendet werden kann, wo wir sonst ein anderes Desinficiens verordnet haben würden, wobei schädliche Nebenwirkungen ganz ausgeschlossen sind, ferner dort, wo es sich darum handelt, die Regenerationskraft eines Gewebes zu erhöhen.

Die bleichende Wirkung des nascierenden Sauerstoffs wird schon lange Zeit in Form verdünnter Lösungen von Wasserstoffsuperoxyd in der Schönheitspflege benutzt (Golden Hair Water etc.).

Diese Lösungen zersetzen sich jedoch sehr leicht und sind dann völlig unwirksam. Es ist daher besser, für solche Zwecke eine 20 pCt.-ge Novozonsalbe ev. mit Zusatz von Borax oder Sublimat zu verwenden. Durch systematische Anwendung einer solchen Salbe kann man Sommersprossen zum Schwinden bringen, Pigmentflecke (Linsenflecke), Muttermäler etc. beseitigen oder wenigstens soweit aufhalten, dass dieselben keine störenden Schönheitsfehler bilden. Auch für die allgemeine Aufhellung des Gesichtsteints ist die Novozonsalbe empfehlenswert, ebenso zur künstlichen Haarfärbung; das Haar bekommt eine zwischen aschgrau und hochgelb stehende Färbung.

Zum Schluss erübrigt noch etwas über die Dispensation des Novozons zu sagen. Für die externe Anwendung benutzt man das reine Novozon (Novozonum purum) als Streupulver, Salbe oder Lösung. Ebenso für diejenigen Fälle der internen Anwendung, wo es sich um die Erhaltung einer localen (Magen oder Darm) resp. specifischen Sauerstoffwirkung (Asthma, Herzschwäche) handelt.

Wo hingegen eine Stoffwechselerkrankung die oxydative Wirkung des Novozons erfordert, ist es angezeigt, das Novozon mit den der vorliegenden Krankheit angepassten Nährpräparaten vereinigt zu verordnen.

Einiges über „606".

Von

Dr. Julius Grünberg - St. Petersburg.

In der Zeit, wo der Hata-Enthusiasmus im Laienpublicum seinem Höhepunkt zustrebt und in der speciellen Aerztewelt aller Nationen Arbeiten und Beobachtungen einander überstürzen, wäre eine objective Wiedergabe dessen, was in der letzten Zeit in einigen Krankenhäusern Deutschlands vorgeht, nicht ohne Interesse. Ohne Absicht, endgiltige Schlüsse ziehen zu wollen, möchte ich recht kurz das den Collegen vorstellen, was ich im Laufe der letzten 8 Wochen an den verschiedenen Hospitälern gesehen, und das wiedergeben, was ich aus mehr oder weniger competentem Munde gehört habe.

Ueber die Genese des Ehrlichschen Präparates will ich hinweggehen; sie ist genügsam bekannt. Was die Anwendungsweise des Präparates betrifft, so gibt es wohl ebensoviel Combinationen, als Beobachtungsorte. Bei jeder Anwendungsweise sind die Symptome der Lues in längerer oder kürzerer Zeit geschwunden, so dass ein Anzweifeln der Specificität des Mittels natürlich absurd wäre. Auch stimmen die Beobachtungen ziemlich darin überein, dass maligne Lues und tertiäre gummöse Processe am besten und schnellsten beeinflusst werden, manchmal so rapide und eingreifend, dass man staunend wie vor einem Wunder steht; jede Klinik, jeder Beobachter hat solche Fälle gesehen, sie sind überall publiciert, demonstriert, photographiert worden. Ich will sie nicht weiter anführen.

Pustulöse Processe reagieren prompt, kleinpapulöse weniger, ebenso Primäraffecte. Plaques der Schleimhäute schwinden, Condylomata lata überhäuten sich, Roseolen brauchen längere Zeit zum Schwunde. Im allgemeinen stimmen die Angaben darüber überein. Prof. Ehrlich selbst hält dieses Stadium der Untersuchung für abgeschlossen und interessiert sich jetzt für die Frage des Dauererfolgs. Auch die Frage der sterilisatio magna im Sinne der Heilung durch eine einmalige Einführung des Mittels in den Organismus ist wohl — leider ablehnend — gelöst. Wie das Mittel eingeführt werden soll, ist jetzt in den letzten Tagen von Prof. Ehrlich besonders betont worden, und zwar, wie er sowohl mir als auch andern Collegen gegenüber kategorisch betont hat, nur intravenös. Die Methode von Wechselmann mit seiner neutralen Suspension — bei etwas complicierter Herstellungsweise — ist abgetan. Selbst Wechselmann hat von ihr seit 8—10 Tagen Abstand genommen und injiciert intravenös nach Schreiber. Bis zum 8./XI. n. St. hat er in 12 Fällen intravenös gespritzt, wobei ich auf die interessante Tatsache hinweisen möchte, dass er zum Unterschiede von Schreiber keine T°-steigerung beobachtete wie jener; ein einziges Mal war die T° 38,7, höhere gab es nicht. Weder Erbrechen, noch Durchfall war zu verzeichnen. — Ebenso abgetan ist die Krohmayersche Methode der intramuskulären Injection der Paraffinsuspensionen. Ohne mich auf eine Kritik seiner mehrmaligen Injectionen kleiner Dosen in kurzen Zeitintervallen einzulassen, die zur Idee Prof. Ehrlichs im Widerspruch stehen, muss ich sagen, dass die Resultate, die bei ihm erzielt waren, recht negativ waren. Infiltrate an den Injectionsstellen (er wählte die glutaei) gab es fast stets; in der Hälfte der Fälle waren die Schmerzen recht anhaltend, recht quälend; die Wirkung trat bedeutend langsamer auf als bei der subcutanen Wechselmannschen Methode, refractäre Fälle gab es viele. Ob es zu Necrosen kam, weiss ich nicht, doch glaube ich, dass die Infiltrate, die sich bei ihm, wie bei anderen Beobachtern gebildet haben, zum grössten Teil schon Necrosen sind, da ich mehrfach beobachtet habe, dass sie sich verflüssigten. Depotbildungen des 606 sind es ja; ob es sich aber resorbiert, ist wohl eine Frage; wir wissen nur, wie auch Hoppe in der letzten Sitzung der dermatologischen Gesellschaft in Berlin am 8./XI. n. St. betont hat, dass sich in einem solchen Infiltrat 2/3 des eingespritzten Quantums nachweisen liess. Aehnliches hörte ich auch neulich in der Sitzung der syphilidologischen Gesellschaft in St. Petersburg am 30./X. a. St. Prof. Ehrlich sagte mir, es waren Mikroben auch nachgewiesen worden.

Dr. Wechselmann wies in einer Unterredung mit mir darauf hin, dass in seinem demnächst erscheinenden Buche von einem seiner Mitarbeiter Untersuchungen über die Resorption und Ausscheidung des As nach subcutaner Einführung des 606 publiciert wurden, die einige Aufschlüsse geben werden. Jedenfalls sind solche Depots kaum erwünscht, da sie eine Dosierung des Mittels nicht zulassen und wir in Zukunft vor einer cumulativen Wirkung nicht gesichert sind. Prof. Ehrlich, der zuerst eine Anwendungsweise nach der Iversenschen Methode anempfahl, nämlich erst intravenös

und nach einigen Tagen intramuskulär in 1/2 Dosen, ist davon zurückgekommen, und empfiehlt jetzt nur die intravenöse Anwendung, wenn nötig, 2—3 mal und mehr.

In anderen Krankenhäusern, die ich Gelegenheit hatte, zu besuchen, sah ich mehr oder weniger dasselbe. Anders bei Schreiber in Magdeburg. Er hat über 600 Fälle gespritzt, die meisten blieben in seiner Beobachtung. Nach 4 Wochen sah er 60 mal den Wassermann positiv, injicierte zum 2. Mal: es blieben klinische Recidive aus; auf meine Anfrage nach der Art der Wassermannschen Reaction nach der 2. Injection schrieb er mir am 7/XI. n. St. wörtlich: «Der Ausfall der Wassermannschen Reaction ist nach der 2. Einspritzung meistens negativ, nur in wenigen Fällen noch positiv. Meine Ansicht hat sich in den letzten Wochen nicht geändert.» Die Technik der intravenösen Injection hat er beschrieben und erläutert, ich will darauf nicht eingehen, nur sagen will ich, dass sie schmerzlos, nicht compliciert und bei steriler und exacter Ausführung absolut ungefährlich ist. Es ist ein Vorurteil vieler Collegen, dass sie sich nicht heranwagen.

Weintraud in Wiesbaden machte dieselbe Beobachtung. Seine Methode ist unbedeutend modificiert; meiner persönlichen Meinung nach ist bei Schreiber die Bildung eines Infiltrats und die Möglichkeit einer Embolie fast ganz ausgeschlossen, doch ist ja nach bekanntem Ausspruch die Methode die beste, die einem liegt.

Was die Nebenerscheinungen nach Schreiber betrifft, so beobachtet er durchgehend stets bei floriden Luesfällen (d. h. mit floriden Erscheinungen) nach 3—4 Stunden post injectionem ein Ansteigen der Temp. bis auf 40,0—40,5°, Uebelkeit, manchmal Erbrechen. In 6—7 h. fällt das Fieber, Pat. fühlt sich wohl. Bei latenter Lues fehlt das Fieber, resp. ist es sehr gering. Bei nervösen Fällen (parasyphilitischen) tritt das Fieber erst am 2.—3. Tage auf, was er stets beobachtet hat. Worauf das beruht, weiss ich nicht. Bei der 2. Injection sind die Reactionserscheinungen bedeutend geringer, fehlen manchmal ganz. Ein Freilegen der Vene erforderte es nur in 5 Fällen. Er injicierte selbst (mit d. Luerschen Spritze nach seiner Angabe) 3-wöchige Säuglinge. Die Erfolge, die er zu verzeichnen hatte, waren durchweg gut; refractäre Fälle gab es bei ihm nicht, klinische Recidive, wie ich schon sagte, ebenso nicht. Der Eingriff ist absolut ungefährlich, der Pat. fühlt nichts. Das habe ich durchaus bestätigt gefunden bei einer grossen Anzahl von Injectionen, denen beizuwohnen und deren späteren Verlauf zu beobachten Dr. Schreiber mir und dem hiesigen Collegen Dr. K. Geikin liebenswürdig gestattet hatte. Er erklärt den Temperaturanstieg durch Spirochätenzerfall und Freiwerden der Toxine. Der Herxheimer tritt fast stets auf. Nach der Injection beobachtet er Schmerzen im Gumma und Infiltration des Primäraffects und der Gummata. Die stereoskopischen Bilder, die er aufnimmt, sind sehr interessant und lehrreich; solche habe ich auch bei Prof. Weintraud in Wiesbaden gesehen.

Dr. Schreiber injicierte auch bei parasyphilitischen Erkrankungen und beobachtete unter anderem bei Tabetikern Besserung der Coordinationsstörungen, des Sehvermögens, Schwinden d. lancinierenden Schmerzen.

Inseressant waren die Angaben, die Prof. Alt in der schon erwähnten Sitzung der syphilidologischen Gesellschaft in Berlin machte. Bei 16 pCt. der Paralyse verschwand der positive Wassermann nach Arsenophenylglycin. Nach 606 ist bei 2 Patienten der positive Wassermann verschwunden und nach 11 Monaten nicht wieder erschienen.

Bei Hirnlues ist die Anwendung von 606 sowohl in alten als in frischen Fällen sehr dankbar, es tritt objective und subjective Besserung ein, namentlich bessern sich die Sprachstörungen, was er besonders betont. Bei Taboparalyse wurde Besserung beobachtet. Bei spastischer Paralyse war sie nicht constatierbar. Bei beginnender progr. Paralyse — unbedingte Besserung, ebenso bei beginnender Tabes. Natürlich muss die Behandlung mit 606 sehr vorsichtig eingeleitet werden und besondere Beachtung dem Herzen und dem Gefässsystem geschenkt werden. Bei progressiver Paralyse bleibt in 100 pCt. der Fälle der Wassermann positiv, bei Tabes und Hirnsyphilis in 60 pCt. Er wies auf einen Pat. hin, der, Tabetiker, im Dunkeln umfiel und sich nicht fortbewegen konnte. Nach Injection erholte er sich soweit, dass er seiner Beschäftigung nachgehen konnte. (Er ist Capitän in griechischen Diensten). Ein anderer, der nur gestützt auf 2 Menschen sich fortbewegen konnte, konnte nach Behandlung mit 606 im Heimatsorte bei einem Feste als Flügelmann den Parademarsch mitmachen.

In derselben Sitzung wies Prof. Lesser auf die guten Erfolge hin, die er bei congenitaler Lues erzielt hatte. Von den Kindern im Alter von 5—12 Wochen starb nach einer Injection keines, von einer gleichen Anzahl beobachteter Kinder im selben Alter im Zeitraum 1908—1909, die also nicht mit 606 behandelt wurden, starben 10. Als Nebenerscheinungen hatte er beobachtet: 1) Fieber bis 39,0—39,4 im Laufe einer Woche; 2) acute Angina, Fieber bis 40,5 und am 13. Tage ein scarlatinöses Exanthem; nach 5 Tagen fiel die Temperatur.

Aehnliches sah ich bei Wechselmann, wo am 8. Tage nach der Injection unter Schüttelfrost das Fieber anstieg, ein morbillöses Exanthem mit Angina auftrat. In 2 Tagen schwand alles; 2 solcher typischer Patienten habe ich gesehen; dieselben waren auch überempfindlich gegen As.

Necrosen sah Prof. Lesser nach Wechselmann und Michaelis, nie nach der Altschen Methode, die indess starke Reactionen gibt.

Nach der Kromayerschen Methode sah er, wie auch ich oben betonte, frühe Recidive. Die angewandte Dose betrug 0,3—0,5—0,6.

Zum Schluss sprach noch Dr. Rosenthal, der durchaus negative Resultate mit 606 erzielte, refractäre Fälle, Recidive, Intoxicationserscheinungen zu verzeichnen hatte und daher recht pessimistisch sich dem 606 gegenüber verhält. Beruht es nicht auf der Methode der Einverleibung?

Wir stehen doch noch in der Anfangsperiode der Beobachtungen trotz der fast 14000 Berichte, über die Ehrlich verfügt, und der mehr als 40000 Ampullen, die Ehrlich bis jetzt Krankenhäusern und Aerzten verteilt hat. Die intravenöse Methode ist wohl die Methode der Zukunft, da sie die einzige ist, bei der eine exacte Dosierung möglich ist. Es hat sich als unrichtig erwiesen, dass das As in 3 Tagen ausgeschieden sein soll, nach 10—12 Tagen ist es noch nachgewiesen worden. Weitere Arbeiten, die zum Teil schon von Dr. Hoppe und im R. Virchow-Krankenhaus in der Abteilung von Dr. Wechselmann vorbereitet werden, werden die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse, die zu wissen, von äusserster Wichtigkeit ist, näher beleuchten. Die sauren Lösungen wirken stark toxisch, die Suspensionen jeder Art bilden Depots und geben Erscheinungen, die unerwünscht sind und zur Fortlassung der Methode führen und führen werden.

Die Indicationen zur Anwendung des Arsenobenzols müssen noch stricter ausgearbeitet werden.

Prof. Petersen wies in der angeführten Sitzung auf die günstige Einwirkung des Präparates bei Tuberculose hin, die mit maligner Lues combiniert war.

Auch Dr. Liesskind aus der Wechselmannschen Klinik betonte es schon in seiner Arbeit (Münch. Medic. Woch. Nr. 39) und auch ich hatte in mehreren Fällen Gelegenheit, dasselbe zu constatieren.

Der specifische Process der Tuberculose wird natürlich nicht direct beeinflusst, es hebt sich aber zusehends der allgemeine Zustand, und die luetischen Erscheinungen schwinden. Ich habe Fälle maligner Lues mit schwerer Hämoptoe gesehen, wobei an Wunder glänzende Erfolge zu constatieren waren.

Ebenso wichtig ist die Begrenzung der Contraindicationen. Dr. Grossmann in München publicierte in der Münch. Med. Woch. Nr. 42, eine vorläufige Arbeit unter dem Titel: «Welche Herzerkrankungen bilden voraussichtlich eine Contraindication gegen die Anwendung von Ehrlich-Hata 606?» auf die ich besonders hinweisen möchte.

Prof. Alt macht Angaben über die Nervenfälle, in denen nicht, resp. vorsichtig injiciert werden soll, auch ophthalmologische Autoritäten weisen darauf hin, dass manche Augenerkrankungen keine Contraindication abgeben.

Dr. Schreiber unterzieht seine Patienten nicht einmal einer Augenuntersuchung vor der Injection und hat in keinem seiner vielen Fälle irgend welche Nebenerscheinungen von Seiten irgend eines Organs zu verzeichnen.

Alles das sind wichtige Fragen, die zu lösen der Zukunft vorbehalten bleibt; auch über die von Prof. Ehrlich angestrebten Dauererfolge kann nur die weitere Zukunft ihr Entscheidungswort sprechen.

Erwünscht wäre es, wenn die mit 606 gespritzten Fälle möglichst beim behandelnden Arzt in weiterer Beobachtung blieben, und der College hat Recht, der in der Sitzung der St. Petersburger syphilidologischen Gesellschaft darauf hinwies, dass das Militär in dieser Beziehung ein dankbares Material biete; ich möchte noch hinzufügen, dass auch fortlaufende Beobachtungen an den Prostituierten denkbar wären. Dr. Schreiber im Magdeburger Krankenhaus spritzt alle Prostituierte, die selbst anderer Krankheiten wegen dahin kommen, sobald sie einen positiven Wassermann haben. Er hat bei denselben Frauen (300), wenn sie zu weiterer Untersuchung kamen, jetzt schon im Laufe mehrerer Monate keine klinischen Erscheinungen gesehen. Wie später die Wassermannsche Reaction ausgefallen ist, ist mir im Augenblick nicht bekannt. Schlüsse lassen sich nicht ziehen, interessant ist aber diese Beobachtung.

Was Prof. Ehrlich betrifft, der von Tausenden von Aerzten aus aller Welt Enden überlaufen wird, für jeden ein freundliches Wort, eine belehrende Erklärung hat, so hat er nicht die Absicht, nach neuen Präparaten zu suchen,

wie er sagte. 606 hat sich als gut erwiesen; ob es Dauererfolge zeitigen wird, wird eben die Zeit lehren.

Dass die in einiger Zeit bevorstehende Zugänglichkeit des **Präparates** eine Reihe von **Misserfolgen**, Complicationen jeder **Art**, ja Todesfälle nach sich ziehen dürfte, wie Prof. **Petersen richtig** hier am Orte auch bemerkte, die ungerechtfertigter Weise dem Mittel und dessen genialem Entdecker in die Schuhe geschoben werden dürften, — das weiss Prof. **Ehrlich** sehr wohl. «Was hilft es», sagte er mir, «ob ich das Präparat jetzt oder in 3—6 Monaten frei gebe, — es wird doch dasselbe sein!» Aus den Fehlern der Anwendung wird es sich herauskrystallisieren und möge es der Menschheit den Dienst leisten, den ihm einer der genialsten Männer der Jetztzeit zugedacht hat. Hält 606 nur einen Teil dessen, was wir Alle von ihm erwarten, so wird **Ehrlichs** Name mit goldenen Lettern in das Buch der menschlichen Culturgeschichte eingeschrieben werden. Jedenfalls haben **Schaudinn, Hoffmann, Roux, Metschnikoff, Wassermann** und **Ehrlich** einen solchen Anstoss der Syphilisforschung gegeben, wie wir es in keiner Disciplin der Medicin im Augenblick sehen!

Bücherbesprechungen.

Weichardts Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung. IV. Band pro 1908 gr. 8°. 664 Seiten, Mk. 21. V. Band pro 1909. Abt. I, 280 Seiten, Mk. 9. Abt. II, XXV + 655 Seiten, Mk. 21. Stuttgart. Verlag v. Ferdinand Enke.

Die **Weichardt**schen Jahresberichte haben sich in der kurzen Zeit ihres Bestehens eine hervorragende Stellung in der medicinischen und naturwissenschaftlichen Literatur erobert. Sie sind zu einem unentbehrlichen Bestandteile nicht nur der Bibliotheken, biologischer und klinischer Laboratorien, sondern auch der privaten «Handapparate» geworden. Es wäre unbillig, den Grund hierfür ausschliesslich in dem vom Herausgeber angestrebten und auch erreichten frühzeitigen Erscheinen der einzelnen Bände nach Beendigung des Berichtsjahres ersehen zu wollen. Vielmehr müssen die Sympathien, deren sich das Werk erfreut, darauf zurückgeführt werden, dass es erstens das zu referierende Material in fast erschöpfender Vollständigkeit bietet, und dass es zweitens zusammenfassende Uebersichten über die «brennendsten Tagesfragen» aus der Feder berufener Specialisten bringt. Die Zahl solcher Uebersichten steigt mit jedem Jahre und auch der Umfang des Referatenteiles, an dessen Bearbeitung der Herausgeber von einem ganzen Stabe von Mitarbeitern unterstützt wird, ist in beständigem Wachstum begriffen. Die natürliche Folge davon ist, dass schon der Bericht pro 1910 in zwei Abteilungsbänden hat erscheinen müssen. Im IV. Bande finden wir die speciellen Uebersichten über «Die Complementbindung» von Dr. G. **Meier** (Berlin) und «Phagocytose und ihre Bedingungen» von Dr. W. **Rosenthal** (Göttingen); im V. Bande «Ueber active Resistenzerhöhung gegen Tuberculose» von Prof. E. **Levy** (Strassburg), «Die Beziehung der Immunitätsforschung zu den bösartigen Geschwülsten» von Prof. C. **Lewin** (Berlin), «Die Bedeutung der Immunitätsforschung für die innere Klinik» von Dr. H. **Lüdke** (Würzburg) und «Ueber Complementbindung» (II. Teil). Ausserdem sendet der Herausgeber selbst nach wie vor dem Referatenteile eine allgemeine Uebersicht über das gesamte Gebiet voraus. Den Versuch, die Referate selbst in Gruppen zu teilen (1908), hat der Herausgeber dankenswerter Weise wieder aufgegeben, da offenbar eine genügende Trennung sich nicht durchführen liess, und die Nachschlagearbeit durch das Suchen in verschiedenen Abschnitten des Bandes erschwert wurde. Mit der eigenartigen Anordnung der Referate nach dem Alphabet der Autoren-Namen hat sich der Leserkreis der Berichte ausgesöhnt, zumal da das Sachregister mit immer grösserer Sorgfalt und Ausführlichkeit bearbeitet wird.

In dem glänzend abgeschlossenen ersten Lustrum der Berichte liegt die Gewähr für ihr ferneres Gedeihen, zu dem wir ihnen in ihrem, wie im eigenen Interesse Glück wünschen.

A. **Wladimiroff**.

Dr. R. **Halben**. Die Copulation der Netzhaut mit der Aderhaut durch Contactverbindung zwischen Sinnesepithel und Pigmentepithel. Berlin. 1910. Verlag von S. Karger. 31 Seiten.

Verschiedene Beobachtungen und Ueberlegungen, die im Original nachzusehen sind, veranlassen **Halben** gegen die verbreitete Ansicht Stellung zu nehmen, wonach die Netzhaut der Aderhaut anliege, ohne mit ihr — ausgenommen an der Papille und der Ora serrata — fest verbunden zu sein. Wenn diese grobmechanischen Anschauungen bisher nicht beseitigt wurden, läge es einerseits an der Nichtbeachtung gewisser, von den Physiologen gemachten Beobachtungen, andererseits an der Ueberschätzung der Leichenbefunde. **Halben** hebt nun besonders hervor, wie durch Ineinandergreifen der Aussenglieder des Sinnesepithels und der Protoplasmafortsätze des Pigmentepithels eine Verankerung von Netz- und Aderhaut bewirkt werde, die er mit Copulation bezeichnen möchte.

Er schreibt diesem Haftmechanismus eine sehr grosse Bedeutung zu und ist der Meinung, dass eine Netzhautabhebung erst dann eintreten könne, wenn an der betreffenden Stelle krankhafte Veränderungen des Sinnes- und Pigmentepithels vorhergegangen seien. Dem Referenten scheint die Behandlung dieser Verhältnisse anregend und verdienstvoll. Eine restlose Erklärung der Netzhautablösung findet aber trotzdem nicht statt, da jene angenommene primäre Schädigung nicht nachgewiesen wird. Ausserdem darf die grosse Festigkeit der Verankerung, wie sie **Halben** annimmt, auch noch als strittig angesehen werden, denn sie hat sich bisher anatomisch durchaus nicht erweisen lassen, und ob dieses in der Tat nur auf ungeeignete Fixation der Präparate zurückzuführen sei, ist doch auch noch eine Frage.

Zum Schluss der Schrift findet sich ausser dem üblichen Literaturverzeichnis eine Aufzählung der von Dr. **Halben** bisher veröffentlichten Arbeiten, die «einen Ueberblick über das Arbeitsgebiet und die Anschauungen des Verfassers» geben sollen. Eine derartige persönliche Reclame ist sehr ungewöhnlich und hätte lieber unterbleiben sollen.

Ischreyt.

Auszüge aus den Protocollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 5. April 1910.

Anwesend 19 Mitglieder und 6 Gäste.

P. 3. **Rennenkampff**: Demonstration einer **Myxidiotia congenita**.

Discussion:

Weiss fragt, ob für die Aetiologie des Myxödems und der Myxidiotie gewisse entscheidende Merkmale feststehen.

Rennenkampff: bei Myxödem handelt es sich um eine functionelle Störung der Drüse, bei Myxidiotie um ein völliges Fehlen derselben.

Meder meint, beim Zustandekommen der geschilderten Krankheitszustände könnte es sich ev. auch um ein Mitwirken verschiedener Drüsen handeln, etwa auch der Nebennieren oder der Hypophyse, deren gegenseitige Wechselwirkung neuerdings vielfach beobachtet worden ist.

Rennenkampff: da die Therapie so eclatante Erfolge gibt, ist eine ganz oder fast alleinige Wirkung der Thyreoidea anzunehmen.

Greiffenhagen erinnert daran, dass neuerdings die alte Wassertheorie fürs Zustandekommen der mit Missbildungen der Thyreoidea einhergehenden Krankheiten: Cretinismus, Myxidiotie etc. wieder zu Ehren gekommen ist, da es experimentell gelungen ist, bei Tieren ähnliche Krankheiten zu erzeugen durch Fütterung von Wasser, das mit bestimmten Gesteinsbildungen inficiert ist. — Man hat versucht, die Krankheit chirurgisch durch Implantation der Schilddrüse unter die Haut oder in andere Drüsen, wie die Milz, therapeutisch zu beeinflussen, bisher ohne Dauererfolg: je fremder die Art ist, von welcher die zu implantierende Drüse stammt, umso rascher verliert sie ihre Function; es empfiehlt sich also einstweilen die chirurgische Behandlung nicht, sondern jahrelanger Gebrauch der Schilddrüsenpräparate.

Rennenkampff: obgleich die Krankheitsbilder des Cretinismus und der Myxidiotie identisch sind, wird von vielen Seiten doch ein Gegensatz zwischen ihnen aufgestellt: der Cretinismus ist eine endemisch und zwar familiär auftretende Krankheit, und macht keine myxomatösen Veränderungen des Unterhautzellgewebes; die Myxidiotie ist sporadischer Cretinismus und zeigt gerade die charakteristische myxödematöse Degeneration.

P. 4. **Rennenkampff**: Demonstration eines Falles von **Fibromata mollusca**.

P. 5. **Greiffenhagen**: Demonstration eines **Lymphangioma congenitum**.

Bei dem Kinde von 4 Wochen nimmt das Lymphangiom in flächenhafter Ausdehnung von etwa Kindskopfgrösse die rechte Brustseite bis in die Axilla hinauf ein, eine seltene Localisation, da die Lymphangiome sonst gewöhnlich am Halse sitzen.

P. 6. Blacher: Demonstration.

Bl. demonstriert eine Blutagarplatte mit Colonien von stark hämolysierenden Streptococcen, die durch Venenpunction einem an otogener Sepsis leidenden Kranken entnommen waren. Nachdem er kurz die Technik der bakteriologischen Blutuntersuchung beschrieben und die Vorzüge der Blutagarplatte vor dem Ausstrichpräparat und der Bouilloncultur hervorgehoben, bespricht er die 3 Schottmüllerschen Typen der Streptococcen und die Bedeutung der bakteriologischen Blutuntersuchung, speciell die der Hämolyse für Diagnose und Prognose der Pyämie.

(Autoreferat).

Discussion:

Greiffenhagen: da die bakteriologische Forschung zur Zeit noch nicht imstande ist, festzustellen, ob bei Mastoiditis mit allgemein septischen Erscheinungen ein localer chirurgischer Eingriff noch Hilfe bringen kann oder nicht, soll in jedem Fall chirurgisch vorgegangen werden.

Meder erinnert daran, dass bei puerperaler Sepsis durch Totalexstirpation des Uterus nichts zu erreichen sei, wenn die Streptococcen schon ins Blut gelangt sind. Es kommt alles auf den Grad der Virulenz der Streptococcen an.

Hoeppener referiert einen Fall, wo der Pat. von Jugend an ein fliessendes Ohr, aber nie Schmerzen im Proc. mastoid. gehabt hatte und plötzlich, wohl an allgemeiner Sepsis zu Grunde ging.

H. Hoffmann berichtet desgleichen über 2 Fälle von Otitis media, wo keine Druckempfindlichkeit im Processus mast. bestanden hatte und wo der Exitus durch Gehirnabscess eingetreten war.

P. 7. H. Hoffmann: chirurgische Casuistik.

1. Seltene Entstehungsweise einer Peritonitis. Ein 70jähriger sclerotischer Mann reponiert seine linksseitige Inguinalhernie angeblich ohne stärkere Gewaltanwendung; sofort darauf heftige Schmerzen im Abdomen, Stuhlverhaltung, Erbrechen etc. Die nach ca. 60 Stunden vorgenommene Laparotomie (Scopolamin-Morph. n. Schleich) ergab volle Peritonitis, reichliche Verwachsungen, spec. in der Nähe des inneren Leistenringes, wo eine Dünndarmperforation nebst Kotabscess aufgedeckt wurde. Kein Redressement en bloc oder dem ähnliches nachzuweisen. Exitus binnen 2 Mal 24 Stunden. Die Perforation war offenbar bei der Reposition durch den Finger verursacht.

2. Partielle Magenresection bei einem 19-jährigen Mädchen. Tumor der kleinen Curvatur von Hühnereigrösse, gut verschieblich, klinische Diagnose: Carcinom. Beschwerden seit 1/2 Jahr. Bei der Auslösung des Tumors und der Drüsen Blutung aus dem Pankreas, so dass Ligaturen und eine Umstechung gemacht werden mussten. Exitus am 10. Tage. Bei der Section fand sich Pankreasnecrose, die Gastroenteroanastomose intact, in der Unterbauchgegend keine Peritonitis.

3. Rectumcarcinom. Das Präparat ist vor 3 Jh. von einem 55 jährigen Pat. gewonnen durch parasacralen Schnitt und Resection des Steissbeins unter Erhaltung des Sphincter. Der Tumor ist von der Grösse eines Hühnereis, circulär und das Darmlumen für den kleinen Finger nicht passierbar. — Pat. ist voll arbeitsfähig, bisher ist kein Recidiv eingetreten und die Darmfunction ist normal.

(Autoreferat).

Sitzung am 3. Mai 1910.

Anwesend 20 Mitglieder und 6 Gäste.

P. 2. Rennenkampff: Demonstration einer Pulmonalstenose.

P. 3. Greiffenhagen: Demonstration mit Krankenvorstellung.

32-jährige Frau, bei der er vor 6 Tagen die Excision-Resection der rechten Schilddrüsenhälfte wegen schwerer Basedowerscheinungen gemacht hat. Pat. wird deshalb vorgestellt, weil Gr. noch nie eine so schnelle und prompte Entgiftung nach Basedow-Kropfoperationen gesehen hat. Der Puls war ca. 120 (bei Beginn der Anästhesierung 190) und ist auf 90—98 gesunken, der hochgradige Tremor ist völlig geschwunden, das aufgeregte ängstliche Wesen und der dem entsprechende Gesichtsausdruck geschwunden. Pat. schläft ruhig, isst normal und hat in 6 Tagen ein völlig verändertes Aussehen gewonnen. Greiffenhagen hat in letzter Zeit sämtliche Strumafälle, auch die Basedowkranken, in der Combination des Morphinum-Scopolamin Dämmerschlafs mit der Braunschen regionären Localanästhesie (Novocain-Adrenalin) operiert und damit nicht nur völlige Schmerzlosigkeit, sondern auch complette Amnesie erzielt und empfiehlt daher diese Methode aufs wärmste.

(Autoreferat).

Discussion.

Hirsch fragt, wie das psychische Verhalten der Pat. jetzt ist; früher hat sie psychische Erregungszustände gehabt.

Haller kennt die Pat. auch und drückt sein Erstaunen über die grosse Veränderung aus, die mit ihr vorgegangen. Zum letzten Mal sah er sie kurz vor der Operation und constatiert, dass sie in der kurzen Zeit zugenommen hat; Blick und Wesen der Kranken war unruhig und angsterfüllt, davon ist jetzt keine Spur mehr, und es macht den Eindruck, dass die Psyche wieder normal sei.

Greiffenhagen: eine psychische Alteration hat sich jetzt nicht bemerkbar gemacht.

P. 5. Greiffenhagen: Demonstration mit Krankenvorstellung.

Dem 20-jährigen Mädchen hat Gr. vor 10 Jahren eine rechtsseitige Hasenscharte und einen Wolfsrachen operiert. Am weichen Gaumen eine 2 mm. lange Fistel. Pat. kann alle Buchstaben und Laute tadellos aussprechen (R, K, T, Sch,) wenn man sie ihr vorspricht, spricht aber mangels Sprachunterricht noch aus alter Gewohnheit, als ob sie noch mit der Gaumenspalte behaftet wäre. Gr. betont die grosse Bedeutung des Sprachunterrichts auch nach den wohlgelungenen Gaumenspaltenoperationen.

(Autoreferat).

P. 6. Haller: Mortalitätsstatistik Revals im Jahre 1909.

Die statistischen Daten sind nach den Totenscheinen der Collegen zusammengestellt und haben mithin die grösstmöglichste Präcision.

Im Jahre 1909 sind in Reval 70 Kinder tot zur Welt gekommen und 1655 Personen gestorben (971 Männer, 684 Frauen; davon in Hospitälern 375); das macht eine Mortalität von 18.4‰ Lebender. Das Mittel der Todesfälle im Monat beträgt 138; 6 Monate stehen über dem Mittel und 6 Monate darunter (Mai, Juni und September bis December incl.).

Die absolut und relativ höchste Sterblichkeit weist das erste Lebensjahr auf: 308 Kinder oder 18,6 pCt. der Gesamtmortalität, nächst ihm das Jahrzehnt 60—70 mit 182 Fällen oder 11 pCt. der Gesamtmortalität. Das Jahrfünft von 10—15 Jahren weist die niedrigste Sterbeziffer auf (19 F.), während zwischen 70 und 80 Jahren noch 160 Fälle zu verzeichnen sind, zwischen 80—90 Jahren—97 und über 90 Jahren—7. Was die Todesursachen betrifft, so steht die Tuberculose (ebenso wie 1906) an der Spitze mit 291 Fällen. Es folgen: andere Lungenkrankheiten (225), Magen- und Darmkrankheiten (203), Herzkrankheiten (198), Hirn- und Rückenmarkskrankheiten (184), Lebens- und Altersschwäche (172), Infectionskrankheiten (111), Krebs (94), Unglücksfälle und Selbstmord (58), Nierenkrankheiten (44), Pyämie (36), Wochenbettfieber (4) und andere Krankheiten (35).

Discussion:

Greiffenhagen betont die Wichtigkeit der präcisen Diagnosenstellung auf den officiellen Totenscheinen; da wir wissen, dass sie nicht nur an die Polizei gehen, sondern auch medicinisch verarbeitet werden, so ist es wünschenswert, die klinische Diagnose sorgfältig und genau abzufassen. Von den 6 letalen Tetanusfällen, die die Statistik erwähnt, sind 3 von ihm behandelt worden: ein Tetanus trat im Anschluss an eine Schussverletzung des Hinterhaupts auf, der 2. zu einer complicierten Fractur hinzu und der 3. war durch einen Fremdkörper veranlasst.

Armsen hat 2 letale Tetanusfälle im Hospital gehabt: der eine im Anschluss an eine Splitterverletzung, der andere betraf einen Gartenarbeiter, der sich beim Arbeiten im Hospitalsgarten verletzt hatte.

Rennenkampff hat den 6. Tetanusfall zu behandeln gehabt, der im Anschluss an eine leichte Hautschürfung auftrat.

P. 6. Greiffenhagen: Chirurgische Casuistik.

Gr. referiert über folgende Fälle mit Demonstration der durch die Operation gewonnenen Präparate:

1) 67-jähriger Herr, sectio alta wegen Blasenstein, erschwert durch Flexions- und Adductionscontractur im rechten Hüftgelenk infolge alter Coxitis. Grosser harter Oxalatstein mit stechapfelartigen Prominenzen. Glatte Heilung nach vollständiger Blasennaht.

2) 1 perineale und 2 suprapubische totale Prostatectomien. Bei der perinealen Operation bewährten sich die Instrumente von Promt (Bulbushaken) und Joung (Retractor); bei der Entfernung der Prostata vom hohen Blasenschnitt aus die Füllung des Mastdarms, resp. die Verdrängung der Prostata durch den in den Darm eingeführten Finger des Assistenten. Die Operationen wurden in Morph.-Scopolamin-Lumbalanästhesie ausgeführt und führten zu vollständiger Heilung der Prostatabeschwerden.

3. Demonstration von 4 Nierenpräparaten.

a) Frische Tuberculose der rechten Niere bei einem 17-jähr. Mädchen. Die Diagnose war von Coll. Rennenkampff cystoskopisch festgestellt. Nephrotomie mit ausgiebiger Excision des Ureters. Ureterende übernäht und versenkt. Heilung per I. Die Ausheilung der Blase und des rechten

Ureterwulsts bedurfte noch mehrere Monate. Complete Genesung seit mehr als 1 Jahr.

b) Rechte Niere eines 28-jähr. Mädchens mit gedoppeltem Ureter, von denen der obere mit dem zugehörigen Teil (etwa dem oberen Drittel) der Niere tuberculös erkrankt war. Excision des stellenweise daumendicken tuberculösen Ureters bis dicht oberhalb der Blase. Kreuzungsstelle der Ureteren in der Gegend der linea innominata. Tamponade des Ureterstumpfs. Völlige Heilung seit 8 Monaten (Cystoskop. Diagnose von Coll. Rennenkampff).

c) Ein faustgrosses Carcinom der rechten Niere bei einer 58-jähr. Frau. Nephrectomie verlief normal, nur machte die Entfernung einer haselnussgrossen, carcinomatös erkrankten Drüse zwischen Vena renalis und Vena cava Schwierigkeiten, doch liess sich letztere von der Vorderfläche der Drüse stumpf ablösen. Heilung seit ca. 1½ Jahren.

d) Linksseitige mauskopfgrosse Hydronephose einer 38-jähr. Frau. Nephrectomie. Operation im 3. Schwangerschaftsmonat. Der am Tage vor der Operation von Coll. Rennenkampff vorgenommene Ureterenkatheterismus förderte 300,0 klaren Harns zu Tage, worauf der Tumor etwas kleiner wurde und die Schmerzen nachliessen. Beim wiederholten Versuch mit einem dickeren Ureterenkatheter gelang es nicht, den Sack zu erreichen. Plastische Operationen an Nierenbecken und Ureter waren wegen ausserordentlicher Dünne und Brüchigkeit ausgeschlossen, daher Nephrectomie, wobei es sich ergab, dass der functionierende Parenchymrest fast Null war. Glatter Heilungsverlauf ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.

Greiffenhagen berichtet ferner über 2 Patienten, die er wegen Carcinoma renis sin. operiert hat. Die 64-jährige Dame ist seit 11 Jahren, der 52-jährige Herr seit 3 Jahren recidivfrei.

(Autoreferat).

P. 7. Thomson: Scopolamin bei Paralysis agitans.

Discussion:

Hirsch: Paralysis agit. zeigt in ihrem Verlauf oft Intermissionen in der Intensität des Zitterns; es kann sich hier um eine solche Periode gehandelt haben.

Weiss: Hyoscin und Scopolamin werden per os gut vertragen, zeigen aber meist wenig Wirkung. W. hat einem Kranken 0,01 Hyoscin gegeben und keine Nebenwirkungen gesehen. Ungewöhnlich in dem Fall von Thomson ist nicht so sehr das Auftreten der Excitation, wie ihr Auftreten nach so kleinen Dosen.

Knüpffer: die stark excitierende Wirkung in diesem Fall ist vielleicht durch Verunreinigungen zu erklären: nach Kobert enthalten die Scopolaminpräparate verschiedener Herkunft leicht Verunreinigungen (ev. Apoatropin). Er hat Mercksches brauchen lassen und nie solche Zufälle gesehen.

Friedenthal: nach den Erfahrungen in Seewald wirkt das Scopolamin bald gut, bald garnicht; das liegt wohl daran, dass es sich in Lösung leicht zersetzt und daher in der Wirkung unberechenbar ist.

Greiffenhagen: trocken hält sich das Scopolamin unbegrenzt, die Lösung sollte man nicht länger als 48 Stunden halten.

Sitzung am 13. September 1910.

Anwesend 20 Mitglieder und 9 Gäste.

P. 4. Mühlen: Demonstration eines Uterus gravidus myomatosus. Das Präparat stammt von einer 40-jährigen Frau, deren letzte Periode 2¼ Monate zurücklag. Der supravaginal entfernte Uterus zeigt das intraligamentäre grosse Myom und das völlig erhaltene Ei, in dem der Fötus schwimmt.

P. 5. H. Hoffmann: chirurgische Casuistik.
1. Sarcom des Calcaneus.
2. Mehrfache Entwickelungsanomalien an Händen und Füssen eines Patienten, der wegen Hernia inguin. und Hydrocele operiert wurde.
3. Demonstration einer Pyonephrose.

P. 6. Greiffenhagen: Chirurgische Casuistik.
1. Drei traumatische Hüftgelenkluxationen: luxat. ischiadica, obturatoria, pubica.
2. Peritonitis perforativa ex ulcere duodeni. Der 38-jährige Patient, bis dahin gesund, erkrankte am 5. August plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Gegend des Nabels und dem Gefühl, dass Stuhl und Winde verhalten seien. Das Abdomen war bretthart eingezogen und rechterseits hochgradig druckempfindlich vom Rippenbogen an bis ins Becken. Es bestand ausserdem eine Aorteninsufficienz. Ob eine Ulcus- oder Appendixperforation vorliege, konnte vor der Operation nicht festgestellt werden. Bei der Operation wies der Appendix nichts Krankhaftes auf; durch einen zweiten Schnitt wurde der Magen freigelegt und auch an ihm nichts gefunden. Doch an der vorderen Fläche der pars horizontalis super. duodeni wurde nun eine ovale Perforationsöffnung entdeckt. Die Perforation wurde geschlossen. Der fernere Wundverlauf war normal, doch hatte der Pat., der früher nie Ulcusbeschwerden gehabt hatte, später noch Beschwerden und wurde einer strengen Ulcuscur unterzogen.

Discussion:

Knüpffer bestätigt die ausserordentliche Seltenheit der luxat. pubic. und fragt, ob hier nicht Repositionsversuche gemacht waren, die ev. künstlich die seltene Stellung hervorgerufen hatten.

Greiffenhagen: es waren hier überhaupt keine Repositionsversuche gemacht worden, da der Fall längere Zeit als Contusion behandelt war.

Wistinghausen hat in Königsberg 8 traumatische Hüftluxationen gesehen und auch in Reval nicht wenige, es war aber kein Mal eine pubica darunter.

Secretär: Haller.

Zuschrift an die Redaction.

Berichtigung.

Im Referat des Herrn W. Schaack über meine Arbeit «Zur Frage der penetrierenden Stich- Schnitt- und Schusswunden der Bauchhöhle» (St. Petersb. Med. Woch. Nr. 39. 1910) wird mir die Behauptung zugeschrieben, «dass eine Laparotomie nur bei Verletzungen der Bauchhöhle unterhalb(!) des Nabels notwendig sei».

Diese Ansicht des Referenten ist durchweg eine irrige; es steht, nämlich auf S. 25 meiner Arbeit inbezug auf die penetrierenden Stich- und Schnittwunden der oberen Bauchgegend, dass «man den Verletzten von Stunde zu Stunde unter Controlle halten, und sobald bedrohliche Symptome auftreten, unverzüglich laparotomieren muss.» Eine ebenso bestimmte Aeusserung ist auch auf S. 218 meiner Arbeit zu finden. Hiermit glaube ich genügend bewiesen zu haben, dass die vom Referenten mir zugeschriebene Ansicht, als ob ich die Laparotomie nur bei Verletzungen unterhalb des Nabels empfehle, unbegründet ist.

J. Jankowski.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die Jahrhundertfeier des Geburtstages N. J. Pirogows wurde am 13. November im Pirogow-Museum feierlich begangen. Um 1 Uhr versammelten sich hier Professoren, Aerzte und Studierende der Medicin. In der Nähe des Katheders war die mit Laub geschmückte Büste Pirogows aufgestellt. Zuerst wurde eine Seelenmesse abgehalten. Der Präsident der Russischen Chirurgischen Gesellschaft Prof. Fedorow eröffnete die Sitzung mit einer Rede, in welcher er auf die Bedeutung Pirogows für die Wissenschaft in Russland hinwies. Dann sprachen: P. Kapterew über N. Pirogow als Pädagogen, Prof. N. Weljaminow über die Aufgaben der Chirurgie und Prof. A. Moissejew über die Tätigkeit Pirogows auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie.

Am 14. November fand im städtischen Obuchow-Krankenhaus die Feier des Jubiläums Dr. A. Netschajews statt. An diesem Tage vollendeten sich 25 Jahre, dass Dr. Netschajew Chefarzt des genannten Hospitals ist und 40 Jahre seiner ärztlichen Tätigkeit. — Die Redaction des «Russkij Wratsch» hat aus dieser Veranlassung eine Festnummer herausgegeben, die 42 Arbeiten von Aerzten des Obuchow-Krankenhauses und das Bildnis des Jubilars bringt.

Am 6. November feierten die Professoren T. Pawlow (Dermatologe) A. Ssokolów (Pädiater) und A. Samschin (Gynäkologe) das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Tätigkeit.

— Hochschulnachrichten.

Moskau. Der Assistent der Augenklinik an der Universität Dr. med. Maklaków ist zum a. o. Professor der Ophthalmologie ernannt.

— Charkow. Der bekannte Ophthalmologe Prof. Hirschmann feierte sein 50-jähriges Jubiläum.

— Der 28. Deutsche Congress für innere Medicin findet vom 19. bis 22. April 1911 in Wiesbaden statt unter dem Präsidium des Herrn Krehl (Heidelberg). Das Referatthema, welches am ersten Sitzungstage: Mittwoch, den 19. April 1911 zur Verhandlung kommt, ist: Ueber Wesen und Behandlung der Diathesen. Referenten sind die Herren: His (Berlin): Geschichtliches und Diathesen in der inneren Medicin. Pfaundler (München): Diathesen in der Kinderheilkunde. Bloch (Basel): Diathesen in der Dermatologie.

Vortragsanmeldungen nimmt der Secretär des Congresses, Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13, entgegen zur Weitergabe an den Vorsitzenden. Vorträge, deren wesentlicher Inhalt bereits veröffentlicht ist, dürfen nicht zugelassen werden.

Nach § 2 der Geschäftsordnung sind die Themata der Vorträge mit kurzer Inhaltsangabe bis 4 Wochen vor Beginn der Tagung einzureichen, d. h. für diese Tagung bis zum 29. März 1911. Später angemeldete Vorträge haben keinen Anspruch auf Berücksichtigung.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind ebenfalls an den Secretär zu richten.

— Cholera. Oesterreich-Ungarn. Vom 30. Oct. bis zum 5. November wurden in Ungarn 23 Erkrankungen notiert. Die Gesamtzahl der Choleraerkrankungen in Ungarn bis zum 5. November beträgt 378. — Italien. Vom 27. October bis zum 2. November wurden in 5 Provinzen 53 Erkrankungen und 22 Todesfälle registriert. — Türkei. Vom 25. bis zum 31. October erkrankten in Konstantinopel 8 und starben 4 Personen. Unter der Garnison fanden 43 Erkrankungen und 11 Todesfälle statt. — Serbien. Vom 7. October bis zum 8. November fanden 8 Erkrankungen und 4 Todesfälle statt. — Tripolis. Vom 24. bis zum 29. October fanden 59 Erkrankungen und 36 Todesfälle statt. — Persien. Vom 5. bis zum 16. October starben an der Cholera 281 Personen, in Hermadan erkrankten 39 und starben 20. — Straits Settlements. In Singapore fanden vom 1. bis zum 7. October 2 Erkrankungen statt, in der Provinz Wellesley vom 23. Sept. bis zum 2. Oct. 5 Erkrankungen. — Niederländisch-Indien. In Batavia erkrankten vom 8. August bis zum 18. Sept. 244 Personen, darunter 14 Europäer.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 31. Oct. bis zum 6. Nov.		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten . .	8	(2)	4574	(1656)	7. Juni
Gouv. St. Petersburg ohne den Vorstädten . .	—	(—)	627	(319)	24. »
» Mogilew.	—	(1)	729	(343)	14. Mai
» Witebsk	—	(2)	412	(165)	21. April
» Podolien.	3	(1)	1285	(586)	7. Juli
» Kiew	1	(—)	4015	(1536)	3. Mai
» Charkow	—	(—)	7901	(4229)	8. »
» Orlow	—	(—)	2007	(977)	1. Juli
» Woronesh	—	(—)	8961	(4259)	27. Mai
Tambow	60	(25)	5395	(2548)	29. »
» Rjasan	—	(—)	2190	(961)	19. Juni
» Kasan.	—	(—)	3874	(1893)	19. »
» Ssamara	1	(—)	18528	(7779)	9. »
» Ssaratow	6	(6)	6169	(2533)	4. »
» Ufa	—	(—)	3127	(1815)	29. »
» Orenburg	1	(1)	3341	(1630)	4. Juli
» Jekaterinoslaw . .	7	(3)	18847	(8676)	10. Jan.
Stadt Ssewastopol. . . .	2	(1)	84	(51)	10. Juni
Gebiet der Donkosaken .	3	(—)	21554	(9921)	21. Mai
Gouv. Cherson	2	(1)	10063	(4453)	11. »
Schwarzmeergouvernement	—	(—)	674	(234)	7. Juni
Kuban-Gebiet	—	(—)	23570	(12165)	26. Mai
Stadt Baku	—	(—)	1295	(538)	4. Juni
Gouv. Baku	—	(—)	1657	(932)	19. April
» Tiflis	—	(—)	1912	(725)	6. Juni
» Erivan	1	(—)	1209	(698)	8. Juli
Ssyr-Darja-Gebiet. . . .	2	(1)	191	(121)	13 »
Fergan-Gebiet	—	(3)	120	(72)	7. Sept.
Küsten-Gebiet	4	(—)	463	(283)	22. »
Im Ganzen	101	(47)	154774	(71898)	

Rechnet man die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle in denjenigen Ortschaften hinzu, wo gegenwärtig die Epidemie bereits erloschen ist, so erhält man für das ganze Reich vom Beginn der Epidemie 215566 Erkrankungen und 100679 Todesfälle.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 2. bis zum 8. October erkrankten an der Pest 4660 Personen und starben 3523. — Aegypten. Vom 22. bis 28. October erkrankten und starben 3 Personen. — Portugal. In Lissabon erkrankten bis zum 7. November 9 Personen, von denen 5 starben. — Ecuador. Vom 16. bis 30. September erkrankten in Guayaquil 61 Personen und starben 22, in anderen Ortschaften des Landes fanden 5 Erkrankungen und 1 Todesfall statt.

— Die Pest in Russland.

1. Odessa. Vom 7. bis zum 12. November fand keine Erkrankung an Pest statt. Am 12. Nov. wurde 1 Erkrankung und 1 Todesfall an Pest registriert.

2. In der chinesischen Ansiedelung an der Station Mandshuria der ostchinesischen Eisenbahn fanden vom Anfang October bis zum 3. November 212 Erkrankungen (207 Chinesen und 5 Russen) und 206 Todesfälle an der Lungenpest statt. In den Bergwerken von Dshalai Nor erkrankten und starben vom 20. October bis zum 1. November 31 Chinesen an der Pest. Ausserdem wurden vereinzelte Pesterkrankungen beobachtet an den Eisenbahnstationen Tshalanton, Buchede, Chailar und Charbin. Im Ganzen sind im Gebiet der ostchinesischen Bahn 256 Personen an der Pest erkrankt und 247 gestorben.

3. Im Transbaikalgebiet fanden vom 20. September bis zum 30. October 14 Pesterkrankungen statt, davon 12 mit tötlichen Ausgang.

Das Transbaikalgebiet und die Mandshurei sind für pestverseucht, das Gouvernement Irkutsk, das Küsten- und Amurgebiet für pestbedroht erklärt. Bis zum Aufhören der Pest in der Mandshurei ist es den Chinesen verboten, von dort in das Küstengebiet zu kommen. Chinesen werden als Passagiere auf der Transbaikaleisenbahn nur an bestimmten Observationsstationen aufgenommen, welche nicht weiter als 300 Werst von einander entfernt sein müssen. Die Passagiere müssen ausserdem eine Bescheinigung vorweisen, dass sie eine 5-tägige Observationszeit durchgemacht haben. Die Ausfuhr von Tarbagan-Fellen aus den von der Pest ergriffenen Orten ist verboten, falls keine Beglaubigung über die stattgehabte Desinfection der Felle in jedem einzelnen Falle vorgewiesen wird.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 24. bis zum 30. October 1910 415 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 41, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 0, Pocken 33, Windpocken 22, Masern 24, Scharlach 110, Diphtherie 77, Cholera 4, acut. Magen-Darmkatarrh 26, an anderen Infectionskrankheiten 76.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 652 + 34 Totgeborene + 60 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 12, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 7, Masern 6, Scharlach 21, Diphtherie 15, Keuchhusten 6, crupöse Pneumonie 32, katarrhalische Pneumonie 60, Erysipelas 12, Influenza 12, Hydrophobia 0, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 16, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 0, Gastroent. epidem. 0, Cholera 4, Magen-Darmkatarrh 21, andere Magen- und Darmerkrankungen 20, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 53, Marasmus senilis 27, andere Todesursachen 218.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 31. Oct. 13606. Darunter Typhus abdominalis 185, Typhus exanth. 1, Febris recurrens 1, Scharlach 325, Masern 38, Diphtherie 254, Pocken 91, Windpocken 2, Cholera 60, acut. Magen-Darmkatarrh 107, crupöse Pneumonie 150, Pustula maligna 1, Tuberculose 635, Influenza 199, Erysipel 138, Keuchhusten 9, Dysenterie 3, Hautkrankheiten 60, Lepra 2, Syphilis 610, venerische Krankheiten 382, acute Erkrankungen 2645, chronische Krankheiten 2041, chirurgische Krankheiten 1730, Geisteskrankheiten 3432, gynäkologische Krankheiten 323, Krankheiten des Wochenbetts 73, verschiedene andere Krankheiten 109.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 10. November in Tegernsee (Baiern) Dr. Max von Cube. 2) In Odessa Dr. M. Herzenstein. 3) In Kiew Dr. K. Ssokolow. 4) In Odessa der Regiments-Oberarzt Dr. A. Jegorowskij im Alter von 53 Jahren. 5) Dr. James Raynes Walker, Prof. der Medicin an dem Woman's Medical College of Pensylvania in Philadelphia. 6) Dr. F. H. Welch, Adjunct-Professor an der medicinischen Schule in Netley. 7) Dr. N. Manolesco, Prof. der Ophthalmologie in Bukarest.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 30. Nov. 1910.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Nov. 1910.

Tagesordnung: Schiele: Einige Beobachtungen über das Antigonococcenserum.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 11. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi medizmy (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Russkij Wratsch 1910.

Th. Solowjew: Ein Fall von Pseudohermaphroditismus (Nr. 6).

In dem beschriebenen Falle handelt es sich um eine 25-jährige Person mit Pseudohermaphroditismus masculinus externus.

N. Kakuschkin: Ueber einige technische Sonderheiten bei der vaginalen Exstirpation des Uterus. (Nr. 7).

Enthält nur Bekanntes.

F. Weber: Zur Frage über multiple Echinococcen der Bauchhöhle. (Nr. 7).

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zum Schluss, dass sich der multiple Echinococcus der Bauchhöhle verhältnismässig selten primär aus 6-zackigen Embryonen entwickelt; in der grössten Mehrzahl der Fälle entwickelt er sich secundär aus dem geplatzten Leberechinococcus. Rupturen des nicht vereiterten Leberechinococcus verlaufen ohne deutliche klinische Erscheinungen. Vereiterung der Echinococcusblase zieht nicht nach sich den Untergang aller embryonalen Elemente der Geschwulst. Wenn sich nach der Ruptur solch einer Blase eine subacute Peritonitis entwickelt, welche durch eine Operation beseitigt werden kann, so kann in der Folge eine Ausbreitung der Echinococcusblasen in der Bauchhöhle stattfinden. Secundäre Blasen, die sich auf dem Peritoneum entwickeln und keine besondere Grösse erreicht haben und nicht entzündet sind, können leicht abgeschabt werden, was als bester Beweis dafür dient, dass dieselben intra- und nicht extraperitoneal gelegen sind. Der nicht vereiterte Echinococcus der Leber kann nach der Ruptur das Bild einer höckrigen Bauchfellentzündung geben.

W. Orlow: Ueber vaginalen Kaiserschnitt während der Schwangerschaft bei Eclampsie. (Nr. 9).

Von den beschriebenen 3 Fällen wurde der vaginale Kaiserschnitt in 2 während der Schwangerschaft, an 1 während der Geburt ausgeführt. In 2 Fällen genügte die Spaltung der vorderen Uteruswand, in einem musste dieselbe auch an der hinteren Wand vorgenommen werden.

L. Okinschitz: Ueber den vaginalen Kaiserschnitt. (Nr. 13).

Als Indicationen für diese Operation dienten in 4 Fällen Eclampsie während der Gravidität, in 2 Erscheinungen eitriger Endometritis während der Schwangerschaft, in 1 Lungenblutung im 7. Monate, in 1 Placenta praevia, in 1 acute gelbe Leberatrophie, in 6 Blutungen während Entleerung des Uterus bei missed Abortion und endlich in 1 Ruptur der Cervix über dem vorderen Douglas bei Entfernung einer Traubenmole. Die meisten Operationen wurden durchschnittlich in 7—10 Minuten ausgeführt, was ein grosser Vorteil der Methode ist, da in diesen Fällen das Leben der Mutter resp. des Kindes nur durch schnelles operatives Eingreifen gerettet werden konnte.

W. Gussjew: Zur Frage über die Pubiotomie. (Nr: 14).

Mitteilung eines Falles.

P. Sacharjew: Ein seltener Fall von «weissen» Regeln bei einem 10-jährigen Mädchen.

Das Interessante im mitgeteilten Fall besteht darin, dass die monatliche Ausscheidung nicht die Farbe von Blut hatte, und deshalb auf den ersten Blick nicht die Regel vermuten liess.

L. von Lingen: Die innere Secretion der Eierstöcke und ihre Beziehung zu anderen Organen. (Nr. 18—19).

Erschienen in der «Petersburger Med. Wochenschrift». 1909. (Nr. 50).

S. Cholmogorow: Vaginaler Kaiserschnitt nach Dührssen. (Nr. 21).

In den 5 beschriebenen Fällen wurden 6 lebende Kinder erzielt, die gesund blieben. Von den Müttern genasen 3 und starben 2, an Eclampsie 1 und an einem Herzfehler 1.

B. Nemirski: 9 Coeliotomien mit günstigem Ausgang. (Nr. 23).

Siehe Ueberschrift.

J. Tikanadse: Hydrocephalus cum spina bifida bei Querlage (Nr. 24).

Casuistischer Beitrag.

E. Wainstein: Vergleichend diagnostische und prognostische Bedeutung der Leukocytose und der Bestimmung des Opsoniniudex bei einzelnen Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates. (Nr. 25—27).

In der Bestimmung der qualitativen und quantitativen Leucocytose und des Opsoninindex haben wir zwei wertvolle Methoden bei der Untersuchung der entzündlichen weiblichen Erkrankungen. Die Leucocytose gibt die Möglichkeit über den Grad und die Grösse der Entzündung, ihre Ausbreitung und bis zu einem gewissen Grade ihre Localisation zu beurteilen und die Prognose zu stellen. Die Bestimmung des specifischen Opsoninindex weist auf die An- oder Abwesenheit von Eiter im Organismus, auf das ätiologische Moment derselben und der ganzen Erkrankung und schliesslich auf die Richtigkeit der therapeutischen Massnahmen und die vorteilhafteste Zeit für einen operativen Eingriff.

A. Muratow: Zur Frage über den Hermaphroditismus. (Nr. 28).

Casuistischer Beitrag.

W. Orlow: Ueber vaginale und abdominale Coeliotomien. (Nr. 34—42).

Operiert wurden infolge von: Fibroma uteri 110 Fälle, von denen 4 starben (3,6 pCt.); Erkrankungen der Tuben und Eierstöcke 65, mit einem tötlichen Ausgange (1,5 pCt.); Tuboovarialcysten 5 (genasen alle), Ovarialcysten 70 (0 pCt. Sterblichkeit), Cysten der breiten Mutterbänder 35 (0 pCt. Sterblichkeit), Extrauteringravidität 10 (0 pCt. Sterblichkeit), Ventrofixatio uteri 37 (0 pCt. Sterblichkeit), Exstirpatio uteri per vaginam bei Krebs 35, starben 2, (5,7 pCt), Uterusruptur 6, starben 2 (33 pCt.), Vernähung von Brüchen 12, (0 pCt. Sterblichkeit), Kaiserschnitte 15 (6 pCt. Sterblichkeit). Im Ganzen wurden operiert 400, von ihnen starben 9 (2,2 pCt. Sterblichkeit). Von diesen 9 starben an Peritonitis 3 (0,7 pCt.) und 1 nach Exstirpation des Uterus per vag. bei verschleppten

Cancer, die 2. nach Salpingsoophorectomie bei Sactosalpinx (Hydrosalpinx), der Tubeninhalt geriet in die Bauchhöhle bei Lösung von Verwachsungen; die 3. starb nach supravaginaler Amputation des Uterus bei multiplem Myom, die 4. bei totaler Ruptur des Uterus während der Geburt. Von 5 nicht an Peritonitis Gestorbenen gingen 3 zu Grunde an Herzschwäche (Adynamia cardis), 1 an Blutung und eine an grossem Blutverlust bis zur Operation nach Uterusruptur Von den 3 Kranken, die an Herzschwäche starben, war 2 die supravagiuale Amputation ausgeführt worden und einer der Uterus infolge von Cancer cervicis entfernt worden.

D. Popow: Fixation des Uterus nach vorn an den runden Mutterbändern mit Verkürzung derselben mit Hilfe der vaginalen Coeliotomie. (Nr. 37).

Diese Methode ist vom Verf. anderenorts ausführlicher beschrieben. Die runden Mutterbänder werden nach Eröffnung der vorderen Plica durch eine kleine Oeffnung im Peritoneum durchgezogen und am absteigenden Schambeinast fixiert, worauf die Wunde wieder geschlossen wird. Im Ganzen hat Verf. diese Operation 73 mal ausgeführt, wobei 62 mal der Uterus mit den umgebenden Organen hauptsächlich dem Darm verwachsen war. Bei 42 Nachuntersuchten waren 2 mal Recidive zu beobachten, was 4,7 pCt. ausmacht.

Fr. Mühlen.

Shurnal akusch. i shensk. bol. 1910. April, Mai und Juni.

P. Tichonow: Kaiserschnit combiniert mit Entfernung einer Ovarialcyste.

Die Aufschrift sagt alles.

A. Lupow: Zur Casuistik der Endotheliome.

Bei einer 35 jährigen Pat. bildete sich 3 Jahre nach einer doppelseitigen Ovariotomie Ascites und eine unklare Resistenz im Unterleib. Laparotomie. Das Netz war durchsetzt, das Peritoneum und das ganze kleine Becken besetzt von kleinen cystischen Gebilden. Radicale Operation nicht möglich. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies es sich, dass das Gewebe aus zahllosen kleinen und grösseren mit Blutkörperchen angefüllten Hohlräumen bestand mit Wucherung der Gefässendothelien. Es handelte sich um ein Endothelioma intravasculare und war als Recidiv zu betrachten.

S. Rosow: Zur Casuistik der Verletzungen der Vagina sub coitu.

R. führt zwei Fälle an: in dem einen handelte es sich um eine 5 Ctm. lange Risswunde auf der hinteren Scheidenwand, im anderen um einen Fall von Sepsis mit Parametritis im Anschluss an einen 6 Ctm. langen Riss im oberen Drittel der Scheide nach einem Coitus. Genesung.

A. Nikolski: Die operative Behandlung des Anus vestibularis.

Eine 20-jährige Bäuerin zeigte folgenden Befund: die Analöffnung, ja selbst eine grubenförmige Vertiefung fehlte. Au der unteren Commissur fand sich eine 5-Pfennigstück grosse Oeffnung für einen Finger durchgängig. Der Sphincter internus ist deutlich zu fühlen. Dünnen Stuhl kann Pat. nicht halten, die Genitalorgane waren normal. Längsschnitt durchs Perineum, stumpfes Loslösen des Rectums aus dem Zellgewebe und der hinteren Scheidenwand, zwei in der Mastdarmwand gesetzte Wunden wurden vernäht, das Rectalrohr mit dem Anus an die ihm zukommende Stelle fixiert und angenäht. Gutes Resultat.

S. Fedorow: Intravenöse Hedonalnarkose.

F. hat in 60 Fällen Hedonal intravenös appliciert und zwar folgendermassen: in die entblösste Vene wird eine gebogene Nadel eingestochen und in den peripheren Teil der Vene eingeführt eine 75 pCt. Hedonallösung in physiologischer Kochsalzlösung, 40—41° C., vorher durch einen schwedischen Filter durchgelassen. Nach Einführung von 100—150 Cbcm. tritt Schlafbedürfnis ein, nach 300 schlafen die Pat. Zu einer tiefen Narkose sind 500 nötig. Im Laufe einer Minute sollen 100 Cbcm. einlaufen. Das Minimum des eingeführten Quantums betrug 400 Cbc., das Maximum 1800, d. h. 3,0 resp. 13,5 Hedonal. Die Narkose ist in 60 Fällen angewandt. Der Puls verändert sich nicht, der Blutdruck fällt, die Atmung wird nur angehalten, wenn zu rasch eingegossen wird. Oft muss man während der Operation von der Lösung nachgiessen, zuletzt muss man die Vene unterbinden. Nach der Operation keine Uebelkeit, lange Schlafdauer. Embolien hat Verf. nicht beobachtet. Die Narkose verlief bei allen Operierten gut.

B. Gogoberdidse: Ueber die Affection der Adnexa bei Fibromyomen.

Befund an 45 wegen Fibromyom Operierten.

A. Redlich: Fibromyome.

Bericht über 38 per abdomen und 15 per vaginam entfernte Fibromyome.

W. Gaitschmann: Eine einen Tumor vortäuschende Niere.

Bei einer 30-jährigen Pat. wurde neben einem kleinen nach links verlagerten Uterus im hinteren rechten Scheidengewölbe ein Tumor gefühlt, welcher für eine Cyste gehalten wurde. Urin normal. Bei der Laparotomie erwies es sich, dass das linke Uterushorn normal entwickelt war, rechts lag ein rudimentärer Uterus mit Lig. rot. und normalen Adnexen. Dahinter lag eine retroperitoneale rundliche Geschwulst. Als man begann sie herauszupräparieren, erkannte man eine Art Hilus und lappigen Bau. Die linke Niere fehlte an ihrer gewöhnlichen Stelle, die rechte war ins kleine Becken disloctert. Als man den diagnostischen Irrtum erkannte, wurde die schon teils herauspraparierte Niere auf ihre Stelle reponiert, das Peritoneum vernäht. Die Bauchhöhle wurde geschlossen. Bei der nachfolgenden cystoskopischen Untersuchung fand sich nur eine rechtsseitige Uretermündung, links keine.

N. Serebrennikow: Zusammengewachsene Zwillinge.

Casuistischer Fall mit Abbildung.

Th. Burdsinski: Die deuschen Kliniken und Hospitäler. Reiseeindrücke, Beschreibung einiger Kliniken und Operationen.

D. Blagoweschtschinski: Eine zweijährige ausgetragene Tubargravidität.

32-jährige Frau hatte Kindsbewegungen gespürt, die Regel hatte 10 Monate ausgesetzt, dann hatte Pat. regelmässig 10 Monate hindurch menstruiert. Der Leib war vorgewölbt durch eine unbewegliche Geschwulst, Uterus appart zu fühlen. Laparotomie. Verwachsung des Tumors mit der vorderen Bauchwand, grosse Schwierigkeiten bei der Lösung aus dem Douglas, so feste Verwachsungen seitlich mit dem Peritoneum, dass diese nicht zu trennen waren und das parietale Peritoneum zum Teil mitgenommen wurde, Verwachsungen mit dem linken Ureter. Entfernung. Operationsdauer 2 Stunden. Es bildete sich eine Ureterfistel, die sich bald schloss. Genesung nach 3 Monaten. Präparat: der Fruchtsack stellenweise sehr dünn. Fruchtwasser 700, trübe, Placenta geschrumpft, gut conserviert, Frucht männlich, 2461 Gramm. gut erhalten, ausgetragen, 49 Ctm. lang, Haut normal.

W. Platonow: Ein Fall von Kaiserschnitt.

Lingen.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Russk. Wratsch 1909.

W. Terebinki: Ueber eine neue Unregelmässigkeit bei der Verhornung, Hypokeratosis. (Nr. 4).

Vorläufige Mitteilung.

S. Bogrow: Zur Frage über die Präservativwirkung des Arsacetins bei Syphilis. (Nr. 5).

In dem hier beschriebenen Falle hatte das Arsacetin (2 gr. im Verlauf von 2 Wochen) keine Wirkung, da es die Krankheit weder coupierte, noch ein verspätetes Auftreten der Allgemeininfection bedingte. Man muss sich dauer mit Vorsicht zur Arsentherapie bei Lues verhalten.

W. Sdrawomysslow: Zur Technik der Constatierung der syphilitischen Spirochäten in Culturen. (Nr. 14).

Das Verfahren ist folgendes: Die Culturen der Spirochaeta pallida werden in 0,5 pCt. Osmiumdämpfen fixiert, die mit einigen Tropfen Essigsäure angesauert sind im Verlauf von 10—15 Minuten. Darauf werden dieselben in eine frischbereitete 15 pCt. Lösung von salpetersaurem Silber auf 24 Stunden bei Thermostattemperatur gelegt. Nach Ablauf dieser Zeit werden die Präparate sorgfältig mit Wasser abgewaschen und auf einige Minuten in eine frisch präparierte 5 pCt. Pyrogallussäurelösung getan. Darauf werden sie wieder abgewaschen, und in eine 15 pCt. Silberlösung 24 Stunden gehalten. Darauf werden sie wieder abgewaschen, in Pyrogallussäurelösung gelegt und zum Schluss zum 3. Mal durchgewaschen und 1—$1^1/_2$ Stunden in die erwähnte Silberlösung getaucht, durchgewaschen, wieder in Pyrogallassäure gehalten und dann getrocknet. Auf diese Weise werden die Präparate einer 3-fachen Silber- und 3-fachen Pyrogallassäureeinwirkung unterzogen. Die Spirochäte hebt sich dabei schwarz vom gelben Untergrund ab. Die weissen Blutkörperchen sind scharf abgegrenzt, das Protoplasma gelb, die Kerne dunkelbraun gefärbt.

K. Poltowitsch: Ein Fall von chronischem Eczem der Haut. (Zur Frage über die Entstehung, klinisches Bild und Behandlung dieser Krankheit). (Nr. 14 und 15).

Genaue Beschreibung der Krankengeschichte nebst Behandlung. Gut wirken allgemeine Schwefelwannen (Kemmern) und Halbwannen mit Meersalz. Auch Sonnenstrahlen haben dauernden Erfolg.

N. Solotawin: Zur Frage über den Kampf mit dem Aussatz im Jamburgschen Kreise (Petersburger Gouvernement). (Nr. 19).

In den letzten 15 Jahren sind im besagten Kreise 40 Fälle von Aussatz in 30 Dörfern registriert.

S. Sowinski: Zur Frage über die Behandlung der gonorrhoischen Erkrankungen mit Vaccine. (Nr. 20).

Vorläufige Mitteilung. Von 22 behandelten Kranken trat nur bei 5 vollständige Ausheilung ein.

J. Schestopal: Die weisse Spirochäte bei Syphiliden der Mundhöhle. (Nr. 25).

Die Resultate der Untersuchungen zeigen, dass bei Anwesenheit deutlich ausgesprochener secundärer syphiliter Affectionen der Mundhöhle, unabhängig von ihrer Localisation, die weissen Spirochäten sich in grossen Mengen vollständig oberflächlich finden. Infolge dessen nimmt die Syphilis der Mundhöhle, was die Ansteckungsfähigkeit anbetrifft, die erste Stelle ein.

B. Merkurjew: Serodiagnostik der Gonorrhoe. (Nr. 33).

Bei gonorrhoischer Affection kann man im Blute des Kranken Antikörper nachweisen, was auf die Teilnahme des ganzen Organismus beim Kampfe hinweist und den Gedanken an eine locale Erkrankung zu nichte macht.

O. Petersen: Ueber die Bedeutung der Burrischen Methode (flüssige Tusche) für die Untersuchung der Syphilisspirochäte. (Nr. 32).

Die vereinfachte Methode nach Burri ist ideal in ihrer Uncompliciertheit und Schnelligkeit. Das Geschwür wird mit Benzin oder Borsäure gereinigt und von den Seiten zusammengedrückt. Nach der Entfernung von Blut tritt bald ein durchsichtiges Serum zu Tage, auf welches ein reines Objectglas gelegt wird. Zu diesem erhaltenen Tropfen wird von derselben Grösse ein Tropfen im verdünnter flüssiger Tusche hinzugefügt und durchgerieben oder ein anderes Objectglas daraufgedrückt und der Tropfen ausgezogen. Dadurch erhält man eine hellbraun-graue Schicht, die schnell austrocknet. Ein Deckgläschen ist vollständig unnütz, so treten auf grauem Fond deutlich die durchsichtigen nicht gefärbten Spirochäten hervor. In diesem Zustande halten sich die Präparate ½ Jahr und länger.

N. Kolokin: Ein Fall extragenitaler Infection mit Syphilis. (Nr. 32).

Der primäre Herd befand sich auf der Haut des Unterkiefers.

M. Tuschinski: Die Wassermannsche Reaction bei der Behandlung der Syphilis mit Arsenobenzol. (Nr. 33).

Bericht über 16 Fälle von Syphilis im ersten Stadium, behandelt mit Arsenobenzol unter Controlle der Wassermannschen Reaction.

Th. Hausmann: Zur Frage über die Chemotherapie und das Präparat 606 von Ehrlich. Wirkung dieses Präparates bei Syphilis. (Nr. 33).

Zum Referat nicht geeignet.

Th. Gramenizki: Die Anwendung von Collargol bei Cystitis. (Nr. 44).

Das Collargol hat, wie aus den beigefügten Krankengeschichten ersichtlich ist, einen günstigen Einfluss bei Katarrhen, die nur auf die Blasen beschränkt sind. Es wird zu 100 gr. in 1 pCt. Lösung nach vorheriger Auswaschung der Blase erwärmt eingeführt und so lange gehalten, als sich nicht selbst das Bedürfnis nach Entleerung einstellt. Nur in 2 Fällen mit starker Reizung musste die eingeführte Menge auf die Hälfte beschränkt werden.

Mühlen.

Shurn. koshn. i wener. bol.

D. Abramow: Fall von Priapismus. (Nr. 5).

Pat. war 37 Jahre alt, die Erection dauerte im Ganzen 37 Tage. Es liessen sich für das Leiden weder anamnestisch noch bei der Untersuchung irgend welche Ursachen erheben.

A. Bogolepow: Ein Fall von benignem Sarcoid 5. benignem Miliarlupoid Boeck, das ausschliesslich auf der Dorsalfläche der Unterarme und Finger unter dem Bilde von kreisförmigem Ausschlag auftrat. (Nr. 6).

37-jährige Pat. günstiger Einfluss von Arsen.

M. Kudisch: Zur Casuistik der frühen syphilitischen Hirnerkrankungen. (Nr. 6).

Ungeachtet einer specifischen (aber absolut ungenügenden. Ref.) Therapie, traten bei dem 41-jährigen Pat. 5 Monate nach der Infection Gehirnerscheinungen ein, die von Nervenspecialisten als durch Meningealhyperämie bedingt bezeichnet wurden. Nach Einleitung einer ordentlichen Schmiercur und gleichzeitiger Joddarreichung Heilung.

G. Meschtscherski: Multiple Trippergeschwüre bei einem Mann. (Nr. 6).

Ausgedehnte oberflächliche Geschwüre auf dem Scrotum, die aus dem Zerfall von Infiltraten entstanden. Harnröhre und Adnexe frei von Gonococcen. In dem Secret der Geschwüre bakteriologisch und culturell Gonococcen nachgewiesen.

A. Bogolepow: Lupus pernio Besnier. (Nr. 5).

Mitteilung eines Falles unter Beifügung der Photographie. Verf. hält das Leiden für eine Hauttuberculose.

F. Gimmel: Durch Injection von Hydrarg. vivum hervorgerufene chronische Dermatitis. (Nr. 5).

Ein hysterischer, an Syphilidophobie leidender Student hatte sich im Laufe eines Monats ca. 140,0 metallischen Quecksilbers in Dosen bis zu einer Pravazspritze in Nates und Bauch injiciert. Es bildeten sich starke Infiltrate heraus. Mercurialismus trat nicht auf. Auf manchen Schnitten konnte man noch Quecksilberkügelchen finden.

A. Schebunew: Syphilis haemorrhagica bei Erwachsenen. (Nr. 5).

Bei einem vor einem halben Jahre inficierten und behandelten Soldaten traten an Brust, Bauch und Rücken talerbis handtellergrosse Ecchymosen auf, die prompt auf specifische Behandlung reagierten, Temperatur und Allgemeinbefinden des Pat. waren bei Auftreten des Leidens normal.

S. Proskurjakow: Exanthema vegetans ex usu Bromi. (Nr. 7).

Chronisch verlaufende Dermatitis auf beiden Oberschenkeln von oberflächlichem polymorphem Charakter bei einer 19-jährigen Hysterica.

Tschumakow: Larvierter Schanker. (Nr. 7).

Als «larv. Sch.» bezeichnet Verf. die in der Fossa navicularis befindlichen Ulcera. Er beobachtete 4 Fälle davon.

A. Steschinski: Vulvovaginitis bei einem 5-jährigen Kinde mit Wismut-vaseline behandelt. (Nr. 7).

Verf. empfiehlt eine Mischung von Magist. Bismut 1 zu Vaseline 2 per Catheter in die Vagina eingespritzt.

Wichert.

Mediz. Obosren. 1910.

P. Bogdanow: Die Principien der Behandlung der acuten Gonorrhoe. (Nr. 9).

Ein Sammelreferat.

N. Gerassimow: Ueber Divertikel und Steine des Harncanals. (Nr. 9).

In 3, offenbar angeborenen Divertikeln hatten sich Urophosphatsteine gebildet. Diese wurden operativ entfernt.

P. Herzen: Ein Fall von Leukoplakie der Harnblase. (Nr. 9).

Ein Mann von 24 Jahren hatte eine schwere typhöse Krankheit überstanden. Im Anschluss daran traten Harnbeschwerden auf, Schmerzen in der Blase, zum Schluss der Entleerung und häufiger Harndrang. Blut wurde nicht beobachtet. Im Harn fanden sich bei der Untersuchung Streptococcen und Staphylococcen, dagegen keine Tuberkelbacillen und keine Gonococcen, wohl aber später Bacterium coli. Salol und Urotropin waren wirkungslos. Die Cystoskopie liess eine Leukoplakie erkennen. In der Blasenwand zog sich von rechts oben hinten nach links zur Gegend der linken Ureterenmündung eine unebene, scharf umgrenzte, weiss erscheinende Partie. welche keine Gefässe durchscheinen liess. — Mittelst Sectio alta wurde die Blase eröffnet, die erkrankte Partie, die sich als ein derbes, zum Teil bis in die Muscularis sich erstreckendes Infiltrat erwies, entfernt und die Blutung mit dem Paquelin gestillt. Verf. hält die Bakteriurie für das ursächliche Moment der Erkrankung. Das Vorhandensein von Bakterien in den abgestossenen verhornten Epithelien, welche aufgeweicht im Harn flottierten, gab weiter Veranlassung zum Fortbestehen der Bakteriurie. Hieraus ist ersichtlich, dass nur durch eine operative Entfernung des erkrankten Gewebes eine Heilung solcher Fälle zu erzielen möglich ist.

Mickwitz.

Wratschebnaja Gaseta 1910.

M. Skulski: Ueber die Behandlung des acuten und chronischen Trippers mit Wasserstoffsuperoxyd. (Nr. 18).

S. empfiehlt als brauchbares Präparat bei Behandlung der acuten und chronischen Gonorrhoe Lösungen von H_2O_2; er verschreibt von dem im Handel zu habenden Hydrogen. hyperoxydat. von 8–10 pCt. Stärke 50,0:150,0 Aq. destil., 4 mal tägl. einzuspritzen.

R. Fronstein: Eitrige Periorchitis, hervorgerufen durch Bacterium coli. (Nr. 19).

Bei einem 80-jährigen Greise mit Prostatahypertrophie und Retentionen entwickelte sich eine eitrige Periorchitis, bei der sich im Eiter und im Urin Bacterium coli nachweisen liess; zur Periorchitis (Abscess im Scrotum) trug der regelmässig ausgeführte Catheterismus wohl wesentlich bei.

S. Oksenow: Zur Casuistik des ausgebreiteten Leukoderma (Typhus nach Neisser). (Nr. 26).

An Stelle von Papeln auf Hals, Oberkörper und Armen verblieben weisse pigmentöse Flecke in grosser Zahl, an Vitiligo simplex erinnernd. Die Papeln waren zu voller Ausbildung an diesen Stellen gekommen, da Pat. erst spät sich an das Hospital um Hilfe wandte.

Wojenno-Medizinski Shurnal 1909 u. 1910.

E. Ernst: Die Serodiagnose nach der Wassermannschen Methode. September.

Genaue Beschreibung der Principien und der Technik der Wassermannschen serodiagnostischen Untersuchungsmethode auf Syphilis.

P. Gawrino: Ueber die Behandlung der Syphilis nach der Methode von Dr. Prochorow. September.

Prochorow hat vorgeschlagen die Hg-Menge, die dem Kranken zugeführt werden soll, nach dem Körperge-

wicht zu bestimmen. Wie zu erwarten, reagieren aber ungeachtet dessen die Kranken sehr verschieden auf die so zugemessenen Hg-Dosen, die einen vertragen sie, die anderen magern dabei ab. G. ist aber doch ein Anhänger der Methode, die nach seiner Ansicht nur genauer ausgearbeitet werden muss.

P. Rasin: Zum Artikel N. Obraszows «Die Behandlung der Syphilitiker mit grossen Quecksilberdosen. September.

Obraszow hatte vorgeschlagen die Lues mit Injectionen in grossen Dosen von 5 pCt. Hg oxycyanatumlösungen zu behandeln. R. fand bei der Nachprüfung bei 30 Patienten, dass das Präparat recht schmerzhaft ist, grosse Knoten in den Glutäen nach den Injectionen zurückbleiben, dass es schlecht auf Appetit und Allgemeinbefinden wirkt, Neuralgien und Coliken und Durchfälle hervorruft und absolut nicht energischer und besser wirkt, wie andere Hg-präparate in den üblichen Dosen.

A. Zazkin: Zur Casuistik der syphilitischen Erkrankungen des Auges. Februar 1910.

Autor beschreibt einen Fall von Papel der Conjunctiva des Auges, die auf specifische Behandlung zum Schwinden kam. Luetische Conjunctivalpapeln sind eine Seltenheit.

A. Wikentjew: Die Behandlung der Syphilis mit grossen Quecksilberdosen. April.

Autor kommt zu anderen Resultaten bei Behandlung der Lues mit grossen Hg-Dosen, wie Dr. Prochorow, der diese Methode vorgeschlagen hat. Die Injectionen riefen bei allen Patienten, besonders, wenn es sich um Leute von über 60 Kilo mit entsprechend Prochorows Angaben gesteigertem Quantums Hg handelte, starkes allgemeines Krankheitsgefühl und locale starke Schmerzen hervor und eine niedergedrückte Gemütsstimmung, Abnahme des Körpergewichtes und es wurden nach kurzer Zeit Recidive beobachtet. Dagegen hatte Autor mit Injectionen von 5 pCt. Sublimatlösungen (jeden 5. Tag eine Injection von 1,0), deren 10 gemacht wurden (= 0,5 Sublimat = 0,37 met. Hg) gute Resultate; nach einiger Zeit wurden weitere 5 solcher Injectionen gemacht. Die Dosis ist grösser, wie die gewöhnlich angewandte, doch kleiner, wie die von Prochorow empfohlene, wurde gut vertragen, das Körpergewicht nahm dabei zu.

A. Shebunew: Zur Frage der Syphilis der fibrösen Gewebe. April.

Bei einem Soldaten, der mit der Diagnose: Fibromata antitrachii, ins Hospital eintrat, stellte Autor die Diagnose auf Syphilis. Nach einigen Hg-Injectionen verschwanden die Gummata vollkommen. Es handelte sich um Gummata in dem fibrösen Gewebe der Gelenkkapseln ohne Functionsstörungen.

W. Schiele.

Pathologie und Therapie.

Russki Wratsch. 1910.

K. Willanen: Ueber den Einfluss des Fettes auf die diabetische Glycosurie. (Nr. 16, 17).

Auf Grund der Angaben in der Literatur und seiner Beobachtungen ergeben sich nachfolgende Schlüsse: in gewissen, noch nicht näher definierbaren Fällen können die Fette bei Diabetikern, gleich dem Eiweiss, zur Quelle der Zuckerbildung dienen, wenn auch in geringeren Masse. Die Zuckerbildung aus Fett und Eiweiss kann ein physiologischer Vorgang sein. Pathologisch wird der Process, wenn die Gewebszellen die Fähigkeit zur Verbrennung des sogebildeten Zuckers verlieren, wobei eine Analogie besteht zwischen dem aus Fett und dem aus Eiweiss gebildeten Zucker. Die Störung des Zuckerumsatzes lässt sich etwa folgendermassen formulieren: zuerst wird nicht aller aus der Nahrung gebildete Zucker verbrannt, dann der aus dem Eiweiss gebildete und schliesslich wird das Fett zur Quelle der Zuckerbildung und dieses wird auch nicht vollständig verbrannt und ausgeschieden. Deshalb erscheint es vollkommen möglich, dass die Zuckerbildung aus Fetten unter normalen Verhältnissen oder in leichteren Diabetesfällen nicht vorkommt und nur dann auftritt, wenn der Organismus zur Selbsterhaltung im Hinblick auf den ungeheuren Verlust an Kohlehydraten beginnt alle möglichen Quellen auszunutzen, um den ihm notwendigen Zucker zu erhalten. Bei dem Studium dieser Frage, sowie auch bei der Beurteilung des Einflusses der verschiedenen Kohlehydrate und Eiweisse auf den Diabetes ist in Betracht zu ziehen, dass ein jeder Organismus «specifisch» sich zum Fett überhaupt, wie auch zu seinen verschiedenen Arten verhält.

M. Ljaschenko: Tannopin bei Magen-Darmkatarrhen der Brustkinder. (Nr. 18).

Tannopin ist eine Verbindung von Urotropin mit Tannin (87 pCt.) und hat sich Autor gut bewährt bei infantilen Diarrhöen in der Dosis von 0,3—0,5 3—4 mal täglich.

E. Gindes: Das Wesen des Laryngospasmus und seine Heilung. (Nr. 16).

Das Zustandekommen der Laryngospasmen wird jetzt auf ein Verarmen des Nervengewebes der Kinder an chlorsaurem Calcium zurückgeführt, verursacht durch ausschliessliche Ernährung mit Kuhmilch. Das beste Heilmittel ist Kuhmilchentziehung und Ersatz durch Ammenmilch oder künstliche Nährproducte.

N. Syrenski: Ueber die klinische Bedeutung der antitryptischen Eigenschaften des Blutserums. (Nr. 17, 18).

Die Untersuchungen mehrerer Autoren haben gezeigt, dass ein Teil des normalen Blutserums imstande ist 3 Teile Trypsin zu neutralisieren. Bei von S. angestellten Versuchen an 15 Gesunden erwies sich, dass bei 12 von diesen eine Verdauung der Mischung eintrat, wenn ein Teil Serum mit 4 Teilen Trypsin ausgeführt werde, bei 2 Personen bei einer Verdünnung von 1 Teil Serum auf 5 Teile Trypsin und bei einer Person bei 1:6 Trypsin. Auf Grund dieser Ergebnisse nahm S. die Verdauungsvorgänge bei Verdünnungen von 1:4 und 1:5 als Norm des Verhaltens eines normalen Serums an und bezeichnete erst als «positiv» dasjenige Serum, das erst bei Mischung von 1 Teil Serum auf 6 Teile Trypsin verdaut wurde. Zum Vergleich unternahm er nun die Untersuchung von 108 Kranken und fand hierbei folgendes: bei Kranken mit bösartigen Neubildungen (12 Fälle) war die antifermentative Kraft des Blutserums erhöht (zwischen 1:6—1:12), bei Chlorose und Anämie (12 Fälle) in 2 Fällen normal, in 10 Fällen erhöht; bei Rheumatismus (10 Fälle) erhöht, bei 15 Fällen von acuten und chronischen Herzaffectionen entweder erhöht (2 Fälle) oder normal und positiv (13 Fälle); in 12 Fällen von Tuberculose der Lungen, chron. Bronchitiden etc. erhöht; in 12 Fällen acuter Pneumonien, Pleuritiden etc. erhöht (1:8—12); in 18 Fällen von Leber- und Nierenkrankheiten wenig erhöht oder normal; in 12 Fällen von Typhus in 2 Fällen normal, in den anderen erhöht (1:7—1:12); in 3 Fällen von Sepsis, in 2 Influenzafällen, in 2 Fällen Basedowscher Krankheit, in 2 Diabetesfällen, in 1 Fall von Lymphangoitis und 1 Fall von Osteomyetitis erhöht, in Fällen von Neurasthenie, chron. Magenkatarrh, Appendicitis, Malaria normal. Weitere Untersuchungen sind erforderlich.

W. Stange: Die Behandlung der chronischen Constipation mit den Wässern von Essentuki. (Nr. 20).

Nach den neuesten Untersuchungen besitzen die natürlichen Mineralwässer die Eigenschaft, dass die in ihnen gelösten Stoffe bis gegen 80 pCt. in die wirksamen Jonen zerfallen, wobei sie zu wirksamen Trägern der Elektricität werden; ausserdem besitzen sie radioactive Eigenschaften, daher ihre ungeheure Ueberlegenheit über die künstlichen Mineralwässer. Die an Salzen reichen Wässer von Essentuki sind sehr wirksam, vorwiegend aber in warmem oder heissem Zustand und in dieser Form wendet S. sie in letzter Zeit immer an, auch bei chron. Constipationen, sie wirken heiss nur im Anfang stopfend, später aber abführend. Bei fast allen Formen chronischen Darmkatarrhs sind die Wässer heiss gegeben, vorzuziehen.

S. Saleski: Eine neue Methode des Verschlusses der Mineralwasserflaschen mit mechanisch sich schliessenden Kapseln. (Nr. 20).

Beschreibung und Abbildung des neuen mechanischen Verschlusses.

A. Tlatow: Der Zea-Gletscher als Lungenheilstätte. (Nr. 20).

Beshreibung eines im Kaukasus auf 7000 Fuss Höhe gelegenen Gletscherortes, den die Eingeborenen schon seit langer Zeit zur Heilung von der Lungentuberculose aufsuchen.

S. Gogitidse: Die Bedeutung des Fettes in der Nahrung der Brustkinder und der Ammen. (Nr. 19 und 21).

Durch seine Untersuchungen kommt Autor zum Schluss, dass die Nahrung der Amme eine genügende Menge Fett und Eiweiss enthalten muss, denn bei Mangel an letzterem verlieren die Epithelialzellen der Brustdrüsen ihre Leistungsfähigkeit und leidet die Milchabsonderung. Bei Fettmangel der Nahrung der Amme vermindert sich stark der Fettgehalt ihrer Milch, was der Ernährung des Kindes sehr schadet. Schliesslich kann bei Fettarmut der Nahrung sich bei der Amme auch die Qualität des Milchfettes verändern, in dem es statt die Fette die Glyceride der Fettsäuren in erhöhter Menge enthält. Da das Fett der Nahrung ziemlich direct eine Vermehrung der Menge desselben Fettes in der Milch hervorruft, die Stearine und Palmitine aber schwerverdaulich und für das Kind unerwünscht sind, so wird die Amme Schweine- und Hammelfett vermeiden und Butter und andere leichte Fette bevorzugen müssen.

J. Schwetz: Kala-Azar (Die schwarze Krankheit). Ihre Verbreitung und Beziehung zur Bantischen Krankheit. (Nr. 23 und 24).

Kala-Azar ist eine chronische, unheilbare Tropenkrankheit, die endemisch und epidemisch vorkommt, mit Fieber und unter progressiever Vergrösserung der Milz und häufig der Leber

einhergeht, eine heftige Kachexie verursacht und Neigung zu Blutungen, Oedemen etc., die den Tod herbeiführen. Synonym sind z. B. kachectisches Fieber, tropische Splenomegalie u. a. Leichmann konnte in der Milz einen Parasiten nachweisen, den Donovan später genauer beschrieb und studierte. Die schwersten pathologisch-anatomischen Veränderungen finden sich in Milz und Leber auch eine Induration der Lungen ist nicht selten. Die Kala-Azar zeigt eine merkwürdige Aehnlichkeit der Symptome mit der sog. Pseudoleucaemia splenica oder der Bantischen Krankheit. Bei der Bantischen Krankheit ist nur kein Fieber, bei der Kala-Azar meistens, doch im letzten Stadium ist auch bei der Bantischen Krankheit Fieber vorhanden. Deshalb glaubt Verf. annehmen zu können, trotzdem der Erreger der Bantischen Krankheit noch nicht gefunden, dass sie eine Abart der tropischen Kala-Azar sei, wofür sehr vieles spreche.

M. Arinkin: Ueber die hämolytischen Eigenschaften der Organ-Extracte. (Nr. 19, 21, 22, 23).

Die Untersuchungen A's, gaben folgende Resultate: In den wässrigen Organextracten von Kaninchen lassen sich zwei hämolytische Körper nachweisen, von denen einer termostabil, der andere termolabil ist. Das termostabile Hämolysin hat offenbar beständige Beziehungen zu Eiweisselementen, die sich nur bisweilen durch Aether und Alcohol vom Autohämolysin trennen lassen. In den wässrigen Extracten finden sich einige termostabile Autohämolysine lipoiden Charakters, einzelne von ihnen lassen sich mit Spiritus und Aether, andere nur entweder durch Spiritus oder Aether extrahieren. In ganz frischen wässrigen Extracten aus Gehirn, Herz, Lungen, Muskeln, Eierstöcken, Samenblasen und Uterus liessen sich nie Antihämolysine nachweisen, erst nach 48–96 Stunden traten sie auf, ausser in denen der Ovarien und des Uterus. In den Extracten aus Leber, Nieren, Dünndarm, Milz, Magen und Dickdarm waren sofort Hämolysine nachweisbar. Die Quantität schwankte bei jedem einzelnen Tiere. In dem Serum liessen sich keine Antihämolysine nachweisen, bisweilen dagegen Isolysine. Die stärksten antihämolytischen Eigenschaften besitzt das Serum immuner und normaler Kaninchen; ebensolche Eigenschaften haben die Extracte aus Gehirn, Herz, Lungen, Leber, Niere, Muskeln. Sie verloren nur die Eigenschaft Hämolysin zurückzuhalten bei Filtration der erhitzten Extracte.

A. Putschkowski: 3 Fälle von Fremdkörpern in der Trachea, entfernt vermittelst Tracheotomie (Nr. 25).

Zwei Kinder mussten wegen Erstickungsgefahr tracheotomiert werden, weil die in den Mund gesteckten Gegenstände in die Trachea geraten waren, kleine Rädchen, beim einem beim Fallen, beim zweiten nach einem Schlag auf den Rücken. Im 3. Fall handelte es sich um einen Soldaten, bei dem heftiger Husten und Schwellung der Larynxteile bestand und gleichfalls Erstickungsgefahr drohte. Bei der Operation fiel unerwarteter Weise ein Stück einer Sonnenblumenschale heraus, die das einfache russische Volk mit Vorliebe beknabbert isst.

M. Gran und M. Schor: Können Fische die Choleravibrionen beherbergen? (Nr. 22).

Experimentell konnten die Autoren im Aquarium feststellen, dass Fische Choleravibrionen beherbergen können. In allen positiven Fällen fanden sich die Vibrionen in dem Magendarmcanal der Fische und den Muskeln, einmal im Rogen.

P. Kedrow: Professionelle Krankheiten inbezug auf die Arbeiterversicherung. (Nr. 26).

Die professionellen Krankheiten und die durch sie bedingte hohe Mortalität sind immer in Abhängigkeit von den Vorrichtungen und Maschinen, die die betr. Arbeit erheischt und dem Arzt fällt es äusserst schwer zu unterscheiden zwischen professionellen Schäden und einfachen Unglücksfällen der folgenden Leiden: Leistenbruch, Caissonkrankheit, Hitzschlag, Anthrax der Leder- und Bürstenarbeiter, Gasvergiftungen, Syphilis bei Glasbläsern etc. Es sind viele Lücken in der Gesetzgebung.

L. Einiss: Ueber die Technik der Anwendung von Medicamenten. (Nr. 27).

E. erteilt einige Ratschläge über Anwendung verschiedener Medicamente, äusserlich und innerlich, da darin vielfach gefehlt wurde.

W. Pertschichin: Ueber die Rhachitis in Charkow. (Nr. 28).

Autor untersuchte in Charkow 642 rhachitische Kinder, was 16,04 pCt. aller untersuchten Kinder ausmachte, bei Kindern über 6 Jahr war der Procentsatz der rhachitischen 3,8 pCt., am häufigsten waren die kranken Kindern 1—3 Jahr alt. Das häufigste Anzeichen der Rhachitis war der Rosenkranz, der sich in bis zum 1. Lebensjahr in 76 pCt. der Fälle, in späteren Jahren in 44,5 pCt. der Fälle fand. Dann kommt die Epiphysenauftreibung in 29,5 pCt. der Fälle; das Offenbleiben der grossen Fontanelle bis zum 1. Jahr in 13,7 pCt. der Fälle, Cranistabes in 10 pCt., Hühnerbrust in 8,6 pCt. Rhachitis ohne Complicationen ist selten, bis zum 1 Jahr in 13,1 pCt., nach dem 1. Jahre in 12,7 pCt., meist ist sie combiniert mit Scrophulose, Tuberculose, Enteritis (50,3 pCt.) und anderen.

W. Schiele.

Russki Wratsch 1910.

W. Muratow: Klinische Begrenzung der hysterischen Psychose. (Nr. 31).

Zum Referat nicht geeignet.

R. Gaikowitsch: Ambulatorische Behandlung der Lungentuberculose. (Nr. 31).

Verf. behandelte 54 Kranke ambulatorisch mit «reinem Tuberculin» (Endotin). Sie erschienen morgens zur Injection und gingen von dort direct an die Arbeit. Nur in seltenen Fällen wurde die Kranke ins Spital gelegt und Compressen angeordnet. Die Dauer der Behandlung variierte zwischen 3—5 Monaten. Als Regel wurde jedem Kranken die Wichtigkeit und Unumgänglichkeit die Wohnungs- und Lebensverhältnisse zu verbessern, klargemacht und ein hygienisches Leben verlangt. Die erlangten Resultate waren durchaus günstige, obgleich ein Teil der Kranken zu der ärmsten Bevölkerungsclasse gehörte. Von Heilung konnte natürlich nicht die Rede sein, doch nahm die Lebensenergie und Arbeitsfreudigkeit bedeutend zu.

A. Sapatsch-Sapotschinski: Die Behandlung der Magencrisen bei Tabes dorsalis vermittelst Spinalanästhesie. (Nr. 31).

Die Technik der Injection war die gewöhnlich chirurgische unter Anwendung einer 3% Tropococainlösung, von der aber nie mehr als 2 Gramm gebraucht wurden. Der Einfluss ist entschieden ein günstiger, die Schmerzen werden geringer und der Allgemeinzustand bessert sich. Die Rückenmarksanästhesie ist in allen den Fällen anzuwenden, in welchen Morphium in therapeutischen Dosen keine Wirkung mehr ausübt.

N. Leporski: Sclerose der Vena porta, ihre Verkalkung und Thrombose. (Nr. 31).

Die Fälle sind ungeheuer selten, in der russischen Literatur ist bis jetzt noch kein derartiger beschrieben. Der hier beobachtete betrifft einen 32-jährigen Bauer und endete tötlich. Was die Aetiologie anbetrifft, so kann diese Sclerose eine selbständige Erkrankung sein, unabhängig von der Erkrankung der Nachbarorgane. Das Alter, in dem sie vorkommt, ist meist ein höheres und als begünstigende Momente dienen verschiedene schädliche Einwirkungen infectiösen Charakters, Malaria, Tuberculose und möglicherweise Lues. Die Sclerose bei jugendlichen Individuen muss in einer Beziehung stehen zu einer Infection während des intrauterinen Lebens oder der ersten Lebenstage durch die Placenta oder die Nabelvene In vielen Fällen bleibt aber die Aetiologie vollständig dunkel.

G. Schlater: Die Embryogenese des Menschen. (Nr. 32).

Zum Referat nicht geeignet.

M. Storoshewaja: Ueber Pankreatitis in Verbindung mit Erkrankungen der Gallenwege. Ein Fall acuter hämorrhagischer Pankreatitis mit vielfacher Fettnecrose. (Nr. 32).

In jedem Falle einer Gallensteinkrankheit muss die Möglichkeit einer Beteiligung der Bauchspeicheldrüse in Betracht gezogen werden, da letztere keine besondere Erscheinungen macht. Acuter, wie auch chronischer Icterus können ihren Ursprung im Pankreas haben. Bei der Combination von Gallensteinkrankheiten mit chronischer Pankreatitis ist ein operative Eingriff indiciert, um den Gallenabfluss wieder herzustellen, wodurch die Pankreatitis schwindet. Organo-therapeutische Präparate sind bis jetzt noch so wenig erforscht, dass sie praktische Bedeutung haben. Empfehlenswert ist eine diätetische Behandlung, deren Princip eine Verringerung der Blutanfüllung der Drüse bedingt, verbunden mit Druckerniedrigung des Parenchyms und dadurch geschaffener Ruhe für das kranke Organ. Ordiniert werden auch Abführmittel. Die Differentialdiagnose zwischen Sclerose der Bauchspeicheldrüse und Steinen im Gallenabfluss sind sehr schwierig. In beiden Fällen ist die Behandlung eine operative. Bei acuter hämorrhagischer Pankreatitis scheint die Immunisation und Serumtherapie sehr verführerisch, doch ist das die Therapie der Zukunft, welche eine detailliertere Erforschung des Blutes voraussetzt.

E. Klintschew: Staphylococcämie als Ursache psychischer Erkrankung. (Nr. 32).

Die Fälle sind nicht häufig, bei denen durch Infection des Blutes mit Eitercoccen die psychische Störung die anderen Erscheinungen der Krankheit überwiegt, während die allgemeine Infection von Seiten der anderen Organe und Gewebe sehr geringgradige sind, wenn man nicht in Betracht zieht, die schnelle Bildung eines Eiterherdes auf dem Kopfe und Osteomyelitis am Fuss. Es folgt die Mitteilung einer Krankengeschichte, die lange Zeit für Amentia gehalten wurde, bis die Blutuntersuchung nicht Staphylococcen in Reincultur ergaben, und dadurch das Wesen der Krankheit festgestellt wurde.

A. Pissarew: Ueber die Anwendung von Nucleinpräparaten bei Cholera. (Nr. 33).

Bereits 1908 gebrauchte P. bei Cholera Nuclein-Parke Davis in kleinen Dosen. 1908 setzte er seine Beobachtungen fort. Nachdem er sich von der Gefahrlosigkeit des Mittels

überzeugt hatte, änderte er die Methode der Behandlung und injecierte subcutan nucleinsaures Natron Merk und zwar in grossen Dosen, bis 4 Spritzen einer 10% Lösung; zugleich wurde innerlich einige Mal täglich Nucleinsäure in Oblaten gegeben. Die Anzahl der auf diese Weise behandelten beträgt 14. Was den Krankheitsverlauf anbetrifft, so ist eine verhältnismässig schnelle Genesung und seltenes Erscheinen von Typhoiden zu verzeichnen. Nephritis wurde in fast allen Fällen constatiert.

W. Selenski: Zur Frage über die Krankheit Heine Medin. (Nr. 33).

Die Section bestätigte die intra vitam gestellte Diagnose Poliomyelitis anterior acuta (seu morbus Heine-Medin).

A. Grube: Apparat-Nadel zur Erlangung eines Blutstropfen. (Nr. 33).

Beschreibung des Apparates.

E. Sherbowski: Zur Frage über die diagnostische Bedeutung der sog. palpatorischen Albuminurie (Nr. 34).

Die Resultate der klinischen und experimentellen Untersuchungen ergeben deutlich, dass die palpatorische Albuminurie eine beständige Erscheinung ist, wenn das functionierende Gewebe in der Niere erhalten und der Ureter durchgängig ist und die notwendigen Bedingungen verliegen (vorherige Entleerung der Blase, Druck auf die Niere mit beiden Händen und partienweises Auffangen des Urins im Verlauf der ersten Stunde nach Palpation). Die palpatorische Albuminurie ist ein wichtiges Hilfsmittel bei der Diagnose der Unterleibsgeschwülste und der pathologischen Veränderungen in den Nieren.

J. Kerner: Ueber die hämolytischen Eigenschaften des oleinsauren Natrons und den aufhaltenden Einfluss des Blutserums auf die Hämolyse. (Nr. 35).

Experimentelle Studie.

S. Suchanow: Ueber das Zusammentreffen von Psychastenie und Cyclotimie. (Nr. 36).

Zum Referat nicht geeignet.

S. Dsershgowski: Zur Frage über die Desinfection des Wasserleitungsnetzes und des Trübwassers mit Chlor. (Nr. 37).

Die bakteriologischen Untersuchungen des Wassers, welches mit Chlor desinficiert war mit ca. 5—10 Mlgr. auf ein Liter, zeigten die fast vollständige Keimfreiheit desselben. In den Petrischen Schälchen wuchsen im Maximum 3 Colonien aus 1 Cbc. Wasser; im Gros der Schalen keimte überhaupt nichts. Das glänzende Resultat ist durch die Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit der es erzielt wird, gewiss von grösster Bedeutung für den Kampf mit Epidemien, die durch Wasser verbreitet werden. Der Kostenpunkt beträgt 5—2½ Kop. auf 100 Liter, d. i. zwischen 0,5° und 0,25° auf einen Menschen in 24 Stunden.

W. Simonowitsch: Ueber syphilitische Aortitis. (Nr. 37).

Verf. beobachtete 23 Fälle von Affection der Aortenklappen, von denen einige mit Fehlern der Bicuspidalis combiniert waren. In 11 Fällen konnte die Erkrankung auf eine rheumatische Endocarditis zurückgeführt werden, in den übrigen 12 war aber Rheumatismus auszuschliessen und die Ursache blieb unklar. 5 wiesen einen Herzfehler auf mit Erweiterung der Aorta, wobei nur in einem Falle Lues in der Anamnese zweifelhaft war. 2 von den Kranken starben in der Klinik und die Section bestätigte den syphilitischen Charakter der Affection. 2 Fälle, die aber nicht zur Section kamen, waren so klar, dass ein Zweifel kaum vorliegen konnte. In den Hauptzügen besteht ein klinisches Bild, wie man es sonst nur bei 70-jährigen Greisen zu sehen gewöhnt ist. Die hauptsächlichen diagnostischen Merkmale sind: Fehlen von Rheumatismus in der Anamnese, die Bildung von Insufficienz der Aortenklappen im mittleren Lebensalter nebst Erweiterung der Aorta und Anfälle von Herzasthma und neuralgischen Brustschmerzen. Die Mehrzahl der Kliniker ist wohl darin einig, dass das cardiale Asthma in 9 von 10 Fällen unter 50 Jahren luetischen Ursprungs ist. Deshalb muss man bei Angina pectoris vera und Asthma cardiale verum im mittleren Lebensalter immer nach einer specifischen Aetiologie suchen.

J. Manuchin: Klinische Vorträge von S. Botkin. (Nr. 38).

S. Botkin hatte die Absicht den Studenten des IV. Cursus der Militär-medicinischen Akademie einen Cyclus von Vorträgen zu halten, starb aber vorher. Dieselben sind von M. ausgearbeitet und veröffentlicht worden. Sie behandeln die Chlorosis und Anämie, das klinische Bild und Aetiologie der Krankheit und die Behandlung derselben.

A. Grigorjew: Ueber die Natur des Tollwutgiftes. (Nr. 38).

Die Tollwut muss ihrer Pathogenese nach eher zur Gruppe der mycotischen Erkrankungen gerechnet werden. Der Pilz, der sie hervorruft, besitzt Pleomorphismus und gehört zur Klasse der Hefepilze oder zur Klasse Oidium. In den Endstadien seiner Entwickelung erscheint dieser Pilz in Formen von so geringer Grösse, welche den kleinsten uns bekannten Mikrococcen gleichkommt. Die Negrischen Körper entstehen aus einem Häutchen (Kapsel) um den Pilz, das durch seine Verwandschaft mit dem Eosin charakterisiert ist.

Fr. Mühlen.

Medic. Obosr. 1910.

P. Galzow: Ein Fall von Strictur der unteren Hohlvene. (Nr. 9).

Ein chronisch entzündlicher Process beider Pleuren war rechts auf das subpleurale Zellgewebe und von da auf dem Wege der Lymphbahnen auf die Leberserosa übergegangen. Dadurch hatten sich in der Umgebung der Leber zahlreiche bindegewebige Verwachsungen ausgebildet, welche auf der Basis einer Phlebitis die Vena cava inferior stricturierten.

G. Sacharow und F. Wenulet: Beiträge zur Pathologie des Atrioventricularbündels des Herzens. (Nr. 9).

Bei ihren Arbeiten über die Pathologie der experimentellen infectiösen Pericarditis haben S. und W. sich überzeugt, dass ein Paralellismus zwischen den pathol. Veränderungen des Myocards und denen des Reizleitungssystems nicht besteht.

B. Scherwinski: Ueber die innere Secretion und ihre klinische Bedeutung. (Nr. 11).

Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung der Moskauer Therapeuten am 27. Januar 1910.

T. Tschebotarewski: Ueber Strepto-Diphtherie (Nr. 12).

Die Krankengeschichte eines Falles, welcher das typische Bild der Streptodiphtherie aufwies und durch die Localisation der Septicaemie besonders interessant war. Es bestand nämlich eine purulente Streptococcenartritis im linken Kniegelenk.

H. Nikiforow: Anämia splenica auf der Basis von Tripanosomiasis (Typus Kala-Azar). (Nr. 12).

Ein 6-jähriges Mädchen war an einer Pneumonie nach Masern gestorben. Schon vorher hatte sie an Anämie gelitten und die Milz war vergrössert. Bei der Section wurden im Knochenmark, in der Milz und anderen Organen Gebilde gefunden, welche der Grösse und Form nach den von Marchand und Ledingham als dem Tripanosoma nahestehend beschriebenen, durchaus gleich kamen. Bemerkenswert war es, dass die Parasiten im Knochenmark besonders reichlich zu finden waren, doch lässt sich dieses Verhalten vielleicht dadurch erklären, dass die parasitäre Erkrankung noch nicht so lange bestanden hatte, wie in dem von M. und L. beschriebenen Falle, in welchem es sich um einen Erwachsenen handelte, der an der Anämie zu Grunde gegangen war.

W. Nekrassow: Ein Fall von hypertrophischer Lebercirrhose vom Typus Hanot. (Nr. 12).

Eine Krankengeschichte.

A. Ssinew: Ein Filtrierapparat für Fleisch-Pepton-Agar. (Nr. 12).

Beschreibung des Apparates.

B. Krylow: Ueber alveolare (mehrkammerige) Echinococcen. (Nr. 13).

Zwei Krankengeschichten.

A. Borissowa: Zwei Fälle von Stenosis isthmus aortae. (Nr. 13).

In einem Fall handelte es sich um eine recidivierende Endocarditis mit einer deutlichen Verengung der Aortaklappen; eine Endaortitis mit einer Erweiterung des Anfangsteiles der aufsteigenden Aorta und unabhängig hiervon um eine Stenose des Isthmus aortae bei der Einmündungsstelle des Ductus Botalli. Der zweite Fall war vom «Neugeborenen» Typus nach Bonnet: Eine abnorme Enge des Isthmus aortae unmittelbar vor der Mündung des Ductus Botalli.

E. Marzinowski: Anaemia splenica infantum und ihre Erreger. (Nr. 13).

Ein anfangs gesundes Kind erkrankte mit 6 Monaten an einem mit Fieber verlaufenden Magen-Darmleiden, von welchem es in einigen Tagen genas. Bald darauf wurde von der Mutter ein Anschwellen des Bauches bemerkt, welches stetig zunahm. Die ganze linke Hälfte des Bauches war von der stark vergrösserten Milz ausgefüllt. Die obere Grenze lag an der 8. Rippe, die untere 3 Finger unterhalb des Nabels. Die Milz von derber Consistenz mit glatten Rändern. In dem mittelst Punction der Milz entnommenen Blute wurden Parasiten in grosser Menge gefunden. Diese hatten eine grosse Aehnlichkeit von denen der Leischmania Donovani und Leischmania tropica, waren nur etwas kleiner. Dieser Fall beweist dass die Anämia splenica infantum, eine parasitäre Erkrankung, auch hier in Russland vorkommt.

Mickwitz.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

№ 48 St. Petersburg, den 27. November (10. Dec.) 1910. XXXV. JAHRGANG.

Lichen hypertrophicus.

Vortrag, gehalten den 7. Nov. 1910 auf dem VI. Aerztetage in Reval.

Von

Privatdocent Dr. A. Paldrock.

Der Ausdruck Lichen hat in der Wissenschaft lange Zeit hindurch für alle möglichen Hauterkrankungen als Sammelbegriff gedient. Noch heute bezeichnet der Laie die heterogensten Hautleiden als „Flechte", eine wörtliche Uebersetzung des λειχήν oder Lichen. Als aber die pathologisch-anatomische Forschung gemeinsam mit der objectiven klinischen Beobachtung in ihre Rechte trat, hat Gustav Simon 1851 den Lichen lividus als zur Purpura und den Lichen urticatus als zur Urticaria gehörig von dem usuellen Lichen. abgetrennt (Riecke: Lehrb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1909, pag. 130).

Ferdinand v. Hebra hat es durchgesetzt, dass mit dem Namen Lichen nur Affectionen bezeichnet werden können, welche ihren Anfang in Knötcheneffloreszenzen haben: „welche sich durch Bildung von Knötchen, aber solcher, welche durch einen bestimmten Process hervorgerufen werden, kennzeichnen und welche überdies in ihrem ganzen weiteren Verlaufe keine fernere Umwandlung mehr erleiden und auf diese Weise ein stetes Kranksein repräsentieren". Dieser Forderung gemäss liessen sich unter den Begriff Lichen nur L. ruber und L. scrophulosorum bringen.

Augenblicklich neigen wir dazu, den L. scrophulosorum aus der Kategorie Lichen auszuscheiden, da seine Knötchen sich weiter zu Bläschen und Pusteln umwandeln und wohl mit der Tuberculose der Haut in Zusammenhang zu bringen sind.

Der Lichen ruber tritt in zwei Erscheinungsformen auf, als L. r. planus und acuminatus. Ersterer liegt in unserem heutigen Thema, und ich will Ihnen 4 atypische Formen desselben, den sogenannten L. hyperthrophicus, welchen ich im letzten Jahre zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, demonstrieren. Die Moulagen finden sie nummeriert, damit ich in Kürze auf dieselben verweisen kann.

Vergegenwärtigen wir uns das Bild des Lichen ruber planus, wie wir es gewöhnlich zu sehen bekommen, so charakterisiert er sich durch folgende Merkmale: kleine stecknadelkopf- bis hirsekorngrosse, flacherhabene, gelbrote bis bläulichrote Knötchen, von wachsartigem Glanze, mit scharf abfallenden Rändern und mit dellenartig eingesunkenem Centrum, welches von einem hyperämischen Saume umgeben ist.

Mikroskopisch finden wir in den ganz frischen Knötchen die Capillarschlingen erweitert und ein dichtes Infiltrat, aus Leukocyten bestehend das sich entweder auf die Papillen der Cutis allein beschränkt, oder auch selten das Rete subpapillare befällt, niemals aber tiefere Schichten ergreift und daher auch gegen das tiefere Corium eine in fast genau gerader horizontaler Linie verlaufende Begrenzung zeigt. Ein Knötchen wird durchschnittlich von 2—5 etwas verbreiterten und verlängerten Papillen gebildet. Das Infiltrat besteht ausschliesslich aus einkernigen Leukocyten und vereinzelten polynukleären Zellen, während Plasmazellen vollkommen fehlen (Ehrmann und Fick: Compendium der speciellen Histopathologie der Haut. 1906. pag. 27). Hier im oberen Teile des Coriums ist der Beginn des L. r. planus. Hieran schliesst sich ein Abheben des ganzen Epidermalstratums an, welches durch Auflösung und Zerfall des Rete Malpigii bedingt ist. In dieser Blase fanden Joseph und Caspary ein glasiges, von feinen, fibrinähnlichen Fäden durchzogenes Gerinsel mit einer Anzahl Rundzellen. Auch sie halten diesen Process für einen secundären, als infolge des primären Vorganges im Corium entstandenen und für Lichen pathognomonisch. Die Abhebung der Epidermis vom Corium ist wohl am einfachsten als eine „Staunngsblase" aufzufassen, bei deren Resorption inmitten der

L. planus-Knötchen eine Delle erscheint (M. Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, I. Teil, 1908, pag. 99).

Auf die Histopathologie der Lichenknötchen in Kürze einzugehen, hielt ich für nötig, weil durch dieselbe uns das klinische Bild des L. r. planus überzeugend verständlich gemacht wird.

Bei entsprechender Therapie tritt nach mehrwöchentlichem Bestehen eine Rückbildung der L.-Knötchen ein. Wenn auch bisweilen Fälle von Spontanheilungen beobachtet worden sind, so kann auch das entgegengesetzte eintreten, indem die L.-Knötchen einen atypischen Verlauf nehmen und sich zum Lichen hyperthrophicus ausbilden. Die Weiterentwickelung der L. r. planus-Knötchen hat Török geradezu klassisch beschrieben.

Anfangs verhält sich die Epidermis ganz passiv und wird von den zellig voll infiltrierten Lederhautpapillen, welche gegen die Hautoberfläche zu emporschwellen, flachgedrückt und gespannt. Dann folgt eine Epithelproliferation und damit des öfteren auch die Bildung einer zumeist feinen, festhaftenden Schuppe (Nr. 1), die bei kleinen Knötchen eventuell erst durch Kratzen entdeckt wird. (Török: Specielle Diagnostik der Hautkrankheiten. Wien. 1906, pag. 117). Infolge von Hyperplasie der Epithelschicht entsteht eine deutliche Veränderung der Oberhautfelderung im Sinne einer Vertiefung der Hautfurchen — besonders deutlich bei älteren Fällen —, weil die Epidermis sowohl in ihrem zwischen die Papillen eindringenden Leistensysteme als auch in ihrem die Papillenspitzen bedeckenden Teile verdickt ist. Die intrapapillären Furchen vertiefen sich, indem sie über die gegen die Tiefe der Haut wuchernden interpapillären Epithelleisten sozusagen nachsinken und auch dadurch, dass ihre Ränder infolge der Verdickung der suprapapillären Epithelschicht stärker prominieren (Moulage Nr. 4).

Die alle Teile der Epidermis betreffende Hyperplasie kann beim Lichen — besonders bei den auf den Unterschenkeln localisierten und seit längerer Zeit bestehenden Formen — zu derben, dunkelbläulichen (Moul. Nr. 2) oder bräunlichen (Moul. Nr. 3) und schieferfarbenen (Moul. Nr. 4) Prominenzen führen, welche entweder mit einer Hornschicht, ohne deutliche Oberhautfelderung, bedeckt sind (Moul. Nr. 1), oder aber sehr stark ausgeprägte Felderung (Moul. Nr. 2, 3 u. 4) und Schüppchen aufweisen. Auch durch die verdickte Hornschicht sieht man weisse Punkte und Striche hindurchscheinen; das sind Stellen, an welchen die Verdickung der Malpigischen Schicht besonders stark ist. Uebrigens verrät sich die Verdickung der Epidermis schon in relativ frühen Entwickelungsstadien der Hautveränderungen durch das Vorhandensein dieser weissen Punkte und Linien, welche durch die wachsartig glänzende Hornschicht hindurchscheinen.

Die Quantität der sich abschuppenden oberen Hornschicht ist meist sehr gering (Moul. Nr. 2, 3 u. 4) oder sie fehlt ganz (Moul. Nr. 1). Die Farbe der Schuppen ist weiss oder grauweiss.

Die reactive Hyperämie ist bei sehr acuten und sehr ausgebreiteten intensiven Fällen (Moul. Nr 2) eine stärkere und ihre Farbe ist eine sattere, bis entzündlich rotblaue. Bei solchen Fällen kann es zu stärkerer seröser Exsudation und Blasenbildung kommen, dem sogenannten L. pemphigoides. Die Farbe der reactiven Hyperämie blasst im Verlaufe des Bestehens ab (Moul. Nr. 1), auch wird sie durch die verdickte Epidermis noch blasser abgetönt, oder bei längerem Bestehen des Lichen durch an ihre Stelle tretende sepiabraune Töne ersetzt (Moul. Nr. 3 u. 4).

Gestatten Sie, dass ich nun zur Beschreibung der von mir beobachteten Lichen hyperthrophicus - Fälle übergehe.

Die Patientin M. E. ist 51 Jahre alt. Ihre Regel verlor sie mit 50 Jahren, und bald nachher hat sich auf dem rechten Unterschenkel eine Hautkrankheit zu bilden angefangen. Nachdem allemöglichen localen Mittel 8 Monate lang ohne Erfolg angewandt worden waren, sind auch auf den Beugeseiten der Unterarme Hautaffectionen aufgetreten. So vergingen noch weitere 4 Monate, und dann kam Patientin in meine Behandlung.

Den objectiven Befund fixierte ich in den Moulagen Nr. 1 und 4.

Moulage Nr. 1 ist eine Nachbildung der seit 4 Monaten bestehenden Hautaffection auf der Beugeseite des rechten Unterarmes. Es sind flache Papeln von 4 bis 12 mm. Durchmesser und 1 bis 2 mm. Höhe. Die Ränder der Papeln fallen steil ab und zeigen einen lividen, bläulichrosa, wachsartig glänzenden Farbenton. Die Mitte der Papeln wird von einer dicken Hornschicht eingenommen, welche dellenartig eingesunken ist, keine Schuppen aufweist und einen schmutzigen, sepiabraunen Farbenton hat. Die am meisten eingesunkenen, also ältesten, Papeln sind von keiner oder einer nur sehr geringen reactiven Hyperämie umgeben, während jüngere oder frischere Papeln einen blasrosa Hof haben. — Die Patientin wird von unaufhörlichem Jucken geplagt, welches beim Kratzen in Schmerzen übergeht und dann für einige Zeit aufhören soll.

Moulage Nr. 4 ist eine Wiedergabe der Hautaffection auf der Mitte der Streckseite des rechten Unterschenkels, welche schon 1 Jahr lang bestanden hat. Eine 8 cm. lange und 6 cm. breite Fläche wird von der Hautaffection eingenommen. Die Ränder derselben heben sich ½—1 mm. dick über die umgebende Haut empor, sind von rosablauer Farbe und mit einer schmutzig graublauen, sehr feinen Schuppenschicht belegt. In der Richtung vom Rande zur Mitte hin nimmt diese schmutziggraue Schicht an Dicke zu, erreicht ihr grösstes Mass circa 5 mm. vom Rande entfernt und nimmt dann wieder ab, so einen bis zu 15 mm. breiten Wall bildend. Weiter zur Mitte hin finden wir die erkrankte Fläche so weit eingesunken, dass ihr Niveau dem der gesunden Haut gleich kommt, welche die Affection umgibt. Während die Ränder eleviert erscheinen, lässt das Centrum deutliche Atrophie erkennen. Die ganze erkrankte Fläche zeigt Felderung; die Furchen der elevierten Ränder sind weniger tief als die des Centrums, wo auch stecknadelkopfgrosse Vertiefungen in grosser Zahl unter die netzartig verstreuten Furchen sich mischen. Die ganze erkrankte Fläche ist von einem 2—6 mm. breiten sepiabraunen, nicht entzündeten Saum umgeben.

Sowohl die Affection am rechten Unterarm, wie auch die auf dem rechten Unterschenkel konnten als Lichen hyperthrophicus diagnosticiert werden, weil am Rumpfe der Patientin typische L. r. pl.-Knötchen von Hirsekorngrösse sich vorfanden und im Munde auf der Wangenschleimhaut auch typische Lichenknötchen waren.

Als Therapie wurde Liq. Kalii arsenicosi 5,0
Tinct. Chinoidini 15,0

3 mal täglich 6—15 Tropfen in steigender Dosis zum Einnehmen verordnet. War die Patientin auf 15 Tropfen angekommen, so sollte sie 6 Wochen lang bei dieser Tropfenzahl bleiben und dann wieder auf 6 Tropfen zurückgehen.

Local verordnete ich die von Unna empfohlene Salbe:

Ung. Zinci benzoati	100,0
Acidi carbolici	4,0
Hydrarg. bichlorati corr.	0,1

Nach 8 wöchentlicher Behandlung waren die Lichenknötchen auf der Mundschleimhaut mit Hinterlassung von Trübungen an den erkrankt gewesenen Stellen geschwunden, ebenso auch die typischen Lichenknötchen auf dem Rumpfe und der Lich. hyperthrophicus an den Unterarmen, an ihrer Stelle sepiabraune Flecke hinterlassend. Die Affection am rechten Unterschenkel war ganz flach geworden und mit reichlichen schmutzigrauen Schuppen bedeckt, weshalb die Behandlung noch fortgesetzt werden musste, bis nach weiteren zwei Monaten auch diese Stelle zur Heilung gekommen war. An der erkrankt gewesenen Stelle sah man eine atrophische Fläche von der oben angegebenen Grösse, welche von einem breiten dunkelsepiabraunen Saum umgeben war. Ueberglücklich war die Patientin, dass sie von dem unerträglichen Juckreiz befreit worden war.

Nach weiteren 6 Monaten hatten aber an zwei Stellen, neben dem grossen Flecke auf dem rechten Unterschenkel, ungefähr zweikopekenstückgrosse Lich. - hyperthrophicusflecke sich wieder gebildet, die genau dasselbe Aussehen, wie der grosse Fleck es gehabt hatte, repräsentierten. Sonst haben sich nirgends am Körper Recidive gezeigt. Die frühere Behandlung wurde wiederholt, und wir sind eben mit dem Durchführen der Cur beschäftigt.

Moulage Nr. 2. Die ganze Körperoberfläche der 64 Jahre alten Patientin M. R. war mit typischen L.-r.-pl.-Knötchen besät. Ihre Grösse schwankte von der eines Stecknadelkopfes bis zu der eines Hanfkornes; auch auf der Mundschleimhaut fanden sich solche. Besonders viele, in Gruppen

angeordnete Knötchen bedeckten den Nacken, die Beugeseiten der Arme, das Kreuz und die Schenkel. — Es wurde die vorhin beschriebene Behandlungsart vorgenommen. 4 Wochen später erschien die Patientin und wies sehr betrübt auf eine besondere neuhinzugekommene Hautaffection hin. Es hatte sich im Laufe der letzten Woche auf der Streckseite des rechten Unterschenkels ein Lichen hypertrophicus ausgebildet. Prominenzen von 1 bis 5 mm. Höhe hatten sich zu einem polygonalen Conglomerat vereinigt, dessen höckerige, von Furchen durchsetzte Oberfläche weisse Strichelchen und Punkte aufwies und mit feinen grauen Schuppen bedeckt war. Die Ränder sind wachsartig glänzend, cyanotisch verfärbt, fallen schräg ab und sind von einem fingerbreiten stark hyperämischen, entzündeten Hofe umgeben. Das Conglomerat misst der Länge nach 6 cm. und der Breite nach 3 cm.

Während weiterer Behandlung trat bedeutende Besserung ein, und die Patientin wurde von dem quälenden Juckreiz befreit, was sie wohl auch bewogen hat, sich nicht mehr vorzustellen.

Moulage Nr. 3 entstammt der 51-jährigen Patientin W. P. Die Regel hat schon vor mehreren Jahren aufgehört. Seit 13 Jahren hat sie Varices an den Beinen, und seit 2½ Jahren bestand der Lich. hypertrophicus am rechten Knie, als sie sich an mich wandte.

Zwischen den tief in der Haut gelegenen erweiterten Venen sehen wir eine Gruppe von flachen Papeln, deren Oberfläche von tiefen Furchen durchzogen ist. Sie haben eine sepiabraune Farbe und zeigen weisse, graue und schmutzigdunkele, feine Schuppen. Die Ränder fallen schräg ab und sind sepiabraun verfärbt, während ein die Papeln umgebender Hof fehlt. Zwei von den Papeln sind mit Borken bedeckt, weil sie infolge starken Juckens zerkratzt worden sind. Nur noch auf der Wangenschleimhaut fanden sich typische Lichenknötchen, sonst aber nirgends auf dem Körper.

Die vorhin beschriebene Therapie wurde verordnet, und ich sollte von der Patientin, die in Kurland wohnhaft ist, über den weiteren Verlauf der Krankheit benachrichtigt werden. Es sind aber jegliche Nachrichten ausgeblieben.

Das mikroskopische Bild ändert sich entsprechend dem Grade der Entwickelung des Lich. hyperthrophicus. Im Epithel finden wir die schon erwähnten Veränderungen, nur ist das Stratum filamentosum häufig verschmälert und die Reteleisten sind verkürzt oder ganz geschwunden. Von einem aus mononucleären Leukocyten bestehenden Infiltrat werden die Papillarkörper und der subpapilläre Teil des Coriums durchtränkt gefunden, welches aber nicht mehr, wie bei frischen Knötchen, in einem normalen Grundgewebe liegt (Ehrmann und Fick, pag. 29), sondern in einem Gewebe, in welchem die elastischen Fasern vollkommen fehlen. Dasselbe nimmt auch nur sehr schlecht die sauren Collagenfarben an, stellt eine homogene Substanz dar und ist colloid entartet. Das Corium unterhalb des Stratum papillare ist auch hier ganz intact. Solche Fälle hinterlassen beim Heilen eine Narbenbildung.

Der Lichen tritt am häufigsten im Alter von 20—50 Jahren auf. Unsere Fälle betreffen ausschliesslich Frauen von über 50 Jahren, bei denen die Regel schon aufgehört hat. Zwei Patientinnen (Moulagen Nr. 1, 2 u. 4), bei denen der Lichen weite Körperflächen occupiert hatte, wurden von unerträglichem Juckreiz geplagt, so dass das Allgemeinbefinden stark in Mitleidenschaft gezogen worden war, während die dritte Patientin nur local von ihrem Lichen belästigt wurde.

Wie über die Aetiologie und Pathogenese des Lichen keine Klarheit herrscht, so liess sich auch an unseren Fällen diesbezüglich nichts weiter eruieren. Die Prognose ist bei früh gestellter Diagnose stets eine günstige; Exacerbationen während und Recidive nach der Behandlung können vorkommen.

Was die Therapie anbelangt, so soll man ausser der obenerwähnten Behandlungsweise in neuerer Zeit auch gute Erfolge von Röntgenbestrahlungen gesehen haben. Jedoch auch hierbei bleiben die verheilten Stellen des L. r. pl. noch für längere Zeit an den sepiabraunen Flecken erkenntlich.

Die Schlaflosigkeit und ihre Behandlung.

Vortrag, gehalten auf dem VI. estl. Aerztetag in Reval den 6. November 1910.

Von

Dr. H. Hirsch, Reval.

M. H. Ehe ich von der Schlaflosigkeit spreche, müsste ich die Frage erörtern, was Schlaf ist. Die Antwort lautet kurz: wir wissen es nicht. Das Wesen des Zustandes, welcher mindestens $^1/_4$ unseres Lebens einnimmt, ist uns unbekannt. Theorien darüber sind seit jeher aufgestellt worden und je nach dem Standpunkt des Forschers, nach seiner mehr materialistischen oder spiritualistischen Weltanschauung verschieden ausgefallen: physiologisch, anatomisch, chemisch, psychologisch. Zum wahren Verständnis des Wesens des Schlafes sind wir nicht gekommen. Doch braucht uns das nicht in unseren weiteren Erörterungen über die Schlaflosigkeit zu beirren, denn empirisch weiss ja jeder, was Schlaf ist, und ich denke, wir können uns mit einer allgemeinen, beschreibenden Definition begnügen, indem wir sagen: Schlaf ist derjenige periodisch wiederkehrende Zustand eines lebenden Organismus, bei welchem seine körperlichen und seelischen Functionen soweit herabgesetzt sind, als es ohne Gefährdung des Ganzen geschehen kann, — mit dem Zweck der Erholung resp. Regeneration der einzelnen Organe. — Teleologisch gesprochen, ist der Schlaf also eine Schutzmassregel des Organismus gegen Abnutzung.

Betrachten wir uns die Functionsherabsetzung der einzelnen Organsysteme während des Schlafes näher, so sehen wir sofort, dass die Gehirnfunctionen dabei überwiegend beteiligt sind. Die charakteristischste Veränderung ist die des Bewusstseins, das in seiner Helligkeit herabgesetzt, bis völlig aufgehoben erscheint. Deshalb glaube ich das Recht zu haben, den Schlaf in erster Linie als eine psychische Function resp. Afunction aufzufassen. Dies geht schon aus seiner Wesensverwandtschaft mit der Hypnose hervor. Nach Liébault sind diese beiden Zustände identisch, mit dem alleinigen Unterschiede des bei der Hypnose erhaltenen Rapportes des Schlafenden mit dem Hypnotiseur. Andere sehen allerdings grundlegende Unterschiede zwischen den beiden Zuständen, doch scheint mir — sobald wir an den „normalen" hypnotischen Schlaf denken, — die Identität mit dem spontanen Schlaf zweifellos festzustehen, — nicht einmal die Liébaultsche Einschränkung kann man gelten lassen, denn auch der gesunde Mensch im gewöhnlichen Schlaf bleibt im Rapport mit der Aussenwelt; man denke nur an das bekannte Beispiel der Mutter, welche bei der Pflege ihrer kranken Kinder, von Müdigkeit überwältigt, einschläft, durch Lärm nicht erweckt wird, wohl aber beim leisesten Stöhnen des kranken Kindes erwacht. Sie schläft also partiell, genau so wie es in der Hypnose der Fall ist. — Andererseits beobachtet man auch spontane Uebergänge von gewöhnlichem, normalem Schlaf in die krankhaften Formen des Somnambulismus, — ganz wie bei der Hypnose. Die beiden Zustände scheinen mir also durchaus wesensgleich, und als wichtig auch für unsere weiteren praktischen Besprechungen constatiere ich auf Grund dessen die psychische Funtionsänderung als wichtigstes Charakteristicum des Schlafes. — Die körperlichen Begleiterscheinungen können wir übergehen bis auf eine, welche im engsten Zusammenhang mit den Veränderungen der Psyche steht: das sind die Zustände des Vasomotorensystems, welche ich hiermit wenigstens erwähnt haben will. Die Herabsetzung der Bewusstseinstätigkeit heisst mit anderen Worten die Herabsetzung der Erregbarkeit der Hirnrinde,

als des körperlichen Substrates der Bewusstseinsvorgänge, sowohl für alle Sinneseindrücke als auch für innere psychische Vorgänge. Und zwar sind letztere die bei weitem wichtigeren Elemente beim Zustandekommen oder Nichtzustandekommen des Schlafes. Die häufigste Ursache der Schlaflosigkeit sind nicht äussere Dinge, die durch Vermittlung der Sinnesorgane zum Bewusstsein gelangen, sondern gerade die inneren psychischen Vorgänge (Gedanken, Gefühle und Willensacte). Wenn ein Pat. über Schlaflosigkeit klagend sich an uns wendet, so hat er meist schon diese ebengenannte Trennung exogen und endogen bedingter Schlaflosigkeit vorgenommen und meint letztere, indem er angibt: „meine Gedanken lassen mich nicht schlafen"; wir können aber auch mit Sicherheit auf einen endogenen Vorgang schliessen, dessen Wesen dem Pat. selbst nur nicht so klar ist, wenn er sagt: „weder denke ich etwas besonderes, noch habe ich irgendwelche Gefühle — ich kann einfach nicht schlafen". Welches sind nun die wichtigsten psychischen Elemente, die das Eintreten des Schlafes beeinträchtigen? Nicht Gedanken an sich, sondern nur solche, die mit Interesse gedacht werden. Dieses Interesse kann sowohl ein abstractes und allgemeines sein, wie etwa das Denken an Dinge, die uns im Laufe des Tages lebhaft beschäftigt haben, — als auch ein ganz specielles, unser eigenes Wohl und Wehe direct betreffendes, wie Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen, Sorgen, oder endlich — es tritt in der gefährlichsten Form auf: als das Interesse am Act des Einschlafens selbst. — Interesse ist eine mit einem gewissen Affect verbundene Aufmerksamkeit. Aufmerksamkeit aber ist ein Willensact, und ebenso sind alle Affecte aufs innigste mit Willenselementen durchsetzt: denn jeder ist ein Streben nach etwas hin, oder von etwas fort, — so finden wir bei allem, was den Eintritt des Schlafes hindert, den Willen in Action, und ich glaube daher sagen zu dürfen: Schlafen ist Nichtwollen. Um einschlafen zu können, muss der Wille völlig ruhen. — So wird einem sofort das Unzweckmässige in dem oft von Patienten gehörten Satz klar: „ich gebe mir schon alle Mühe, einzuschlafen, aber es geht doch nicht". Gerade weil er sich Mühe gibt, seinen Willen anstrengt, geht es nicht.

Ich wende mich jetzt den Haupttypen der Schlaflosigkeit zu:

Absolute Schlaflosigkeit, das Nichtschlafen während einer ganzen Nacht oder während mehrerer Nächte, ist eine seltene Form, und wenn sie vorkommt, wohl meist exogen bedingt: durch Schmerzen und andere Krankheitszustände. Allerdings hört man nicht so selten von einem Patienten, bei dem keine derartige Ursache vorliegt, die Klage: „ich habe die ganze Nacht kein Auge zugetan", oder gar: „schon seit 3 Wochen schlafe ich keine Nacht", doch ist man in solchen Fällen zu Zweifeln berechtigt: es handelt sich wohl stets um bewusste oder unbewusste Uebertreibung: der Pat. schläft wohl, aber nur oberflächlich, ist alle Augenblick wach, er hat nicht das Gefühl der Erquickung durch den Schlaf und glaubt deshalb, gar nicht geschlafen zu haben. Dies ist der 2. Typus der Schlaflosigkeit, der oberflächliche, oder qualitativ gestörte Schlaf.

Der 3. Typus ist der quantitativ gestörte Schlaf, die gewöhnlichste Form von Schlaflosigkeit. Wir unterscheiden hierbei die Abend- und die Morgen-Schlaflosigkeit, dazu kommt noch Unterbrechung des Schlafes mitten in der Nacht. — Ich brauche kaum zu erwähnen, dass es neben diesen 3 Haupttypen natürlich alle möglichen Uebergänge und Combinationen der einzelnen Formen gibt. Solche Formen zu unterscheiden, ist keine theoretische Spielerei, sondern gerade für die Therapie von grösster Wichtigkeit. Wir müssen nur in jedem Fall vom Patienten genau seine Schlaflosigkeit schildern lassen; ebenso müssen wir uns durch sehr gründliche Exploration über eine Reihe anderer individueller Dinge orientieren: wir müssen uns ein Bild vom Leben des Patienten, von seiner Tätigkeit während des Tages und besonders des Abends, von seinem Essen und Trinken und vielen anderen Dingen machen; in grossen Zügen wenigstens werden wir uns über den Charakter des Betreffenden, über seine Liebhabereien u. s. w. klar werden müssen, — dann gehen wir an die sorgfältige körperliche Untersuchung, welche in krankhaften Veränderungen aller Organe den Schlüssel zur Schlaflosigkeit des Pat. geben kann. Sind exogene Ursachen auszuschliessen, so ist nach den endogenen zu forschen, und es erfordert oft grosse Geduld, immer aber Geschick und Takt seitens des Arztes, das Wichtige zu erfahren: es kommt aber alles darauf an, die wahre Ursache der Schlaflosigkeit aufzudecken, nur so kann man therapeutisch auf bleibenden Erfolg hoffen. Natürlich wird man in den seltensten Fällen bei der ersten Untersuchung zum Ziel kommen, der Arzt muss den Pat. erst allmählich kennen lernen, sein Vertrauen gewinnen, dann erst erfährt oder errät er manches über intimere Verhältnisse, was das Verständnis dieses Falles zu eröffnen imstande ist.

Ueber einen Punkt muss man sich stets klar sein; das ist das physiologisch verschiedene Schlafbedürfnis des Einzelnen. Es gibt bekanntlich grosse Schwankungen je nach dem Alter des Menschen und nach der Art seiner Tätigkeit, ob er körperlich, oder geistig arbeitet.

Ich komme zur Therapie der Schlaflosigkeit: über die exogen bedingten Formen kann man in Kürze sagen, dass sie natürlich nur durch Fortschaffen der äusseren Störungen — wozu hier auch Schmerzen und dergl. zu rechnen sind — geheilt werden. Die endogen bedingten Formen verlangen ihre besondere Therapie, zunächst Allgemeinbehandlung. Es kommt darauf an, die günstigsten Bedingungen für den Schlaf und seinen Eintritt, das Einschlafen, zu schaffen. Hierher gehören: ein richtig temperiertes Schlafzimmer, Vermeidung später oder zu reichlicher Nahrungsaufnahme, und anstrengender körperlicher oder geistiger Arbeit des Abends; dann die speciellen physikalischen Behandlungsmethoden, deren es Legionen gibt, von denen ich aber nur wenige, wirklich bewährte, nenne: in der Hydrotherapie sind es vor allem die warmen Bäder, die als Specifica bei Schlaflosigkeit gelten, doch muss man wissen, dass sie individuell sehr verschieden vertragen werden; sehr oft z. B. nicht unmittelbar vor dem Schlafengehen sondern besser eine bis mehrere Stunden vorher, ebenso ist die Temperatur der Bäder im einzelnen Fall zu variieren; — im allgemeinen werden mittlere Temperaturen von 28—29° die besten sein und die Dauer der Bäder von $^1/_4$—1 Stunde und länger. Wohl das wirksamste hydrotherapeutische Mittel gegen Schlaflosigkeit sind Ganzpackungen, welche bekanntlich eine sehr energische Blutzufuhr nach der Peripherie des Körpers und dadurch Entlastung der inneren Organe und des Gehirns bewirken, und oft genug schon während der Procedur selbst den Schlaf hervorrufen. Nur muss ich sagen, dass es überempfindliche Personen gibt, denen die Vorstellung, eingewickelt, hilflos dazuliegen, so beängstigend ist, dass eine gegenteilige Wirkung erzielt wird. Ausser den Ganzpackungen kommen noch Teilpackungen oder Umschläge, Compressen um den Leib oder die Beine in Frage. Das Anwenden solcher Umschläge, auch der vielfach empfohlenen feuchten Strümpfe während der Nacht hat sich mir übrigens nicht gut bewährt, denn sie werden oft als Fremdkörper störend empfunden. Ein wirklich vorzügliches Schlafmittel ist Liegen in freier Luft, welches ja bereits zum eisernen Inventar jeder Nervenbehandlung gehört und allgemein bekannt ist und sich auch im Privathause meist durch-

führen lässt. Körperliche Ermüdung, Spazierengehen vor dem Schlaf und dergl. halten im allgemeinen nicht das, was man theoretisch von ihnen erwarten sollte; das Blut gerät in Wallung, und der Geist arbeitet oft dem ermüdeten Körper zum Trotz nur um so munterer weiter. An weiteren physikalischen Mitteln ist die allgemeine Massage — unter Vermeidung aller erregenden Manipulationen — zu empfehlen; sie wirkt auch blutverteilend und dabei sicher in hohem Masse hypnotisch durch die Streichungen. Dasselbe gilt von den beruhigenden Anwendungsweisen der Elektrotherapie: Galvanisieren an Kopf und Hals, Franklinsche Kopfdouche. Wenn von manchen auch die erregenden Formen der Elektricität, z. B. Faradisation des Kopfes oder Körpers empfohlen wird, so glaube ich diese Wirkung wohl ausschliesslich auf Rechnung der Suggestion setzen zu können.

In einer grossen Reihe von Fällen — ich möchte wohl sagen den meisten — kommen wir nun mit diesen physikalischen Methoden nicht zum Ziel; erstens lassen sich sogar einfache Wasseranwendungen doch oft genug im Privathause nicht durchführen, dann aber erweisen sie sich in hartnäckigen Fällen als zu schwach, und wir sind weiter auf medicamentöse Behandlung angewiesen. Diese wird in den Lehrbüchern meist perhorresciert, und auch die meisten Patienten kommen schon mit der Bitte zum Arzt, ihnen „nur keine Schlafmittel" zu geben, sondern sie anders zu curieren.

Mir scheint diese Furcht vor Schlafmitteln eine übertriebene, wenn auch ohne weiteres zuzugeben ist, dass Gefahren damit verbunden sind durch die drohende Abhängigkeit von den Mitteln, in welche der Pat. bei dem chronischen Charakter seines Leidens kommen kann. Doch birgt ja jede medicamentöse Behandlung diese Gefahr in sich, und es kommt hier, wie überall darauf an, dass der Arzt den Schaden des Giftes in Segen verwandelt. Und ich muss sagen: Schlafmittel können ein grosser Segen für den Kranken sein, es kommt nur darauf an, sie richtig zu brauchen. In einigen besonderen Fällen können sogar sehr grosse Gaben am Platze sein; z. B. wenn es nötig ist, den verzweifelten Pat. davon zu überzeugen, dass er überhaupt noch schlafen kann. Viel öfter dagegen wird man mit den schwächsten Dosen auszukommen suchen, und ich kann aus meiner Erfahrung sagen, dass oft geradezu homöopatische Dosen zum Ziel führen. Ich nenne die gebräuchlichsten Schlafmittel, mit den schwächsten beginnend, wobei ich nur die schon bewährten berücksichtige: Erdbeeren- und Baldrianthee, Brom, Alcohol in Form von Bier, Sulfonal, Trional, Veronal, Chloral, Opium und seine Alcaloide.

Ich kann hier nicht die Wirkungsweise jedes einzelnen dieser Mittel besprechen, nur einiges Allgemeine will ich sagen: es ist wichtig, die Löslichkeitsverhältnisse der Mittel zu kennen, um bestimmen zu können, wie bald die Wirkung eintritt. Lösungen wirken natürlich rascher als die in Wasser nur unvollständig löslichen Pulver wie Veronal, Trional, Sulfonal. Diese Pulver in Tabletten oder Oblaten zu geben, ist unrationell, es sei denn, dass gerade eine protrahierte Wirkung gewünscht wird. Je nach der verschiedenen Löslichkeit der Mittel lassen sich die verschiedenen Typen der Schlaflosigkeit sehr zweckmässig behandeln: beim Abendtypus z. B. gibt man die raschwirkenden Mittel, resp. lässt die langsamer wirkenden, wie Sulfonal, schon um 5—6 Uhr nachmittags nehmen; beim Morgentypus sind die langsam löslichen — Sulfonal, Trional, Veronal am Platz. Ich rate sehr zu Mischungen: 0,5 Veronal versagt oft seine Wirkung bei einem Pat., ebenso auch 0,5 Trional, während eine Mischung beider $\overline{aa}$ 0,2 bei demselben Menschen prompt wirken kann. Nie ist dem Patienten eines dieser Mittel zum Gebrauch ad libitum in die Hand zu geben, sondern stets mit fester Verordnung auf kurze Zeit. Mir hat sich oft ein Modus bewährt, den ich die „Schlafcur" nenne. Ich verschreibe dem Pat. ein Quantum von 12—15 Pulvern des Mittels in sehr kleiner Dosis, sagen wir 0,2—0,3 Veronal, und gebe dazu folgende Verordnung: das Mittel ist nach einem besondern auf einem Papier aufgezeichneten Schema zu brauchen: 3 Abende der Reihe nach einzunehmen, 1 Abend zu pausieren, wieder 3 Abende einnehmen, einen pausieren, dann 2 Abende einnehmen, wieder 1 Mal Pause, nochmals ebenso, und zum Schluss abwechselnd noch einige Abende einnehmen und pausieren; dann kämen, wenn eine Verlängerung der Cur nötig erscheint, umgekehrt 2 Tage Pause, 1 Tag einnehmen und so fort. Dauer der ganzen Cur 2—3 Wochen. Hierzu erhält der Pat. noch folgende Erklärung: die Dosis ist so klein gewählt, dass eine schädliche Nebenwirkung nicht eintreten kann; jedes einzelne Mal braucht das Mittel nicht zu helfen, allmählich aber summieren sich die kleinen Einzelwirkungen, und es tritt im Laufe der Cur ein normaler Schlaf ein. In hartnäckigen Fällen muss man natürlich Modificationen dieses Schemas — was die Grösse der Dosen und die Dauer der Gesamtcur betrifft — vornehmen. Besonders in acuten Fällen hat sich mir diese Methode aufs Beste bewährt. Dass wir es hier ebenfalls in erster Linie mit einer Suggestivwirkung zu tun haben, scheint mir ausser allem Zweifel, und damit komme ich zum letzten Teil der Behandlungsmethoden, auf die Psychotherapie. Sie ist die allerwichtigste. Denken wir daran, dass in diesen Fällen innere, psychische Zustände den Schlaf verhindern, so ist es klar, dass die Schlaflosigkeit ebenso oft auf psychischem Wege zu heilen ist. Schlaflosigkeit, welche auf irgend eine Weise — vielleicht durch äussere Ursachen — erworben ist, wird nur zu leicht zur Gewohnheit und bleibt bestehen, auch wenn diese Ursachen lange schon weggefallen sind. Hier setzt die Autosuggestion ein: „so wie ich gestern und vorgestern nicht eingeschlafen bin, so werde ich gewiss auch heute nicht schlafen können". — Das ist der naheliegende Gedankengang, der sich mit Furcht, und je länger der Zustand andauert, mit zunehmender Angst verknüpft. Die Angst wurzelt sich immer tiefer ein, und schon der blosse Anblick des Bettes am Abend genügt, um solchen Unglücklichen durch Erinnerung der allnächtlich überstandenen Qualen den letzten Rest von Schläfrigkeit zu nehmen. Autosuggestionen sind stets und überall nur durch Gegensuggestionen zu heilen, und so kann in solchen Fällen die Behandlung auch einzig und allein eine suggestive sein. In verzweifelten Fällen durch richtige Hypnose; ich erinnere nur an die ganz ausgezeichneten Erfolge, die alle Hypnostiseure einstimmig gerade auf diesem Gebiet rühmen, — doch kommen wir meist auch ohne eigentliche Hypnose mit unserer Suggestionstherapie zum Ziel, wenn wir mit Verständnis die Besonderheit des Falles beachten und individualisierend vorgehen. Zunächst versuchen wir es mit der belehrenden Aufklärung: Schlaflosigkeit — so sagen wir dem Pat. — auch in veralteten Fällen — sei heilbar, und vor allen Dingen: man komme eine Zeitlang auch ganz gut mit viel weniger Schlaf, als man es sonst gewohnt ist, aus; auch schon ruhiges Liegen stelle eine, wenn auch natürlich schwächere Erholungsform des Körpers und Gehirns dar. Oft wird es allerdings nötig sein, um solche Belehrungen wirkungsvoll zu gestalten, den Pat. seine Arbeit für einige Zeit unterbrechen zu lassen, denn sonst stört der quälende Gedanke, am Morgen in der Frühe unausgeschlafen an sein Tagewerk gehen zu müssen, den therapeutischen Effect. Oder aber die Angst erweist sich als so gross, dass solche nüchterne Ueberzeugungsversuche dagegen nichts vermögen. Das sind die Fälle, wo unbedingt die Schlaf-

mittel — und dazwischen einmal auch in grossen Dosen — hinzugenommen werden müssen. Auch die Einkleidung der Suggestion in ärztliches Handeln, wie Massieren des Kopfes oder Galvanisieren, bewährt sich oft aufs beste. Stets sind solche Behandlungsmethoden vom Arzt selbst, nie von irgend einem Handlanger auszuführen, denn durch Unkenntnis der wahren, d. h. ausschliesslich suggestiven Wirkung dieser Manipulationen können schwere Fehler begangen werden. — Ich muss nun zum Schluss bekennen, dass es hartnäckige Fälle von Schlaflosigkeit gibt, wo der einzelne behandelnde Arzt mit allen den genannten Versuchen nicht zum Ziel gelangt, — dann, wenn er am Ende seines Könnens steht, hat er die Pflicht, Behandlungsmethoden von grösserer Suggestivkraft anzuraten; solche wären z. B. eine Reise nach einem berühmten Curort, oder zu einer weltbekannten Autorität, denn durch Wallfahren gesund werden zu wollen, liegt noch heute dem Menschengeschlecht im Blute wie vor Jahrtausenden.

M. H. ich bin mir bewusst, mein grosses Thema nur sehr aphoristisch behandelt und den Meisten von Ihnen nicht viel Neues geboten zu haben; es kam mir aber hauptsächlich darauf an, zweierlei zu betonen, was ich zusammenfasse:

1) Schlaflosigkeit ist in den meisten Fällen eine psychische Störung und 2) die Behandlung muss infolgedessen in erster Linie eine psychische sein.

Bücherbesprechungen.

Sigm. Freud. Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. Aus den Schriften zur angewandten Seelenkunde. Leipzig und Wien. 1910. Franz Deutike. 71 Seiten.

Für Kenner und solche, die ein Interesse für den grossen Künstler und Polyhistor der italienischen Rennaissance Leonardo da Vinci haben, dürfte die kleine Broschüre Freuds von grossem Interesse sein, wenn man auch fraglos nicht immer den teilweise etwas wenig ausreichend begründeten Hypothesen wird zustimmen können. Für ein näheres Eingehen auf die interessante Schrift Freuds ist hier leider nicht der Platz, es sei nur kurz erwähnt, dass die ätiologischen Momente der eventuell homosexuellen Natur und Gedanken Leonardo da Vincis beleuchtet werden und die Wahrscheinlichkeit der Bedeutung dieser Homosexualität für das spätere Leben und Schaffen des grossen Leonardo in breiten Zügen erläutert wird. Der Autor hat zu seinen Untersuchungen alle über Leonardo handelnden Werke als Quellenmaterial herangezogen und für seine Idee zu verwerten gesucht. Das Büchlein ist äusserst lesenswert, besonders für den, welcher mit der hochinteressanten Biographie Leonardos bekannt ist.

Hesse.

A. Cornelius: Die Nervenpunktlehre. Eine neue Erklärung der nervösen Leiden und ein Mittel, ihnen erfolgreich entgegenzutreten. I. Band. Mit einem Anhang: „Die Nervenmassage". Leipzig. 1909. Verlag von Georg Thieme. 112 + 28 Seiten. Preis 3.60 Mark.

Das Wesen dieser Lehre ergibt sich aus dem Resumé des Verfassers, das hier auszugsweise folgt: «Die Nervenpunktlehre beweist, dass eine jede nervöse Störung ihren Sitz an einer bestimmten Stelle (Nervenpunkt genannt) hat, die sowohl im Centrum als in der Peripherie liegen kann, sich nach ihrem Charakter als centrifugal oder centripetal unterscheidet und entweder eine Steigerung oder eine Verminderung des normalen nervösen Lebens darstellt ..... Nervenpunkt ist eine Stelle des Körpers, welche auf einen an sich normalen Reiz mit einer zum Reiz nicht im Verhältnis stehenden krankhaften Stärke (Schwäche) reagiert. .... Die Nervenpunkte liegen zumeist an derselben Stelle wie die Beschwerden, sie sind sozusagen identisch mit ihnen. .... Die Aeusserungen der Nervenpunkte sind verschieden: nach ihrer Lage (central oder peripher), ihrem Charakter centripetal (sensibel) oder centrifugal (motorisch, vasomotorisch, secretorisch). Doch stehen sie alle in einem unzertrennlichen Zusammenhang miteinander, sodass sich die Erregung des einen Nervenpunktes dem anderen mitteilt.» Für die Erklärung der Entstehung der Nervenpunkte «ist die Annahme gerechtfertigt, dass der Nervenpunkt nichts anderes darstellt, als eine Behinderung des freien Nervenlebens (sc. Stroms), wobei es als selbstverständlich gelten muss, dass bei chronischen (jahre-, ja jahrzehntelang nachweisbaren) Nervenpunkten auch wirklich organische Veränderungen (bindegewebiger Art, Narben) vorhanden sein müssen. Die Entstehung der chronischen Nervenpunkte muss demgemäss auf alle Krankheiten zurückgeführt werden, die mit einer Art bindegewebiger Degeneration (Narbenbildung, Sclerosierung) einhergehen können, zumal alle constitutionellen Krankheiten, aber auch Infectionskrankheiten, Verletzungen, dauernde Gewebsreize mit Schwielenbildung u. s. w.» Alle den Körper treffenden, von innen oder aussen kommenden Reize «können nur dann krankhaft wirken, wenn sie einen Nervenpunkt treffen. Die äusseren können (wie z. B. Verletzungen u. s. w.) im Augenblick der Einwirkung auch acute Nervenpunkte machen und dadurch neue Beschwerden verursachen. Die durch die Vorstellung entstehenden Reize können jedoch nur an schon vorhandenen Nervenpunkten im Plus- und Minussinne ansetzen. Dadurch ist es unmöglich, dass die an sich recht wirksamen Vorstellungsreize andere als schon vorhandene oder vorbereitete nervöse Beschwerden verursachen. Eine reine Vorstellungskrankheit gibt es demnach überhaupt nicht, sondern nur mit Hilfe der Vorstellung ausgelöste tatsächlich schon vorhandene nervöse Beschwerden, die auch ausserhalb ihrer Erregung durch die einschlägigen Nervenpunkte jederzeit nachweisbar sind, selbstverständlich aber nur soweit, als die letzteren dem Finger zugängig sind. .... Die Behandlung der nervösen Beschwerden hat sich auf drei Punkte zu erstrecken: a) die Herabsetzung der erworbenen Reizbarkeit durch Vermeidung äusserer und innerer Reize, Stärkung und Kräftigung des Körpers u. s. w.; b) die Verhütung der Entstehung von Nervenpunkten, d. h. also die Behandlung der die Nervenpunkte verursachenden Allgemeinerkrankungen; c) die Beseitigung der zugängigen Nervenpunkte, welche in der Hauptsache nur auf rein mechanischem Wege durch die sog. Nervenpunktmassage geschehen kann. .... «Die Nervenpunktmassage besteht aus einer die grösste Uebung im Gefühl voraussetzenden, methodischen Behandlung der zugängigen sensibeln Nervenpunkte mittelst leichter Fingerbewegung. Ein jeder zugängige sensible Nervenpunkt ist ganz unabhängig vom Patienten vermöge der bei leisem Druck entstehenden, dem Willen des Untersuchten entzogenen, motorischen Wellen (kurz Muskelspannung) deutlich zu fühlen. Dabei steht die Stärke der Spannung in directem Verhältnis zur Stärke der Sensibilität des Patienten. Mit Verschwinden dieser objectiv nachweisbaren motorischen Welle ist auch der sensible Nervenpunkt verschwunden und kann an einer solchen geheilten Stelle ein gewöhnlicher Reiz nicht mehr ansetzen. .... Alle derartig zugängigen centrifugalen Beschwerden sind von den gleichzeitig dort vorhandenen centripetalen nicht zu trennen und werden gleichzeitig mit der Beseitigung der sensiblen Nervenpunkte fortgeschafft». — Der Anhang enthält in allgemeinverständlicher Darstellung die Nervenmassage und soll ein Ratgeber sein für Patienten, die sich nervöser Beschwerden wegen einer Nervenmassagecur unterziehen.

Michelson.

A. Wilke. Grundriss der Stoffwechselkrankheiten und Constitutionsanomalien unter besonderer Berücksichtigung ihrer physikalisch-diätetischen Behandlung. Wiesbaden. 1909. Verlag von J. F. Bergmann.

Vorliegendes Werk stellt ein kurzes Compendium der Stoffwechselkrankheiten dar, den Bedürfnissen des praktischen Arztes angepasst, der sich eine Grundlage für sein therapeutisches Handeln auf Grund der in diesem Gebiet feststehenden Tatsachen schaffen will. Der Theorie, Hypothese und Literatur ist nur ein bescheidener Raum gewährt und in dieser Beziehung, sowie für die Bearbeitung von Specialfragen, wird auf die grösseren bekannten Werke verwiesen. Mit besonderer Sorgfalt sind die für die einzelnen Krankheitszustände in Frage kommenden physikalischen Behandlungsmethoden erörtert, ein Gebiet, in welchem Verf. als Leiter eines Sanatoriums in Königstein im Taunus besonders zu Hause ist.

E. Koch.

A. Vossius: Die Hämophilie in der Augenheilkunde nebst Bemerkungen zur Durchblutung der Hornhaut. (Aus der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. VIII. Bd. Heft 3). Halle. 1910. Verlag von Marhold. 20 Seiten. Preis 0.75 Mk.

Vossius gibt uns eine ausführliche Uebersicht über die Fälle von Augenblutungen bei Hämophilie auf Grund von

erschöpfenden Literaturstudien. Aus seiner eigenen Praxis stammen zwei Fälle. Bei dem einen handelte es sich um eine innere Augenblutung, bei der man das Blut aus der hinteren Kammer über den unteren Pupillarrand in die vordere Kammer treten sah. In dem zweiten Falle trat die Blutung im Anschluss an eine wegen vollständiger hinterer Synechie ausgeführte Iridectomie ein und hielt ungefähr 2 Wochen an. Zugleich entwickelte sich eine Hornhautdurchblutung unter dem Bilde einer scheibenförmigen, bräunlich-grünen Trübung. Im weiteren Verlaufe hellten sich die Medien wieder soweit auf, dass der Visus 3/25 betrug und die Hornhauttrübung vollständig verschwand.

Ischreyt.

Prof. M. Kirchner. Lehrbuch der Militär-Gesundheitspflege. 2. Auflage. 1. Band. Leipzig. 1910. Verlag von S. Hirzel.

Bei den grossen Fortschritten auf den meisten Gebieten der Medicin und ihrer Hilfswissenschaften, ist es anerkennenswert, dass die Militär-Gesundheitspflege sich bestrebt, nicht zurückzubleiben. Handelt es sich dabei doch um ein Fach, welches bei der allgemeinen Wehrpflicht von grosser Bedeutung für alle Schichten der Bevölkerung ist. Es ist deshalb ein Vorzug des vorliegenden Buches, dass es gründlich und umfassend auf alles eingeht, was Bezug hat auf Wohnung, Ernährung, Dienstgestaltung, Seuchenbekämpfung u. s. w. — Damit wird dem praktischen Militärarzt eine Fülle von Belehrung geboten, fussend auf dem Boden neuester wissenschaftlicher Forschung. Besonders wertvoll ist diesbezüglich der Bakteriologie und Ernährungswissenschaft, welch letztere erst seit kurzem angefangen hat, die ihr zukommende Bedeutung zu geniessen. Als vortragendem Rat im Cultusministerium und Professor der Berliner Universität stehen dem Verfasser vorzügliche Quellen zur Verfügung, was dem reichen Inhalt des 517 Seiten starken Bandes zu gut kommt. Eine höchst willkommene Bereicherung des Inhalts im Gegensatz zu ähnlichen früheren Werken stellt der Grundriss der Bakteriologie dar, mit seiner Uebersicht über die Mikroorganismen, über Untersuchungs- Züchtungs- und Uebertragungsmethoden. Mit richtigem Verständnis ist alles «zu viel» vermieden, während dem Leser dennoch soweit Anleitung geboten wird, dass er im Bedarfsfalle selbständig weiter arbeiten kann. Durch diesen Abschnitt und die eingehendere Behandlung der Nahrung und Ernährung auf neuester Grundlage überholt das Buch sogar die klassische Militärhygiene von Lex und Roth, und da es nicht nur die Militär-Gesundheitspflege allein sondern die gesamte Hygiene abhandelt, ist es ein für Militär- und Civilärzte gleich brauchbares Werk, als welches es bestens empfohlen werden kann.

Köcher.

Die IX. internationale Tuberculose - Conferenz in Brüssel 1910.

Von

Dr. S. Unterberger.

Die IX. internationale Tuberculose-Conferenz fand in diesem Jahre in Brüssel statt und dauerte vom 5—8 October n. St. König Albert hatte das Protectorat übernommen. Zum Zustandekommen der Conferenz hatte die «Belgische Nationalliga gegen die Tuberculose» unter dem Vorsitz des Ministers des Innern Exc. Schollaert und des Justizministers Exc. de Landtsheere ein besonderes Comitee gebildet, dessen Leitung sich in den Händen des Gouverneurs von Brabant Exc. Béco und des Präsidenten der Nationalliga Dr. Dewez befand. Secretär war der Generalsecretär der Nationalliga Dr. Wilmart, Director des Hygieneamts der Stadt Brüssel. Am Dienstag den 4. October war die Besichtigung der Tuberculose - Einrichtung in Mons, ein Werk des Dr. Dewez. Eine Stunde Eisenbahnfahrt von Brüssel liegt die reiche Fabrikstadt Mons und mit dem Tram erreicht man das Sanatorium Bois d'Havré, welches jetzt für 30 Lungenkranke eingerichtet ist. Die Entstehung desselben ist eine sehr sympathische. Es ist aus kleinen Anfängen hervorgegangen. Zuerst wurde ein Landstück im Walde gekauft und eine Liegehalle und eine kleine Küche für den Tagesaufenthalt gebaut; zuerst für 12 Kranke. Allmählich wurde die Liegehalle mit der Küche durch eine einetagige Baracke vereinigt und ist jetzt so eingerichtet, dass 30 Kranke volle Pensionäre sein können. Der Bau hat nicht viel gekostet, die Einrichtung ist einfach und die Kost billig und gut. Die Besichtigung fand allgemeine Zufriedenheit.

Das Dispensaire Albert-Elisabeth et Leopold in Brüssel ist schon gleich von vornherein comfortabel eingerichtet. Ebenso ist das Sanatorium d'Alsemberg et de la Hulpe sehr schön ausgestattet.

In Antwerpen zeichnet sich das Institut antituberculeux Van der Nest durch grossen Luxus aus. Van der Nest, ein Antwerpener Millionär, sparte kein Geld. Riesige Spiegelfenster, weiss lakierte Wände der hohen Zimmer und ein elegantes Mobiliar berühren etwas befremdend. Für dieses Geld liessen sich 3 solcher Dispensaires einrichten.

In Lüttich war das Dispensaire antituberculeux Hortense-Montifeore weniger elegant, aber sehr schön und sauber ausgestattet.

Das Sanatorium Bourgemont — in der Nähe des berühmten Curorts Spa ist mit dem Automobil in 2 Stunden von Lüttich aus erreichbar. Das Sanatorium hat über eine Million Frank gekostet und ist für 60 Kranke sehr comfortabel eingerichtet. Die Lage in pitoresker Gegend, sehr grossartig.

Mittwoch den 5. October 10 Uhr vormittags fanden die Sitzungen verschiedener Commissionen statt, und zwar wurde über folgende Themata gesprochen: Fragen betr. Verwaltung der Sanatorien, Milchversorgung, Höhen- und Sonnenforschung, internationale Statistik und internationale Bezeichnung des Lungenbefundes:

12 Uhr mittags: Sitzung des engeren Rates.

Donnerstag den 6. October.

10 Uhr vormittags: Erste (Eröffnungs) Sitzung der Conferenz unter Vorsitz des Präsidenten der internationalen Liga Léo-Bourgois und des Generalsecretärs G. Pannwitz.

11 Uhr. Zweite Sitzung der Conferenz.

1) Klinische und experimentelle Studien.

a) Tuberculose-Infection auf dem Wege der Zeugung.

b) Disposition zu Tuberculose. Prof. Landouzy-Paris.

Zu den Problemen, sagt Landouzy, deren Lösung für die Praxis mindestens ebenso wichtig ist, wie der directe Kampf gegen den Koch schen Bacillus, gehören die Erforschung der zu Tuberculose prädisponierten Körpergegenden und die Erblichkeit der Tuberculose d. h. die auf dem Wege der Zeugung erworbene Bacillo-Tuberculose. L. spricht von dem Uebertritt des Bacillus vom Erzeuger auf den Erzeugten und von der toxischen Durchdringung des Eies oder des Foetus und bezeichnet die beiden Vorgänge als parasitäre Erblichkeit der Tuberculose: dystrophia hereditaria. Wenn die hereditäre Tuberculose des Keimes auch sehr selten auftrit, so beobachtet man doch häufiger, als es gelehrt wird, eine angeborene Dystrophie bei zahlreichen Nachkommen von Phthisikern, die mit einer Gruppe von organischen und functionellen Fehlern behaftet sind. Diese constitutionellen Zustände machen sich von Geburt an im Gesicht und Habitus solcher Degenerierten bemerkbar. Es sind oft vorzeitig zur Welt gekommene Individuen von geringem Gewicht und Umfang, mit zartem Knochenbau, flachem Brustkorb, zarter und weicher Haut, blassem, kränklichem Gesicht, durchscheinenden Venen, langen Augenwimpern, leichten Drüsenschwellungen, kränklichem Aussehen u. s. w. Diese Zustände schreibt L. der Wirkung des tuberculösen Giftes auf dem Wege der Vererbung zu, d. h. einer tub. Diathese der alten Mediciner.

Die biologischen Studien der Neuzeit sind leider ganz unbekannt und gerade diese würden die Vererbung ins rechte Licht stellen. Sehr schade, dass die Prof. Martius, Ribbert, Hueppe, Lubarsch, Hansemann u. a. nicht erschienen waren; die Frage über die Disposition hätte vom biologischen Standpunkte beleuchtet werden können.

Guerin-Lille kann bei der Viehtuberculose der braunen und hellen Arten keinen Unterschied finden. Unter den hellen Arten sind aber die, welche eine ausgesprochene Neigung zum spontanen Gelbwerden (Albinismus) zeigen, oder deren Färbung ins Rötliche geht, zur Tuberculose prädisponiert. Diese Individuen vererben einen Teil ihrer Empfänglichkeit auf die durch Kreuzung erzielten neuen Tiere.

Arloing sagte, dass es schwer sei, eine wirkliche angeborene oder erbliche Prädisposition zur Tuberculose durch Experimente zu beweisen.

Calmette-Lille leugnet nicht, dass die Kinder, welche Nichtträger von Bacillen bei ihrer Geburt sind und welche von Eltern geboren werden, die schwer an Tuberculose leiden, wenn sie zur Welt kommen, organische Fehler haben, welche sie leichter empfänglich machen als die Kinder von gesunden Eltern. Die Empfänglichkeit ist aber keine specifische für Tuberculose, sie kann sich auf verschiedene Infectionen und Intoxicationen erstrecken. Nach Calmette ist die Dystrophia hereditaria specifica der Tuberculose nicht durch die Erfahrung erwiesen (?). Calmette hält die Lehre von der spec. Erblichkeit der Tuberculose für eine Unglücks-

lehre (?). Die Beobachtung, welche man über die Ansteckung der von tuberculösen Eltern geborenen Kinder machen kann, ist im Gegenteil trostbringend. Sie gestattet es, unsere sociale Tätigkeit gegen Tuberculose in einer präciseren Art und Weise einzurichten.

Wie man die Lehre von der Vererbung der Tuberculose-Disposition für eine Unglückslehre halten kann, bleibt nach den biologischen Forschungen der Neuzeit und den Kampfmitteln gegen die Schwindsucht wenig verständlich. Auf unser Panier im Kampfe mit der Schwindsucht müssen wir nicht Spucknäpfe und Bacillenfurcht schreiben, sondern viel frische Luft, Hautpflege, Reinlichkeit und gesunde, einfache Nahrung. Allein unter solch einer Fahne sind wir bis jetzt im Kampfe mit der Schwindsucht siegreich gewesen.

Raw-Liverpool kommt auf Grund von 232 Fällen zum Schluss, dass die Infectionswege der Tuberculose folgende sind: 1) Einatmung von T.-Bacillen in die Bronchien. 2) Ausbreitung der T.-Bacillen von einer Bronchialdrüse. 3) Ausbreitung vom Unterleibe aus durch das Zwerchfell nach den Bronchialdrüsen und dann nach den Lungen 4) Ausbreitung auf die Lungen von einer Halsdrüse.

Heron-London meint, dass die Theorie der Familien-Erblichkeit nicht auf überzeugenden Schlüssen beruht. Die Tuberculose wird verbreitet nur durch Ansteckung.

Prof. Robin-Paris spricht sich klar und deutlich für die spec. Dispositionslehre bei der Entstehung der Lungenschwindsucht aus.

Dr. S. Unterberger: Ueber die Disposition zur Schwindsucht. Vortr. stellte folgende Leitsätze auf:

Disposition zur Schwindsucht ist nicht gleichbedeutend mit Exposition.

Die Disposition ist nicht etwas in der Luft Schwebendes, sie hat nach den biologischen Studien der Neuzeit festen Boden erhalten.

Die Schwindsucht besteht aus auslösenden und auszulösenden Componenten; die Componenten sind variable Grössen. Eine Componente genügt nicht zur Entstehung der Schwindsucht, das zeigt unter anderem zur Genüge das Vorhandensein von Bacillen im kreisenden Blute, wo keine Tuberkel im Organismus sich bilden.

Der historische Mensch hat für alle Krankheiten eine Disposition ererbt, bald in latenter, bald in manifester Form. In einer Generation kann die Anlage latent sein, um in der nächsten oder nachfolgenden Generation manifest aufzutreten und umgekehrt. So erklärt sich auf einfache Weise die Erscheinung des Atavismus. Die Riffel-Schlüterschen Ahnentafeln sprechen deutlich für die ererbte Anlage. Unseren Nachkommen aber müssen wir Material für solche Tafeln hinterlassen.

Aufrecht-Magdeburg sagt, dass zum Zweck einer richtigen Beurteilung der Wirkungsweise des T.-Bacillus wir nicht von seinen «Infectionswegen» schlechtweg sprechen dürfen; wir müssen die «Eintrittspforten in den Körper» und die «Infectionswege im Körper» auseinanderhalten. Während somit die Infectionswege, je nach der Eintrittspforte local verschiedene sind, ist der genetische Zusammenhang zwischen Eintrittspforte und Organerkrankung bei chron. Verlauf der Tuberculose stets der gleiche, d. h. die T.-bacillen gelangen in allen Fällen auf dem Wege durch die Lymphdrüsen in das Blut und von hier zu den betreffenden Organen. In den Lymphdrüsen aber können die T.-bacillen zurückgehalten oder vernichtet werden, jedoch unter ungünstigen Bedingungen (Scrophulose) eine bedeutende Vermehrung erfahren.

Aufrecht spricht weiterhin seine grosse Befriedigung aus, dass die Dispositionslehre jetzt so viele Anhänger gefunden. Vor etwa 10 Jahren wurde Aufrecht in Heidelberg auf der Naturforscherversammlung beinahe ausgelacht, als er von der Disposition sprach. Exposition galt gleich der Disposition. Ohne spec. Disposition ist aber eine Erkrankung an Schwindsucht nicht denkbar, und wenn noch nicht alles klar durch das Tierexperiment festgestellt ist, so ist die Disposition deshalb nicht zu leugnen, das lehrt die tausendjährige Beobachtung.

Freitag den 7. October. 9 Uhr morgens. Dritte Sitzung der Conferenz.

Schutz der Kinder gegen die Tuberculose.

Bielefeldt-Lübeck. Ausgehend von dem einseitigen Gedanken, dass zum Schutz der Kinder erwachsene Tuberculöse von Kindern ferngehalten werden müssen, kommt Vortr. zum gewagten Schluss, bei der Arbeiterversicherung kranken Personen, die sich nicht entschliessen, in ein Invalidenhaus einzutreten, die Rentenentziehung anzuordnen. Selbstverständlich fand dieser Gedanke keine günstige Aufnahme.

Lefèvre-Gembloux empfielt für den Schutz der Kinder: Feriencolonien, Freiluft-Schulen, Waldschulen, Erholungsheime u. s. w.

Rördam-Kopenhagen: Im wirksamen Kampfe gegen die Tuberculose in erster Linie müssen die Kinder gegen Infection geschützt werden. Die tuberculösen Kinder sind in besonderen Kindersanatorien, wo sie erzogen und unterrichtet werden können, unterzubringen. Für schwächliche anämische Kinder, die noch nicht tuberculös sind, indessen hierzu neiger, müssen Küstensanatorien, Landkolonien, oder passende Ferienaufenthaltsstätten auf dem Lande vorhanden sein.

Nietner und Hammel-Berlin sind für Trennung der gefährdeten Kinder im Alter von 3—6 Jahren. Ausserdem müssen neben einer ausreichenden und zweckmässigen Ernährung — reichlicher Milchgenuss und gemischte Kost — bereits die Massnahmen zur Erhöhung der Widerstandskraft zur Anwendung kommen. Dazu gehören: Erziehung zur Reinlichkeit und sorgfältige Hautpflege mit vorsichtiger Abhärtung durch Waschungen und Bäder. Viel Aufenthalt in frischer, staubfreier Luft. Spiele im Freien, Freiübungen und Beginn mit leichter Atemgymnastik.

II. Tuberculose und Schule.

Fronz-Wien plaidiert für die Entfernung von Lehrern und Schülern mit offener Tuberculose und ist für dieselben in therapeutischer, für erstere auch in materieller Hinsicht volle Sorge zu tragen. Fronz verschweigt dabei, wo die Millionen hernehmen, um diese Propositionen im Leben durchzuführen.

Aehnlich wie Fronz spricht sich auch Patrikios-Athen aus.

Bujwid-Krakau spricht von der Selbsthilfe der studierenden Jugend im Kampfe gegen die Tuberculose in Galizien. Der von Seiten des Staates, der Länder und der Communen geführte Kampf gegen die Tuberculose ist noch ungenügend und verfügt über relativ noch zu unzulängliche Mittel, so dass in absehbarer Zeit die Selbsthilfe von «socialen Gruppen» noch lange nicht wird entbehrt werden können. Zu solchen «socialen Gruppen» gehört die Krakauer Studentenschaft «Pomoč Bratnia» (Brüderliche Hilfe). Vor 10 Jahren haben sich einige Studenten der Krakauer Universität teilweise aus Galizien, zum Teil aus Russisch-Polen in einem der schönsten unserer klimatischen Curorte in der hohen Tatra, nämlich in Zakopane versammelt und da einen Verein gegründet, um der studierenden Jugend Hilfe zu leisten. Sie wollten ein erstes populäres Sanatorium gründen, um der mittellosen kranken studierenden Jugend eine rationelle antituberculöse Behandlung zu ermöglichen. Die Gründer haben zu diesem Zweck zunächst ein Concert veranstaltet, welches ihnen eine Summe von 377 Kronen einbrachte, und diese Summe wurde zur Miete eines kleinen Hauses verwandt, und die zielbewusste sociale Arbeit begann. In den ersten Monaten haben die in dem neuen Sanatorium wohnenden jungen Leute zu ermässigten Preisen von verschiedenen Personen die Kost erhalten. Es wurde zum Princip gemacht, dass Niemand im Sanatorium gratis etwas erhält, jeder muss zahlen, entweder selbst, oder seine Unterkunft musste von jemandem bezahlt werden. In den ersten 8 Jahren der Tätigkeit war die Führung des neuen Sanatoriums mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Jetzt besitzt das Sanatorium das oben erwähnte kleine Haus für 18 Kranke. Dazu sind noch einige Häuser gemietet, so dass im ganzen Platz für 36 Kranke vorhanden ist. Jetzt betragen die Gesamtkosten für jede Person 2 Kr. 92 H., also circa 1 R. 20 K. Dieses Beispiel von socialer Arbeit ist gewiss sympathisch und nachahmenswert.

S. Unterberger sprach über die pädagogische Bedeutung der Haus-Sanatorien, d. h. die Behandlung der Kranken zu Hause — Haus-Sanatorien, die er als erster vor 15 Jahren proponiert hat, und hygienische Wohnungen, in denen die Kranken unter ärztlicher Disciplin die Grundsätze des hygienisch-diätetischen Regimes durchmachen und erlernen. In der Mehrzahl der Fälle liegen die Verhältnisse so, dass die Tuberculösen zu Hause behandelt werden müssen.

Nicht durch Vernichtung des bacillenhaltigen Sputums, sondern durch Einführung hygienischer Massnahmen hat in allen Ländern die Tuberculose-Sterblichkeit abgenommen. Ein zur Reinlichkeit erzogener Schwindsüchtiger bietet keine Gefahr für die Umgebung. Durch Einrichtung von Haus-Sanatorien wird die Kenntnis des hygienisch-diätetischen Regimes bei Behandlung der Lungenkranken am schnellsten die weiteste Verbreitung finden. Wir müssen danach streben, dass unsere Kinderstuben Haus-Sanatorien darstellen.

B. Fränkel-Berlin sagt: Die systematische Tuberculosebekämpfung beruht auf einer Reihe von prophylactischen und therapeutischen Massnahmen, die nur in ihrer Gesamtheit wirksam werden und den gewünschten Erfolg herbeiführen können, nicht Anzeigepflicht, nicht Sanatorium, nicht Fürsorgestellen u. s. w. allein wirken; unerlässlich ist das richtige Ineinandergreifen aller Tuberculoseeinrichtungen.

Frl. S. Göransson-Sandviken (Schweden) sprach sich über Pädagogik der Heilstätten folgendermassen aus. Von grosser Wichtigkeit ist, dass die Arbeitspause verursacht durch die Heilstättencur, zugunsten der Allgemeinheit wie des Einzelnen selbst ausgenutzt wird, und dass die physisch und moralisch erschlaffende Wirkung, die eine allzu lange Ruhezeit in der Regel mit sich bringt, möglichst vermindert wird. Die Bedeutung eines obligatorischen Arbeitskursus nach der Ruhecur, die erziehende Einwirkung eines Internates auf Individuen, welche somit nicht den besten Einflüssen ausgesetzt sind, und die Aufgabe der Volkssanatorien, als Cultursitze müssen stets im Auge behalten werden.

Am Freitag den 7. October kamen noch interessante Vorträge, so z. B. folgende: Ueber die Behandlung der Lungentuberculose durch Sonnenbestrahlung referierten Schrötter-Wien, Morin-Leysin und Hadji-Ivanoff-Sofia. Die Sonnenbestrahlung übt durch ihre physikalisch-chemische Action der beiden äussersten Ränder des Sonnenspectrums eine tonisierende und eine baktericide Wirkung aus. Die Pigmentierung der Haut ist ein sehr bemerkenswertes Symptom für die Prognostik: je vollständiger die Färbung der Haut ist, desto mehr kann man die Heilung des Kranken erwarten. Die Sonnenbestrahlung bei der Behandlung von Lungen-Tuberculose erscheint den Autoren ein wichtiger Factor zu sein, den man nicht in der Therapie der Phthisis vernachlässigen darf.

Gabrilowitsch-Russland sagt in seinem Vortrage: Infection, Erkrankung und Heilung: Das lebende Eiweissmolekül (Pflüger) oder «Biogen» (Verworn) darf als Träger des Lebens betrachtet werden, als Product einer bestimmten hereditären Anlage. Die intracellulären Fermente sind wiederum als Product der Biogene zu bezeichnen, sie sind immun gegen jegliche Infection, da sie die Gifte vernichten. Die Enzyme der T.-B.-C., namentlich aus älteren Culturen, haben die gleiche Wirkung wie die Fermente der Zellen, inbezug auf Verkäsung und Zerfall. Die Einführung in den kranken Organismus der wirksamen Substanz, als Endotinbehandlung, hat volle Berechtigung. Die Heilung des tuberculösen Processes wird ausnahmsweise (latente Tuberculose) durch Resorption bewirkt, in der grössten Mehrzahl der Fälle durch Verkäsung und Zerfall.

Am Freitag nachmittags kam zum ersten Mal auf der internationalen Tuberculose-Conferenz das Thema «die Tuberculose-Bekämpfung durch Frauen durch Vorträge von Frauen» zur Sprache und das Resultat war ein sehr erfreuliches.

Als erste sprach Frau Altschul-Prag über die Berufspflegerinnen und das Damencomitee in Prag. Alle 14 Tage suchen die ersteren die Pfleglinge in ihren Wohnungen auf, um sich zu überzeugen, ob alle Anordnungen befolgt sind, und um die Wünsche entgegenzunehmen, die dann wieder dem Damencomitee unterbreitet werden. Das Damencomitee hat die verschiedenen Aufgaben freiwillig zu übernehmen: Beschaffung der Geldmittel, Aufsicht der Kranken, Fürsorge für die aus der Pflege gebessert Entlassenen.

Marie Pannwitz-Charlottenburg geht bei der systematischen Bekämpfung der Tuberculose von folgenden Grundsätzen aus: die Tuberculose ist eine Wohnungskrankheit, die Infection erfolgt vorzugsweise im Kindesalter, die Krankheit ist vermeidbar (?) und heilbar, wenn man einfache gesundheitliche Regeln befolgt. Bestehen diese Grundsätze zu Recht, so steht die Frau im Centrum der Tuberculose-Bekämpfung. Die Wohnungspflege, die Gestaltung des Familien-Milieu ist die vornehmste Aufgabe der Hausfrauen, die Kinderpflege, die Kindererziehung die angestammte Pflicht der Mutter.

Frau Pynappel-Hengeveld-Zwolle (Niederland). Die Frau hat noch keine rechte Erkenntnis ihrer Macht und ihrer Verantwortlichkeit im Kampfe gegen die Tuberculose. Jede Frau im Hause kann an dem Kampfe teilnehmen; aber sie kann es nur, wenn sie in allem, was sie wissen muss, gut unterrichtet ist.

Die unverheiratete Frau und die verheiratete Frau, welche keine Kinder haben, werden sich immer nützlich machen können bei ihren Verwandten und in den Häusern, welche sie besuchen, indem sie die richtigen Ideen verbreiten und die Irrtümer und schlechten Gewohnheiten bekämpfen.

So kann jede Frau, selbst wenn es ihr an Talent oder Gelegenheit fehlt, öffentlich in dem grossen socialen Kampfe mitarbeiten, und eine mächtige und notwendige Stütze sein.

Girard-Mangin-Paris berichtet, dass in den kleinsten Departements Frankreichs und in den kleinsten Gemeinden die Lehrerinnen der Gemeindeschulen schon seit langer Zeit in der Schule und in den Arbeiten nach der Schule an dem Kampfe gegen die Tuberculose durch tägliche Belehrungen und Conferenzen teilnehmen. Ihre Collegen des höheren Elementarunterrichts, an den Realschulen und Gymnasien sind viel weniger tätig. Im grossen und ganzen sind die Französinnen über die Gefahren der Tuberculose und über die Mittel, sich dagegen zu schützen, unterrichtet.

Frl. Dr. Passaschnaja — St. Petersburg. In Russland haben die Frauen bisher, noch vor der Bildung der Nationalen Liga gegen die Tuberculose hervorragenden Anteil an der Bekämpfung der Tuberculose genommen: Mitgliedschaft an den verschiedenen Tuberculose-Vereinen, Fürsorgearbeit, Gründung von Heilstätten. In Russland sind die Bedingungen besonders günstig dafür, dass die Frauen an dem von der Liga zu organisierenden allgemeinen Kampfe gegen die Tuberculose activen Anteil nehmen können, und zwar weil in Russland den Frauen die Möglichkeit geboten ist, fast auf allen Gebieten die Arbeit mit den Männern zu teilen. Die Frauen kommen mit der Bevölkerung in allerintimsten Contact und können neben ihrer unmittelbaren Berufstätigkeit als Aerztinnen, Feldscherinnen, barmherzige Schwestern, Schullehrerinnen, Angestellte bei verschiedenen landwirtschaftlichen Arbeiten, etc. für die Bekämpfung der Tuberculose nutzbar gemacht werden.

Bei dem hervorragenden Interesse, welches überhaupt die Frauen in Russland für dieses Werk der Tuberculose-Bekämpfung an den Tag gelegt haben, ist man berechtigt, zu erwarten, dass es der Liga tatsächlich gelingen wird, diese «Armee von Frauen» in den Kampf gegen die Tuberculose zu führen.

Sonnabend den 8. Oct. 9 Uhr früh. Bericht über die Tätigkeit der Tuberculose-Bekämpfung in den einzelnen Ländern.

Wladimiroff (St. Petersburg). Es ist mir eine besondere Ehre und zugleich Genugtuung, den diesjährigen Bericht endlich im Auftrage der so lange von uns ersehnten russischen Liga zur Bekämpfung der Tuberculose erstatten zu können. Naturgemäss bildet auch die Constitution der Liga selbst den wichtigsten Gegenstand meines Berichtes.

Nachdem im November des vorigen Jahres die officielle Bestätigung der Statuten erfolgt war, begann ein provisorisches Verwaltungscomitee unverzüglich die vorbereitenden Arbeiten zu der ersten Versammlung der Liga, welche sodann am 20.—25. April dieses Jahres in St. Petersburg unter dem Ehrenvorsitz von Dr. L. Berthenson stattfand. Auf der feierlichen Eröffnungssitzung erhielt das allgemeine Interesse, welches den Aufgaben der Liga entgegengetragen wird, darin seinen beredten Ausdruck, dass nicht nur Deligierte der bereits in Russland bestehenden antituberculösen Institutionen, sondern auch Vertreter des Reichsmedicinalrates, der militärmedicinischen Akademie, der Hauptverwaltung des Roten Kreuzes, der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, der Pirogow-Gesellschaft sowie der bedeutendsten medicinischen Gesellschaften, der Veterinarie und der Presse die wärmsten und ermutigendsten Sympathiebeweise für das bevorstehende Werk der Liga kundgaben. Die darauf folgenden geschäftlichen Sitzungen trugen einen rein organisatorischen Charakter: es wurde der Verwaltungsausschuss unter dem Präsidium von Dr. V. Worobiew (Moskau) gewählt, eine genaue Instruction für die Filialen der Liga ausgearbeitet, die Delegierten für die internationalen Conferenzen ernannt, das Project eines eigenen Journales in Erwägung gezogen u. s. w. Auf Vorschlag des Berichterstatters ist der 20. April als ‹Tuberculosetag› nach dem Muster anderer Länder für eine allgemeine Propaganda der Tuberculosebekämpfungsidee im Reiche in Aussicht genommen.

Bereits in den ersten Monaten des Bestehens der Liga haben 35 Gesellschaften ihren Beitritt gemeldet, sind gegen 2000 einzelne Personen der verschiedensten Gesellschafts- und Bildungsklassen in die Mitgliedslisten eingetragen worden, und die Kasse der Liga hat ca. 14000 Rubel (bes. 35.000 Frs.) vereinnahmt. — Es sind dies nur kleine Anfänge und, weit davon entfernt uns übertriebenen optimistischen Erwartungen hinzugeben, sind wir uns vielmehr sehr wohl der grossen ökonomischen, socialen und culturellen Schwierigkeiten bewusst, mit denen wir zu kämpfen haben werden, um die russische Liga in ihrer Tätigkeit bis zu derjenigen Höhe zu erheben, auf der sich ihre älteren Schwestern des Abendlandes befinden. Immerhin, der erste Schritt ist getan, um alle im Reiche vorhandenen Kräfte zum gemeinsamen, planmässigen Kampfe gegen die Tuberculose zu verbinden, und wir setzen unsere Hoffnung auf die Macht der Einigung.

Von den einzelnen Erfolgen der antituberculösen Bestrebungen in Russland während des verflossenen Berichtsjahres sei es mir gestattet nur die wesentlichsten hervorzuheben.

Die St. Petersburger Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose hat, unterstützt durch Schenkungen Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra, sowohl den Bestand ihres Sommersanatoriums für lungentuberculöse Kinder auf dem Lande vergrössert und ein ständiges ‹Haussanatorium› mit der gleichen Bestimmung in der Stadt eröffnet als auch seine aufklärende Tätigkeit durch den Druck eigener Flugblätter und Plakate, sowie durch eine Preisausschreibung für künstlerisch ausgeführte Wandtafeln erweitert.

Das von Seiner kaiserl. Hoheit dem Grossfürsten Michael Alexandrowitsch gestiftete Militärsanatorium in Finnland ist nach dem Muster der Haussanatorien für 50 lungenkranke Soldaten des Gardecorps eröffnet worden und steht

unter der obersten medicinischen Leitung des Corpsarzt des Gardecorps Dr. S. Unterberger.

Die Verwaltung der Nordwest - Bahnen ist den übrigen Eisenbahnverwaltungen mit gutem Beispiel vorangegangen, indem sie in Wilna ihr bisher 200 Betten starkes Hospital noch durch ein Sanatorium für 30 lungenkranke Angestellte verstärkt hat.

In Kiew ist auf dem Grund und Boden des jüdischen Krankenhauses ein von Herrn Galperin gestiftetes Tuberculose-Sanatorium errichtet und eröffnet worden.

In Charkow hat die Aerztin Awdakowa auf eigene Kosten ein Dispensaire eingerichtet.

In der Krim hat das Rote Kreuz in Jalta ein Sanatorium, in welchem 40 Lungenkranke gegen verhältnissmässig niedrige Zahlung (75 Rubel monatlich) versorgt werden können, in Tätigkeit gesetzt. — Das Kindersanatorium in Alupka hat seine Aufnahmefähigkeit bis auf 100 Patienten vergrössert.— Die Jaltaer klimatische Kinderkolonie hat sich ein Stück Ufergebiet erworben und siedelt demnächst auf das neue Terrain über. — Auch der Gesellschaft zur Begründung eines Sanatoriums für Aerzte ist es gelungen ein geeignetes Landgut unweit von Jalta käuflich zu erwerben.

In Abas-Tuman, einem Hochgebirgsort Transkaukasiens, der sich in klimatischer Beziehung mit den besten Heilstätten der Alpen messen kann, begründet die Kaukasische Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose ein billiges Sanatorium auf Summen, welche mit grossem Eifer gesammelt werden.

Die Livländische Tuberculose-Gesellschaft hat die bereits im vorigen Berichte erwähnte Fürsorgestelle in Function gesetzt. An derselben arbeiten mehrere Aerzte und eine barmherzige Schwester, welcher der Hausbesuch obliegt. Jeder Patient erhält ein mit grossem Geschick verfasstes «Merkblatt».

In Lodz (Polen) ist neuerdings von der dortigen Tuberculose-Vereinigung ein Ambulatorium und ein Museum zum Andenken an Dr. Jonscher eröffnet worden. In Tschenstochow, einem vielbesuchten Walfahrtsort, ist an dem daselbst vorhandenen Hygienemuseum eine Tuberculosebekämpfungs-Ausstellung arrangiert worden.

Eine besondere Erwähnung beansprucht wiederum die Tätigkeit Dr. Ph. Blumenthals (Moskau). Abgesehen von seinen Vorträgen in der Provinz (Nishny-Nowgorod, Poltawa) und in Moskau selbst, hat er im verflossenen Berichtsjahr abermals mit Hilfe seiner bekannten Tuberculosesammlung das Zustandekommen von drei Specialausstellungen ermöglicht. Die erste derselben wurde in Moskau von der Tuberculose-Section der dortigen Filiale der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit veranstaltet, und zwar zu einer Zeit, als daselbst eine Reihe wissenschaftlicher Congresse tagte. Die Wirkung dieser Ausstellung wurde noch dadurch erhöht, dass es dem Vorsitzenden der Section Dr. Jakowlew gelungen war, die Mehrzahl der Tuberculose-Institutionen Russlands zur Beteiligung mit ihren Exponaten heranzuziehen und auf diese Weise das Bild, welches die Blumenthalsche Sammlung ohnehin gibt, noch in dieser oder jener Beziehung zu vervollständigen. Die jungen medicinischen Kräfte, welche auf der Ausstellung als Demonstratoren gewirkt hatten, gründeten daraufhin in ihrem studentischen Verein eine besondere Abteilung, deren Aufgabe es sein soll, aus ihrer Mitte specielle Tuberculosekämpfer für die Zukunft heranzubilden. Die Semstwo-Verwaltung von Poltawa wurde durch ebendiese Ausstellung zur energischen Aufnahme der antituberculösen Arbeit angeregt, was darin seinen Ausdruck fand, dass zunächst Dr. Blumenthal auf ihren Wunsch eine Tuberculose-Ausstellung auch in Poltawa veranstaltete, und sodann die Verwirklichung eines Volkssanatoriums in die Wege geleitet wurde. — Zum dritten Male stellte Dr. Blumenthal während dieses Jahres seine Sammlung in den Dienst der Oeffentlichkeit, als in St. Petersburg zur Zeit des sogenannten Pirogow-Congresses eine hygienische Ausstellung veranstaltet wurde; seine Exponate bildeten auch hier wiederum den Kern der Tuberculose-Abteilung.

Der Begründung der Liga, den Ausstellungen, zum Teil wohl auch dem persönlichen Einflusse einiger unserer Kampfgenossen ist es zu verdanken, dass nunmehr auch die Presse Russlands sich immer mehr in den Dienst der Propaganda unserer Bestrebungen stellt und das Bewusstsein einer allgemeinen Beteiligung am Tuberculosekampfe als Bürgerpflicht wachruft. — An vielen Orten entstehen neue Tuberculose-Vereine (z. B. in Tula, Poltawa, Nowotscherkask), und aus allen Enden des Reiches strömen der Liga Anfragen zu, welche die Begründung von Filialen zum Gegenstande haben.

Die IX. internationale Tuberculose - Conferenz hat somit folgende zwei wichtige Fragen gefördert: die Frage der spec. Disposition zur Tuberculose resp. Schwindsucht und zweitens die Klarlegung der Rolle der Frauen im zielbewusstem Kampfe mit der Geissel der Menschheit, — der Tuberculose!

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1511 Sitzung am 19. Mai 1910.

Vorsitzender: Dr. Klemm. Schriftführer: Dr. Buettner.

Dr. Bornhaupt. Die «Förstersche Operation» mit Demonstration. Gestatten Sie, M. H., dass ich Ihnen einen Patienten zeige, dem ich nach Förster die sensiblen Wurzeln des Rückenmarks durchgeschnitten habe. Der Kranke, 29 Jahre alt, leidet seit circa 1 Jahr an spastischer Paraplegie der unteren Extremitäten infolge von multipler Sclerose. Er konnte sich vor der Operation gar nicht bewegen, musste zu Bett liegen und war arbeitsunfähig. Dabei besteht eine vollkommene Lähmung des Blasensphincters, so dass der Harn beständig unwillkürlich abfliesst. Der Patient befand sich in Behandlung von Dr. Theodor Schwartz und Dr. Thilo, die ihn mir zur Operation überwiesen haben. Durch einen Längsschnitt über die processus spinosi des 1. Lumbalwirbels bis zum 3. Sacralwirbel habe ich die Lendenwirbelsäule und das Kreuzbein mit dem Raspatorium freigelegt und die hinteren Wirbelbögen mit den processus spinosi zusammen entfernt. Darauf habe ich die Dura in der Längsrichtung eröffnet und die sensiblen Nervenwurzeln an der Stelle, wo sie den Duralsack verlassen, aufgesucht und die zweite, dritte, fünfte Lumbalwurzel und die zweite Sacralwurzel beiderseits reseciert. Die Dura und die Weichteilwunde sind vernäht worden. Die Heilung erfolgte per primam, und der Patient erholte sich nach der Operation recht gut. Am 27. Februar 1910 ist er operiert worden. Nach 6 Wochen haben wir mit den Gehübungen begonnen, nachdem die Extremitäten auch schon vorher mit Bädern, Massage und Elektricität energisch behandelt worden waren. Während der Patient sich vor der Operation gar nicht bewegen konnte und nicht imstande war, isolierte Bewegungen mit den unteren Extremitäten auszuführen, weil bei der geringsten Bewegung des einen Beins das andere immer mit folgte, sehen Sie, dass er jetzt mit zwei Stützen sich allein fortbewegen kann und wenn auch noch mit grossen Schwierigkeiten, doch schrittweise seine Beine stellen kann, ohne dass bei jeder Bewegung beide Beine zusammen emporschnellen. Wie das Resultat der Operation allendlich ausfallen wird, kann ich heute noch nicht beurteilen, da Förster ganz besonders darauf aufmerksam macht, dass nach der Operation eine langdauernde, sorgfältige orthopädische Behandlung solcher Patienten unbedingt erforderlich ist. Dieser Patient hat sich erst sehr kurze Zeit im Gehen geübt, und für diese kurze Uebungszeit muss man mit dem Erfolge zufrieden sein, wo er doch vor der Operation ganz ans Bett gefesselt war.

Die Erwägungen, durch die sich Förster hatte leiten lassen, als er diese Operation vorgeschlagen hatte, sind folgende gewesen: Bei der Unterbrechung der Pyramidenbahn ist die corticogene Erregbarkeit der Muskeln aufgehoben, die peripherogene Erregbarkeit der Muskulatur, das heisst die Fähigkeit, durch sensible Reize auf dem Wege des spinalen oder subcorticalen Reflexes in Spannung versetzt zu werden, ist dagegen nicht erloschen. Diese gesteigerte reflectorische Erregbarkeit der Muskeln bei Pyramidenbahnunterbrechung findet ihren Ausdruck in der Steigerung der Sehnenreflexe, des Patellarreflexes, des Achillesreflexes, in der Veränderung mancher Haut-, Periost- und Weichteilreflexe, in der Ausführung bestimmter unwillkürlicher Mitbewegungen bei jeder willkürlichen Bewegung und endlich in den spastischen Muskelcontracturen. Um diese bei der Pyramidenbahnunterbrechung bestehenden Erscheinungen gesteigerter reflectorischer Erregbarkeit der Muskeln zu beseitigen, schlägt Förster vor, ein Glied in der Kette des Reflexbogens operativ zu durchtrennen. Den motorischen Teil des Reflexbogens darf man nicht verletzen, da sonst eine schlaffe Lähmung der Muskeln eintritt, also bleibt nur der sensible Teil nach, und zwar nur an der Stelle, wo er sich von dem motorischen Teil leicht isolieren lässt. Diese Stelle ist die sensible Nervenwurzel vor dem Austritt aus dem Duralsack. Durch die Experimente, die Sterrington an Affen ausgeführt hat, ist es bekannt, dass die Resection einer oder zweier benachbarter hinterer Wurzeln keine Anästhesie hervorruft, sondern dass sich an der sensiblen Versorgung eines bestimmten Hautgebiets immer ausser einer Hauptwurzel noch zwei — die obere und untere — Hilfswurzeln beteiligen. Förster schlägt daher vor, bei der Resection der hinteren Wurzeln die Auswahl so zu treffen, dass nie mehr als höchstens zwei benachbarte, womöglich aber von zwei benachbarten immer nur eine durchtrennt wird.

Ich habe mich an diesen Vorschlag streng gehalten und habe in meinem Fall die 2. und 3. Lumbalwurzel reseciert. Die 4. Wurzel habe ich ausgelassen. Darauf durchtrennte ich die 5. Lumbalwurzel und mit Auslassung der 1. Sacral-

wurzel wurde die zweite Sacralwurzel reseciert. Gravierende Sensibilitätsstörungen hat mein Patient nach dieser Operation nicht nachbehalten.

(Autoreferat).

Th. Schwartz: referiert kurz die Krankengeschichte des von ihm dem Collegen Bornhaupt überwiesenen Patienten; es handelt sich um einen c. 27-jährigen Mann, welcher vor seiner jetzigen Krankheit stets gesund gewesen; speciell Lues wird negiert; vor 2 Jahren erkrankte er mit Schwächegefühl im rechten Bein, einige Tage später auch im linken, dabei Blasenbeschwerden, Incontinenz, leichter Schmerz in den Beinen; nach 2 Wochen vollkommene Paraplegie der Beine mit Incontinenz; hat ein ganzes Jahr lang viel J. K. gebraucht, Bäder etc, ohne besonderen Erfolg; seit einem Jahr Stillstand, nach anfänglicher geringer Besserung, eingetreten, jedoch kann Pat. nicht gehen, wegen starker Spasmen; objectiv liess sich eine spastische Paraparese der Beine feststellen, dabei das linke Bein etwas schwächer als das rechte; Unvermögen zu gehen; bei der leichtesten Berührung der Beine Auslösung starker Spasmen in denselben; Patellarclonus, Fussclonus, Babinsky beiderseits positiv; ganz geringe Hyperästhesie an den Beinen, hinaufreichend bis etwa zum proc. xiphoid. sterni am Rumpf; warm und kalt wird überall unterschieden; keine Atrophien. Fehlende Bauchreflexe; keine Augensymptome; Oberextremitäten frei; Incontinenz. Pat. muss täglich catheterisiert werden; Liquor cerebrospinalis klar; Nonne I. positiv, nur wenig Leukocyten im Gesichtsfeld. Eine Schmiercur u. K. J. in höheren Dosen brachte keine Besserung. Schwartz neigte mehr zur Annahme einer residuären dorsalen Myelitis als zur Diagnose einer multiplen Sclerose, glaubte jedoch in jedem Fall hier die Förstersche Operation empfehlen zu dürfen, wenngleich die bestehende Incontinenz die Operation etwas gefährlicher erscheinen liess. Patient hat die immerhin sehr eingreifende Operation jedoch gut überstanden und ist selbst mit dem erreichten Resultat zufrieden; Pat. kann jetzt mit einem Stuhl gehen, es ist zu hoffen, dass er nach längerer Uebung auch mit einem Stock wird gehen können; die Spasmen der Beine sind bedeutend geringer als vor der Operation; Babinsky und gesteigerte Kniereflexe bestehen noch. Deutliche Sensibilitätsstörungen bestehen nicht, sie sind ebenso wie vor der Operation; die Incontinenz gleichfalls ebenso. Prof. Mingazzini hat kürzlich in Nr. 8 des Neurolog. Centralbl. 1910 darauf hingewiesen, dass er die jetzt «Förstersche Operation» genannte Methode schon vor 11 Jahren empfohlen hatte, indem er vorgeschlagen, bei Tabikern mit starken Schmerzen in den Beinen die hinteren sacro-lumbalen Wurzeln intradural zu resecieren; Chipault habe ähnliche Operationen gemacht. Schwartz meint jedoch, dass wenn auch die Operation dieselbe, das Ziel jedoch ein anderes gewesen sei; Mingazzini habe die Schmerzen beseitigen, Förster dagegen habe motorische Effecte erzielen wollen, und durch die hierbei erhaltenen glänzenden Erfolge sei die Aufmerksamkeit auf diese Operation gelenkt worden. Aus Mingazzinis Aufsatz erwähnt Schwartz auch einen Fall von Bruns und Sauerbruch, in welchem die betref. Autoren einem Tabiker wegen heftiger Magenkrisen die 7., 8. u. 9. hintere Wurzel beiderseits durchschnitten; der Erfolg war ein guter, die Krisen kamen nicht wieder, nur bestand eine analgetische und anästhetische Zone vom unteren Drittel des Brustbeins bis zum Nabel, hinten, von der Mitte der Scapula bis 2. L. W. Auch Franke, Moskowitz u. Küttner haben auf dem letzten Chirurgen-Congress in Berlin über 5 Fälle von gastr. Krisen berichtet, bei denen die Förstersche Operation teilweise mit gutem Erfolge ausgeführt wurde. Ueber die Resultate bei Littlescher Krankheit hat Bornhaupt ja eben berichtet; auch Schwartz glaubt, dass gerade letztere Krankheit am meisten geeignet sei, weil der Krankheitsprocess ja hier ein abgelaufener sei, wo nicht neue Nachschübe, wie etwa bei der multiplen Sclerose, zu erwarten seien; jedoch auch die Tabes bietet in geeigneten Fällen durchaus ein geeignetes Object, kann man doch sonst oft der Magen-Krisen nicht Herr werden, und die Kranken werden dem Selbstmord oder dem Morphium in die Arme getrieben.

Dr. Thilo bestätigt, dass Patient vor der Operation in sehr elendem Zustande sich befunden habe. Patient wird soweit gelangen, dass er mit Krücken bis zu einer Werst wird gehen können. Allerdings werden dazu methodische Uebungen erforderlich sein. (Redner demonstriert die Art der nötigen Uebungen).

Dr. Ed. Schwarz: Wenn, wie in diesem Falle, das Grundleiden kein progressives, sondern ein abgelaufenes oder ein zum Stillstande gelangtes Leiden darstellt, so sei die Prognose nach den operativen Eingriffen eine relativ günstige. Bei progressivem Grundleiden, z. B. bei multipler Sclerose wäre nicht viel Gutes von der Operation zu erwarten. Dr. Bergmann habe ein Gliosarcom in der Gegend der Halswirbelsäule, in welchem Falle alle 4 Extremitäten gelähmt gewesen, ja schon Atmungsstörungen aufgetreten seien, mit schönem Erfolg operiert. Jetzt geht Patient, und seine Besserung wird noch weiter fortschreiten. — Nonne habe bei einigen Fällen von Rückenmarkstumoren sehr stark positive Nonne-Apeltsche Reaction und keine Pleocytose gefunden.

Zuschrift an die Redaction.

Erwiderung Herrn Jankowski.

Zur Berichtigung des Herrn J. Jankowski (Nr. 47 dieser Wochenschrift) zu meinem Referat über seine Dissertation «Zur Frage der penetrierenden Stich-, Schnitt- und Schusswunden der Bauchhöhle». (Nr. 39 dieser Wochenschrift) habe ich folgendes zu bemerken: meine Behauptung, dass der Verf. eine Laparotomie nur bei Verletzungen der Bauchhöhle unterhalb des Nabels empfiehlt, stützte sich auf die erste Schlussfolgerung, die vom Autor aus seiner Arbeit gezogen wird. Ich citiere die betreffende Stelle wörtlich aus der mir vorliegenden russischen Dissertation (S. 232): 1. «Въ мирное время, при подходящей обстановкѣ чревосѣченіе должно считаться за правило при всѣхъ проникающихъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ брюшной полости и при проникающихъ колото-рѣзанныхъ раненіяхъ, расположенныхъ ниже*) пупка».

«Ниже пупка» — heisst auf deutsch «unterhalb des Nabels».

Somit war die Behauptung des Herrn J. Jankowski, dass meine Ansicht irrig und unbegründet sei, unberechtigt und nicht am Platz.

W. Schaack.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Zum Director des bakteriologischen Instituts in Moskau ist von der medicinischen Facultät der Privatdocent Dr. W. Kedrowskij erwählt.

— Amerikafahrt deutscher Aerzte. Das Deutsche Centralcomitee für ärztliche Studienreisen beabsichtigt im September 1912 eine Studienreise nach Amerika zu unternehmen. Die Dauer der Reise, für die ein Dampfer der Hamburg-Amerika-Linie in Aussicht genommen ist, ist auf etwa 6 Wochen veranschlagt. Der Preis der ganzen Land- und Seereise (Verpflegung und Quartier während des Aufenthaltes in Amerika eingeschlossen) wird 1650 Mark und mehr, je nach Wahl der Kabine, betragen. Mit der Reise soll ein Besuch der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Washington, die vom 22. bis 29. November stattfindet, verbunden sein. Der Gedanke, die ärztliche Wissenschaft und die vorgeschrittenen hygienischen Einrichtungen Amerikas an Ort und Stelle zu studieren, scheint ein überaus glücklicher zu sein, denn die Zahl der Vormeldungen für diese grosszügig angelegte Reise ist bereits eine recht erhebliche.

— Cholera. Oesterreich-Ungarn. Vom 6. bis 12. November fanden in Ungarn 19 Erkrankungen statt, in Slavonien 10. — Türkei. Vom 1. bis 7. Nov. fanden in Konstantinopel 63 Erkrankungen und 33 Todesfälle statt. — In Smyrna wurde am 14. October eine Choleraerkrankung festgestellt. — Tripolis. Vom 30. Oct. bis 2. November fanden in Tripolis und Umgegend 58 Erkrankungen und 48 Todesfälle statt. — Straits Settlements. In Singapore fanden vom 7. bis 14. October 1, in der Provinz Willesley vom 3. bis 10. Oct. 6 Erkrankungen statt. — China. In Pakoi und Umgebung ist die Cholera erloschen. — Japan. In Nagasaki und Umgegend fanden Ende October 8 Choleraerkrankungen statt, von denen 2 tötlich verliefen.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 7. bis zum 13. Nov.		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	2	(—)	4576	(1656)	7. Juni
Gouv. Mogilew	—	(—)	729	(343)	14. Mai
» Witebsk	—	(—)	412	(165)	21. April
» Podolien	—	(—)	1285	(586)	7. Juli
» Ljublin	31	(13)	31	(13)	1. Nov.
» Kiew	—	(—)	4059	(1556)	3. Mai
» Charkow	—	(—)	7886	(4231)	8. Juli
» Tambow	24	(8)	5462	(2566)	29. Mai
» Rjasan	—	(—)	2192	(965)	19. Juni
» Ssamara	—	(—)	18528	(7779)	9. »
» Ssaratow	2	(—)	6168	(2585)	7. »

*) Im Original gesperrt gedruckt.

	Erkrankt und gestorben vom 7. bis zum 13. Nov.		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Gouv. Perm	1	(—)	744	(274)	3. Juni
» Orenburg	—	(—)	3341	(1630)	4. Juli
» Jekaterinoslaw	11	(6)	18860	(8683)	10. Jan.
Stadt Ssewastopol	4	(3)	88	(54)	10. Juni
Gebiet der Donkosaken	—	(—)	21554	(9921)	21. Mai
Gouv. Cherson	—	(3)	10066	(4456)	11. »
Kuban-Gebiet	—	(—)	23575	(12168)	26. »
Stadt Baku	2	(1)	1297	(539)	4. Juni
Gouv. Baku	—	(—)	1658	(932)	19. April
» Tiflis	1	(—)	1913	(725)	6. Juni
» Erivan	—	(—)	1209	(698)	8. Juli
Ssyr-Darja-Gebiet	—	(—)	189	(122)	13. »
Fergan-Gebiet	—	(—)	121	(72)	7. Sept.
Küsten-Gebiet	1	(—)	484	(293)	22. »
Im Ganzen	79	(34)	136427	(62820)	

Die Zahl der Erkrankungen im ganzen Reich — seit dem Beginn der Epidemie — betrug am 18. Nov. 215735, die der Todesfälle 100786.

— Pest. Britisch-Indien. Vom 9. bis 15. October wurden 4452 Erkrankungen und 3229 Todesfälle festgestellt.— Mauritius. Vom 2. bis 29. Sept. fanden 41 Erkrankungen und 26 Todesfälle statt. — Venezuela. In Caracas sollen vom 19. bis 25 Oct. 40 Pestfälle vorgekommen sein.

— Die Pest in Russland. 1. Odessa. Vom 13. bis 19. November wurden keine neuen Pesterkrankungen beobachtet. 2. Gouv. Astrachan. In der Kirgisensteppe erkrankten in der Ansiedelung Dshalpak vom 1. bis 15. November 20 Personen an der Pest, von denen 19 starben. Vom 15. bis 19. Nov. wurden keine neuen Erkrankungen gemeldet. — 3. Im Transbaikalgebiet erkrankten von Mitte September bis zum 9. November 28 Personen an der Pest, von denen 25 starben; vom 10. bis 19 Nov. wurden keine neuen Erkrankungen beobachtet. — 4. In der Mandschurei — im Gebiet der Ostchinesischen Eisenbahn — fanden vom 13. October bis 14. November 306 Erkrankungen und 302 Todesfälle an der Pest statt. Seit dem Beginn der Epidemie bis zum 14. Nov. erkrankten in dem erwähnten Gebiet 426 Chinesen und 10 Russen, starben 420 Chinesen und 9 Russen. Vom 15. bis 20. Nov. erkrankten 40 Personen und starben 42, davon auf der Station «Mandshuria» 33 (35), in den Bergwerken von Dshalai-Nor 3 (4), in Charbin 2 (3) *).

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 31. Oct. bis zum 6. November 1910 464 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 42, Typhus exanth. 3, Febris recurrens 0, Pocken 17, Windpocken 36, Masern 41, Scharlach 104, Diphtherie 94, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 25, an anderen Infectionskrankheiten 102.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 749 + 45 Totgeborene + 82 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 7, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 7, Masern 7, Scharlach 12, Diphtherie 19, Keuchhusten 4, crupöse Pneumonie 61, katarrhalische Pneumonie 83, Erysipelas 4, Influenza 9, Hydrophobia 0, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 16, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 26, Dysenterie 2, Gastroent. epidem. 0, Cholera 2, Magen-Darmkatarrh 21, andere Magen- und Darmerkrankungen 24, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 51, Marasmus senilis 15, andere Todesursachen 270.

*) Nach den officiellen Angaben im «Regierungsanzeiger» (Правительственный Вѣстникъ).

d. Red.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 6. Nov. 13613. Darunter Typhus abdominalis 204, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 0, Scharlach 324, Masern 41, Diphtherie 255, Pocken 95, Windpocken 5, Cholera 32, acut. Magen-Darmkatarrh 0, crupöse Pneumonie 163, Pustula maligna 0, Tuberculose 675, Influenza 224, Erysipel 139, Keuchhusten 10, Dysenterie 0, Hautkrankheiten 64, Lepra 0, Syphilis 509, venerische Krankheiten 361, acute Erkrankungen 2596, chronische Krankheiten 2062, chirurgische Krankheiten 1764, Geisteskrankheiten 3432, gynäkologische Krankheiten 336, Krankheiten des Wochenbetts 63, verschiedene andere Krankheiten 114.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 7. bis zum 13. November 1910 464 Personen. Darunter an Typh. abdom. 49, Typh. exanth. 0, Febris recurrens 1, Pocken 41, Windpocken 29, Masern 43, Scharlach 122, Diphtherie 90, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 9, an anderen Infectionskrankheiten 80.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 677 + 50 Totgeborene + 51 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 5, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 8, Masern 8, Scharlach 24, Diphtherie 12, Keuchhusten 3, crupöse Pneumonie 42, katarrhalische Pneumonie 84, Erysipelas 4, Influenza 12, Hydrophobia 0, Pyämie und Septicaemie 5, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 12, Dysenterie 1, Gastro-ent. epidem. 0, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 9, andere Magen- und Darmerkrankungen 29, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 45, Marasmus senilis 14, andere Todesursachen 241.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 14. November 13651. Darunter Typhus abdominalis 224, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 1, Scharlach 330, Masern 41, Diphtherie 260, Pocken 120, Windpocken 4, Gastroenteritis ac. 16, Cholera 15, crupöse Pneumonie 182, Tuberculose 685, Influenza 196, Erysipel 141, Keuchhusten 11, Dysenterie 0, Hautkrankheiten 63, Syphilis 596, Milzbrand 1, Lepra 1, venerische Krankheiten 368, acute Erkrankungen 2593, chronische Krankheiten 2125, chirurgische Krankheiten 1724, Geisteskrankheiten 3430, gynäkologische Krankheiten 345, Krankheiten des Wochenbetts 70, verschiedene andere Krankheiten 107.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Der Corpsarzt des 2. Kaukasischen Corps Dr. N. Tischewskij, geb. 1849, approb. 1874. 2) In Belaja Zerkow (Gouv. Kiew) Dr. K. Ssakowitsch, geb. 1834, approb. 1862. 3) Am 11. Nov. in Kiew plötzlich Dr. J. Jurkewitsch, geb. 1855, approb. 1881.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 30. Nov. 1910.

Tagesordnung: W. Lange. Ueber Oesophago- und Bronchoskopie mit Demonstration extrahierter Fremdkörper.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Dec. 1910.

Tagesordnung: Albanus. Ein Fall von Lebercirrhose.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Л. Вертенсонъ. Всероссійская Лига для борьбы съ туберкулезомъ. Москва. 1910.

А. Воейковъ. Климатъ Кисловодска. С.-Петербургъ. 1910.

Докладъ комиссіи подъ предсѣдательствомъ Л. Бертенсона, по разсмотрѣнію проектовъ правилъ, касающихся заводовъ. С.-Петербургъ. 1910.

H. Determann. Der Vegetarismus. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1910.

H. Determann. Aerotherapie. München. 1910. Lehmann.

H. Determann. Die Viskosität des menschlichen Blutes. Wiesbaden. 1910. Bergmann.

Falk. Ueber «Eubileïn», ein neues Cholagogum. Sonderabdruck aus «Medicinische Klinik». 1910. Nr. 43.

H. Determann. Zur Kritik der Viskosimetrie des Blutes. Sonder-Abdruck aus der Zeitschrift für klinische Medicin. Berlin. 70. Bd. H. 3 u. 4. A. Hirschwald.

H. Determann. Hydrotherapie, Balneotherapie und verwandte Heilmethoden bei Nervenkrankheiten. Sonderabdruck aus «Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie». Band XIII. Berlin. Karger.

H. Determann. Die Beziehungen der Viskosität des Blutes zu den Körperfunctionen. Sonderabdruck aus der Medicinischen Klinik. 1910. Nr. 27.

Отчеты Совѣта Всероссійской Лиги для борьбы съ туберкулезомъ. Москва. 1910.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig,** St. Petersburg. **Dr. O. Brehm,** Libau. **Dr. X. Dombrowski,** St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne,** Moskau. **Dr. P. Hampeln,** Riga.
Dr. H. Hildebrand, Mitau. **Dr. W. Kernig,** St. Petersburg. **Dr. L. v. Lingen,** St. Petersburg. **Prof. O. v. Petersen,** St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann,** Moskau. **Dr. Ed. Schwarz,** Riga.
Prof. G. Tiling, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach,** St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen,** St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann,** St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen,** Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 49 St. Petersburg, den 4. (17.) December 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Zur Tuberculosebekämpfung.

Vortrag, gehalten auf dem VI. estländischen Aerztetag in Reval.

Von

Dr. A. Haller.

M. H. Vor 3 Jahren, zum IV. estländischen Aerztetage, hat Thomson Ihnen ein umfangreiches Referat über die Aetiologie der Lungentuberculose gegeben. Die Schlusssätze, zu denen er kam, gelten auch heute: die Behringsche Darminfection mit typus bovinus wird in praxi von den meisten als quantité négligeable betrachtet, und wie mir scheint, mit Recht. Es steht der Satz: „Die Tuberculose stammt vom tuberculösen Menschen" bei der praktischen Tuberculosebekämpfung obenan, erst in zweiter Linie steht die Perlsuchtbekämpfung. Die klassischen Untersuchungen Cornets und seiner Schüler legten den Gedanken nahe, dass der Tbc. bac. ubiquitär sei, erst in der Folge sah man ein, dass dieses keineswegs, so allgemein gehalten der Fall ist. Ubiquitär ist der Tbc. bac. nur in der Wohnung und Umgebung des Tuberculösen und zwar des unreinlichen Tuberculösen. Als Abwehr gegen die übergross gewordene Ansteckungsfurcht des Publicums hat Unterberger den Satz aufgestellt: der reinliche Phthisiker ist ungefährlich. Ich verstehe den Satz so: in der Umgebung des achtsamen Phthisikers wird es nie gelingen, alle Infectionskeime zu vernichten, aber es gelingt, ihre Zahl so zu reducieren, dass sie nicht mehr zu fürchten sind (Handhusten, Bart, Fliegen). Reinlichkeit und hygienisches Leben sind die Fundamente erfolgreicher Infectionsprophylaxe und ebenso des Tuberculosekampfs. Tritt fortlaufende Sputumdesinfection und periodische Wohnungsdesinfection hinzu, gelingt es, Sonne und Luft als Bundesgenossen zu gewinnen, so ist unserer Anschauung nach die Umgebung des Kranken, Kinder vielleicht ausgenommen, genügend geschützt. Von diesem Gedanken ausgehend, empfiehlt Unterberger als Ersatz für Sanatoriumbehandlung die Einrichtung von Haussanatorien. Vorbedingungen für sie sind geschiedene Schlaf- und Wohnräume, genügende Luftcirculation, Sonne- und Feuchtigkeitsgehalt der Luft. Zur Eindämmung unbesonnener Infectionsfurcht ist schon früher betont worden, dass kurzdauernde Berührung mit Tuberculösen gefahrlos ist, erst länger dauerndes Zusammenleben mit Tuberculösen ist gefährlich. Erfahrungsgemäss erkrankt aber der gesunde Ehegatte, der doch in jedem Fall sich überaus oft der Infection aussetzt, auch nur in seltenen Fällen. Ferner müsste es dann möglich sein, bei den Erkrankten festzustellen, wann und wo sie sich inficiert haben. Das ist aber nicht nur uns hier in der Fürsorgestelle in der Mehrzahl der Fälle nicht gelungen, sondern auch Meissen berichtet aus Hohenhonnef aus einem grossen, sorgfältig geprüften Material der guten Stände, dass es nur in seltenen Fällen gelingt, die Infectionsquelle ausfindig zu machen. Die Kranken geben wohl an, ein naher oder fernerer Verwandter sei an Tuberculose gestorben; forschen wir aber näher nach, so hat das geforderte längere Beisammenleben garnicht stattgefunden, und die angenommene Infection wandelt sich in ererbte Disposition um, einerlei ob specifisch (Unterberger) oder nicht (Calmette). Können wir die Infectionsgelegenheit nicht feststellen, so liegt es nahe, die Behringsche Lehre der langen Latenz anzuerkennen, d. h. mit anderen Worten Infection bedeutet noch nicht Erkrankung. Die aufgenommenen Keime werden für kürzere oder längere Zeit immobilisiert und erst bei für sie günstigen Umständen machen sie sich mobil. Dass dieser Augenblick bei vielen Individuen auch garnicht einzutreten braucht, ist klar. Als Immobilisierungsort sind die Drüsen anzusprechen; sind es die Bronchialdrüsen, so können wir sie auf der Röntgenplatte als Hilusdrüsenbefund festhalten. Das Auftreten von Lungentuberculose im Gefolge von Masern und Pertussis spricht zu Gunsten dieser Auffassung im Sinne einer Manifestierung bisher latenter Tbc. Gelingt es uns, das natürliche Immobilisierungsbestreben des Organismus durch

unsere Massnahmen tatkräftig zu unterstützen, so verhindern wir dadurch das Aufflammen einer Tuberculose nach Jahren. Hierfür spricht auch die Erfahrung der Kliniker, dass überstandene Scrophulose vielfach vor späterer Tuberculose schützt.

Diese Fragen in neues Licht zu setzen, sind die Experimente Römers geeignet. Römer stellte vermittelst Immunisierungsversuche an Meerschweinchen die auch früher schon von Koch betonte Tatsache fest, dass bei bereits vorhandener tuberculöser Infection gegen kleine Dosen des reinficierenden Virus völlige Immunität besteht, dass eine massive Reinfection aber die Immunität durchbricht und schnelle Progredienz der Tuberculose (als cavernöse Lungenphthisis) zur Folge hat. Römer zieht nun bei Uebertragung dieses Gesetzes auf den Menschen die Ergebnisse der cutanen Reaction und die Sectionsergebnisse Nägelis und Burckhardts heran: 90% aller Menschen sind mit 20 Jahren tuberculös inficiert und gegen kleine Mengen von Tbc.-Bacillen immun. Wenn sie nun doch an progredienter Tbc. erkranken, so müssen sie sich einer massiven Reinfection ausgesetzt haben. Die durch die Kindheitsinfection erzeugte Immunität reicht zwar noch aus, den Ausbruch einer galoppierenden Phthise zu verhindern, nicht aber die Entwicklung einer chronischen Tuberculose.

Römer nimmt nun ferner an, dass diese Reinfection nicht von aussen komme — jenseits des Kindesalters sei kaum Gelegenheit geboten zu einer so schweren Infection — sondern auf Propagation des bereits im Körper vorhandenen Tuberculosegifts zurückzuführen sei. Der Grund zur Propagation liege in der Art der Kindheitsinfection beschlossen: die sogen. Belastung sei nichts anderes als die innerhalb der Familie erworbene schwere Kindheitsinfection. Die Tuberculosebekämpfung könne sich auf die Verhütung dieser Kindheitsinfection beschränken.

Allen diesen Folgerungen Römers können wir nicht Folge leisten; aber eines erhellt auch aus seinen Ausführungen, dass die Tuberculoseprophylaxe mit dem Kinde, dem Säugling beginnen muss, und die kritische Zeit der Pubertätsjahre besondere Berücksichtigung verdient. In Deutschland klagte man schon vor 3 Jahren, dass die Mortalität der Erwachsenen an Tbc. wohl stark zurückgegangen sei, die Mortalität der Kinder aber eher zugenommen habe. Kinderschutz und Tuberculose und Schule sind daher in den letzten Jahren ständig wiederkehrende Themata der Tbc.-Congresse und -Versammlungen.

In Frankreich (in Paris und vielen Provinzstädten) dienen diesem Zwecke die Oeuvres Grancher in folgender Weise: Kinder von 3—10 Jahren, deren Eltern tuberculös sind, werden von der Vereinigung in Pflege genommen und auf dem Lande bei gesunden Pflegeeltern placiert. Hier wachsen sie heran und werden zu einem Berufe ausgebildet, bis sie selbst erwerbsfähig sind. Andererseits hat sich aber diese Fürsorgeart nicht einbürgern können: in Schweden z. B. ist sie daran gescheitert, dass sich die Eltern nicht von ihren Kindern trennen wollen. Eher schon geben sie sie zur Erziehung in eine Anstalt, und der schwedische Nationalverein gegen Tuberculose richtet eben eine Anzahl derartiger Erziehungsanstalten für gesunde Kinder tuberculöser Eltern ein. Eine ähnliche Bewegung finden wir in Norwegen und Deutschland im Gange.

Die bisherige Fürsorgeart durch Feriencolonien und Waldschulen ist demgegenüber nur als halbe Massregel anzuerkennen.

In Schweden wird wirksamer Kinderschutz auch beim Verbleiben der Kinder in der Familie betrieben: der Nationalverein hat hygienische Wohnungen eingerichtet, die er tuberculösen Familien billig vermietet: die Mieter haben sich bestimmten hygienischen Vorschriften zu fügen und erhalten dafür ausser freier ärztlicher Behandlung auch ev. Nahrungsmittel. In den 4 Jahren, seitdem diese Wohnstätten in Betrieb sind, ist kein Fall von Kinderinfection zu verzeichnen gewesen.

Eine andere Methode des Familienschutzes besteht in der Entfernung des Erkrankten. Die dazu geschaffenen „Tuberculoseheime" haben in Deutschland Fiasco gemacht, eine nicht so unbekannte Tatsache, wie Dr. Masing glaubt. Auf dem letzten livländischen Aerztetage hat er warnend gegen die Tuberculoseheime seine Stimme erhoben, ohne zu berücksichtigen, dass anderorts gerade die Heime sich sehr bewährt haben. Die eigenartigen Versicherungs- und Rentenverhältnisse sowie der auch auf die Heime ausgedehnte Krankenhausschematismus stehen in Deutschland der gedeihlichen Entwicklung der Heime entgegen; in Norwegen und Schweden fällt beides weg, und sie finden Anklang. Der norwegische Nationalverein empfiehlt noch kürzlich den Localvereinen die Heimgründung. Freilich muss dann auch alles getan sein, damit der Name nicht nur Symbol bleibt: der Kranke muss das Gefühl haben, hier zu Hause und heimisch zu sein, wozu Vorlesen, Musik, Bildschmuck und anderes wirksam beitragen werden. Erwachsen dem Kranken selbst dabei keine Ausgaben und kann er seine Angehörigen bei sich empfangen, so wird er ohne Frage auch bei uns zu Lande gern im Pflegeheim bleiben.

Hier möchte ich noch den interessanten social-hygienischen Versuch erwähnen, den der schwedische Nationalverein in Neder-Lulea anstellte. „Das Experiment hat den Zweck, eine für schwedische Verhältnisse geeignete Form der Tbc-Prophylaxe auf dem Lande auszuarbeiten. Das Versuchsgebiet stellt 4 Flecken an der Ostküste des nördlichsten Schwedens dar. Die Zahl der Einwohner beträgt 2000. Die Arbeit ist seit 4 Jahren nach folgendem Plan im Gange: sie nahm ihren Anfang mit einer gründlichen Untersuchung der ganzen Bevölkerung, deren Ergebnis war, dass die Erkrankungszahl an Tbc. enorm hoch war. Jede tuberculöse Familie wurde nun vom Arzt und einer geschulten Schwester besucht, und es wurde versucht, die in jedem Fall nötigen Massnahmen durchzuführen (gesondertes Schlafzimmer, richtige Auswurfsbeseitigung, rationelle Cur, ev. Aufnahme in die dort errichtete Anstalt). Auf den Schutz der Kinder wurde besonders geachtet, ev. auf ihre Entfernung in die Anstalt gedrungen. Durch zahlreiche Vorträge und Verbreitung von Volksschriften wird die hygienische Erziehung und Aufklärung der Bevölkerung angestrebt und sie dazu angehalten, von alten schlechten Gewohnheiten inbezug auf Wohnung, Kinderpflege, Nahrung etc. zu lassen. Ein finnisches Dampfbad wurde zur unentgeltlichen Benutzung eingerichtet und in der Anstaltsküche jungen Bauermädchen über geeignete Bereitung der Nahrung Unterricht erteilt. Nach Ablauf von 10 Jahren wird die wiederholte Untersuchung der Bevölkerung zeigen, welche Resultate diese Arbeit gezeitigt".

Wie Sie, m. H., sehen, beruht dieser Arbeitsplan auf denselben Principien, die die Fürsorgestellen im Auge haben, nur sind letztere nicht imstande, in so grossartigem Massstabe zu arbeiten. Immerhin haben die Fürsorgestellen sowohl französischen wie deutschen Musters immer mehr Anerkennung und Verbreitung gefunden, modificiert durch die Eigenart der Verhältnisse ihres Landes. Die Städte Deutschlands sind bereits gut versorgt mit Fürsorgestellen des Pütterschen Systems (ca. 244), und hier und da werden sie auch auf dem Lande eingerichtet. Uns, die wir an andere sociale und wirtschaftliche Verhältnisse gewöhnt sind, kann die rein prophylactische und vermittelnde Rolle dieser Fürsorgestellen nicht befriedigen. Bemerkenswert ist die Arbeit

von Petruschky in Danzig; der bekannte Vorkämpfer der Etappenbehandlung mit Tuberculin, hat in Danzig seit 13 Jahren eine Art Fürsorgestelle zur specifischen Behandlung und Prophylaxe der Tbc. in Betrieb und hat, wie er auf dem Wiesbadener Congress d. J. berichtete, die besten Erfolge. Petruschky sucht nicht nur einzelnen Kranken durch die Tuberculincur Heilung zu schaffen, sondern bemüht sich, die gesamte Familie durch Heilung der latenten Tbc. zu curieren. Diese Idee lässt sich mit den Anschauungen Römers direct zu einer Kette verknüpfen und ist in diesem Licht von besonderer Bedeutung. Die Verhütung weiterer Infection wird auch von Petruschky auf dem gewöhnlichen Wege der Aufklärung und Erziehung versucht. Meist aber zeigt die Pirquetsche Reaction an, dass die Mehrzahl der Familienmitglieder bereits inficiert ist, und hier schreitet P. sofort zur specifischen Behandlung, um den Ausbruch manifester Tuberculose zu verhindern. Er gibt an, durch dieses Verfahren nahezu 100% Dauerheilungen bei geschlossener Tuberculose erzielt zu haben. Besonders überzeugend sind die Fälle, wo in einer Familie im Laufe der Jahre schliesslich nur die mit Tuberculin behandelten Kinder übrig geblieben waren, während die gar nicht oder mit anderen Methoden Behandelten früher oder später ausstarben.

Nach diesen Principien wird ausser in Danzig in Kiel und Heidelberg verfahren, ob mit demselben Erfolg, ist mir unbekannt. Auch eine ländliche Fürsorgestelle ist nach diesem Muster in Liebenwerda von B. Bennide errichtet. Ich habe die Absicht, diese prophylactische Therapie auch in unserer hiesigen Fürsorgestelle zu versuchen.

Ausser in Liebenwerda bestehen in Hannover einige ländliche Fürsorgestellen (System Pütter); sonst ist in Deutschland nicht der Versuch gemacht, sie auf dem Lande einzubürgern. Der Schweizer Canton Zürich ist im der Organisation eines ganzen Netzes von ländlichen Fürsorgestellen vorbildlich. Die Einwohnerzahl des Cantons beträgt ca. 435000 Menschen, und hier sind in Laufe der letzten 17 Jahre auf dem Lande allein ca. 56 Fürsorgestellen ins Leben gerufen, deren Einrichtung und Betrieb natürlich in wesentlichen Punkten von den städtischen abweichen muss. Die Fürsorgestelle Stäfa ist die älteste: sie arbeitet über ein Jahr, und ihre Einrichtungen haben sich gut bewährt. Aus dem ersten Jahresbericht der Züricher Cantonalen Liga zur Bekämpfung der Tbc. entnehme ich die Schilderung ihres Betriebs. An der Spitze der Fürsorgestelle steht die Gemeinde-Tuberculose-Commission, die sich zusammensetzt: aus dem Präses der Commission für Gemeindekrankenpflege, 2 Mitgliedern des Frauenvereins, 1 Mitglied der Gesundheitscommission, den Aerzten und der Gemeinde-Krankenschwester. Letztere ist Fürsorgerin: ein bestimmter Fürsorgearzt besteht nicht, sondern sämtliche ansässigen Aerzte functionieren als solche. Mit einer zuverlässigen Wäscherin wurde ein Abkommen getroffen, laut welchem sie bei sich zu Hause die ihr von der Krankenschwester zugewiesene Krankenwäsche unter Controlle der letzteren zu den landesüblichen Preisen besorgt. Besondere Einrichtungen, z. B. eine eigene Wäscherei, bestehen nicht, so dass die Verwaltung in sehr einfacher und billiger Weise arbeitet. Die Fürsorgestelle gab 1909 678 fr. aus und nahm durch Beiträge 995 fr. ein. — Kommt ein Fall vor, der auf irgend eine Art unterstützt werden soll, so führt der betr. behandelnde Arzt die Krankencontrolle aus und überweist ausserdem den Fall der Krankenschwester, die ihrerseits die Controlle der häuslichen und öconomischen Verhältnisse des betr. Pat. erhebt und das Formular darüber ausfüllt. Auf Grund dieser Erhebungen von Arzt und Schwester bestimmen diese beiden gemeinsam die Art der zu gewährenden Unterstützung und stellen der Commission einen Antrag; die dringenden Bedürfnisse (Nahrung. Wäsche, Kleidung, Heizmaterial) werden jeweils sofort durch die Schwester aus einem ihr zur Verfügung gestellten Credit erledigt. Wenn einige Fälle zusammengekommen sind, so hält die Commission eine Sitzung ab und bestimmt endgültig die Art der Unterstützung auf Antrag von Arzt und Schwester. Die Fürsorgestelle Stäfa hat 1909 14 Patienten versorgt (3 unter 14 Jahren, die übrigen drüber); sie hat 5 davon zu Hause verpflegt, 6 in Sanatorien, 2 in Krankenhäusern und 1 in einem Erholungshause. 2 Kranke sind gestorben, 2 voll arbeitsfähig geworden.

Die einzelnen Tuberculosecommissionen setzen sich meist aus Pfarrer, Arzt, Lehrer oder ihren Damen zusammen.

M. H. Derartige Beispiele regen zur Nachahmung an, und es ist an der Zeit, die Tbc.-bekämpfung, wenigstens die Aufklärung bei uns auch auf dem Lande zu beginnen. Der Tbc.-Verein ist pecuniär nicht so kräftig, um seine Tätigkeit schon auf das Land auszudehnen, und vor allem fehlt es ihm an iniativen Mitarbeitern. Ich kann Ihnen hier nicht Vorschläge machen, wie die Sache auf dem Lande anzufassen ist, dazu ist die Materie zu difficil, ich möchte Ihnen nur die Notwendigkeit ans Herz legen. Erkennen Sie sie an, so ist es wünschenswert, dies dadurch zum Ausdruck zu bringen, dass der Aerztetag nach dem Muster der früher bestandenen Commission für Infectionskrankheiten eine ständige Tuberculosecommission niedersetzt, bestehend aus 3 städtischen und 4 landischen Gliedern. Diese Commission hätte die Aufgabe, die Bestrebungen des Tuberculose-Vereins durch ihren Rat zu fördern, selbständig oder auf Aufforderung des Vereins Propaganda und Aufklärungsschriften zusammenzustellen und zum nächsten Aerztetag ein Gutachten über die Möglichkeit und Art der Tuberculosebekämpfung auf dem Lande abzugeben.

Ueber Heilstätten für tuberculöse Kinder.

Nach einem auf dem XXI. livl. Aerztetage gehaltenen Vortrag.

Von

Dr. Carl Sarfels.

Specialarzt für orthopädische Chirurgie in Riga.

Es ist im Allgemeinen an dem Grundsatz festzuhalten, dass die Universalität unserer öffentlichen Krankenhäuser nach Möglichkeit gewahrt bleiben soll. Das liegt im Interesse sowohl der Kranken als der Aerzte. Nun gibt es aber eine Reihe von Erkrankungen, die numerisch dermassen in den Krankenhäusern prävalieren, dass sie diese Universalität stark beeinträchtigen. In erster Linie gilt das von der Tuberculose. Manche therapeutische Abteilungen sind vorwiegend von Schwindsüchtigen bevölkert, in Kinderhospitälern leiden hauptsächlich die chirurgischen Abteilungen unter dem starken Andrang Tuberculöser und werden in der Erfüllung ihrer hauptsächlichsten Aufgabe — der Behandlung acuter Krankheiten — behindert.

Von diesem Standpunkt erscheint es daher zweckmässig, für tuberculöse Erkrankungen besondere Heilstätten zu errichten. Die Gründung einer Lungenheilstätte bei Riga steht bereits nahe bevor. Ich möchte heute Ihre Aufmerksamkeit auf die Anstalten lenken, die sich die Behandlung der chirurgischen Tuberculose im Kindesalter zur Aufgabe gemacht haben.

Sie haben gewiss Alle vom berühmten Hôpital maritime in Berck gehört, auch wohl von den dänischen Küsten-

hospitälern. In deutschen Ländern sind besonders im letzten Jahrzehnt viele solche Anstalten entstanden. Auch in Russland hat man mit schönem Erfolg denselben Weg betreten: das von einem Petersburger Verein gegründete Windausche Sanatorium kann bereits auf eine 10-jährige segensreiche Tätigkeit zurückblicken, jüngere Anstalten existieren in Sestrorezk, Zarskoje Sselo, Alupka.

Fast alle diese Heilstätten liegen am Meer, denn es ist eine bekannte Erfahrungstatsache, dass die chirurgische Tuberculose am Strande am besten heilt.

Mit dem Wachstum Rigas wird auch für uns ein ähnliches Institut allmählich zur dringenden Notwendigkeit, um so mehr, da wir ja in so provocierender Nähe einen wunderschönen Strand haben.

Wenn ein Coxitiker oder Spondylitiker sich an ein allgemeines Krankenhaus wendet, so bekommt er in der Regel einen Gipsverband oder eine andere primitive Vorrichtung und wird so schnell als irgend möglich — denn Dauerpatienten sind hier unerwünscht — wieder nach Hause geschickt, in dieselben schlechten hygienischen Verhältnisse [1]), die den Grund zu seiner Erkrankung abgegeben haben.

Natürlich zieht sich unter solchen Umständen die Heilung, falls sie überhaupt eintritt, lange Jahre hin, die angeordnete notdürftige orthopädische Behandlung unterbleibt oder wird mangelhaft durchgeführt, und das Resultat ist nur zu häufig Tod oder schwere Verkrüppelung und Arbeitsunfähigkeit. Man sucht in den Krankenhäusern und Kliniken die Heilungschancen wenigstens etwas dadurch zu verbessern, dass man in einem Teil der Fälle die Verkrüppelung vorweg nimmt und die erkrankten Teile operativ entfernt. Man kann so die Sterblichkeit etwas herabdrücken und häufig eine relative Arbeitsfähigkeit erzielen. Doch ist die operative Behandlung für die allermeisten Fälle immer nur als ein Notbehelf anzusehen. Ich bitte das nicht so zu verstehen, als ob ich gegen die Resection tuberculöser Gelenke auftreten wollte; ich habe auf dem vorigen livländischen Aerztetage selbst Gelegenheit gehabt, für ein activeres Vorgehen einzutreten. Das gilt aber nur für solche Patienten, die nicht die Möglichkeit haben, ihre Cur an der See oder sonst unter günstigen hygienischen Bedingungen in sorgfältiger Weise durchzuführen, und das sind bei uns fast alle. König, der über eine enorme Erfahrung in diesen Dingen verfügt, hat etwa die Hälfte seiner Coxitiker reseciert und damit wohl recht getan; in den Sanatorien dagegen ist die Hüftresection zu einer grossen Seltenheit geworden, denn man hat sie da glücklicherweise nicht nötig.

Die Methode der Wahl besteht für die Knochen- und Gelenktuberculose in hygienisch-diätetischer Behandlung in Verbindung mit sorgfältig durchgeführten orthopädischen Massnahmen. Für beides hat man in unseren öffentlichen Krankenhäusern nicht nur keinen Platz, sondern auch keine Zeit. An einer chirurgischen Abteilung ist der Operationsbetrieb die Hauptsache, der sich alles andere unterordnen muss, und Orthopädie und hygienisch-diätetische Behandlung bleiben da immer Stiefkinder, mit denen man sich abgibt, wenn man Zeit übrig hat. Aber wieviel hat man übrig?

Gesetzt nun, es wäre genügend Platz und Zeit vorhanden. Wäre dem Tuberculösen dadurch viel gedient? Ich glaube nicht, denn zu längerem Aufenthalt ist für ihn ein Krankenhaus und insbesondere ein Kinderkrankenhaus ein sehr ungeeigneter Ort — so ungeeignet, dass die Vorteile einer dauernden sachkundigen Behandlung wett gemacht werden. Das ist mit ein Grund, weshalb die Krankenhäuser sich scheuen, diese Patienten lange zu behalten. Es wird nämlich durch die häufig wechselnden verschiedenartigen Kranken und die vielen Besucher eine Menge von Infectionsstoffen eingeschleppt, nicht nur die schweren Infectionskrankheiten, wie Scharlach, Masern, Keuchhusten, sondern auch alle möglichen Formen von Angina, Eintagsfieber, infectiösen Katarrhen u. s. w. Eine Infectionskrankheit ist aber für ein tuberculöses Kind ein sehr böses Ereignis. Die deletäre Wirkung der Masern und des Keuchhustens ist allbekannt, mehr oder weniger gilt dasselbe von allen auf Infection beruhenden Erkrankungen. Die Collegin Hopfenhausen, welche in den ersten Jahren das Windausche Sanatorium leitete, hat durch zahlreiche Wägungen festgestellt, dass jede noch so geringfügige fieberhafte Erkrankung bei tuberculösen Kindern ganz bedeutende Gewichtsverluste verursacht [2]). Ich möchte noch weiter gehen und behaupten, dass nicht nur die manifesten Erkrankungen, sondern auch der beständige, im Einzelnen symptomenlose Kampf mit den Infectionserregern auf die Wehrkraft des noch wenig widerstandsfähigen kindlichen Organismus, der mit seiner Tuberculose vollauf zu tun hat, durch Ueberanstrengung lähmend wirken muss. Der schlimmste Feind des tuberculösen Kindes ist demnach der Schmutz, und zwar ebensowohl der makroskopische, den es zu Hause hat, als der unsichtbare, der sich trotz aller Gegenmassregeln notwendigerweise in Krankenhäusern reichlich findet. Grossstadtwohnung und Krankenhaus sind in diesem Falle gleich unhygienisch.

Solche Kinder gehören an einen Ort, wo sich keine pathogenen Keime finden. Nun ist Bakterienfreiheit gerade — ich möchte sagen — die specifische Eigenschaft der Seeküste. Wind, Licht, Sand und die Nähe des immer reinen Meeres erhalten diese Eigenschaft. Haben wir nun hier in isolierter Lage eine hygienisch eingerichtete und geleitete Anstalt, so kommen wir nicht nur dem Ideal eines im klinischen Sinne sterilen Milicus sehr nahe, sondern wir können auch jede Art specieller Behandlung, sei es diätetische oder orthopädische, in bestmöglichster Weise ausbilden, weil das hier die Hauptaufgabe wäre. Die Kinder könnten bis zur Heilung in der Anstalt bleiben, dabei den ganzen Tag im Freien und in Liegehallen zubringen, in passender Weise beschäftigt werden u. s. w. In den meisten derartigen Heilstätten wird auch Unterricht erteilt. Zu alledem kommt noch das schöne gleichmässige Seeklima und die Seebäder. (Demonstration von Photogrammen und Berichten verschiedener Anstalten).

Es ist verständlich, dass man unter diesen günstigen Umständen so glänzende Erfolge erzielt hat, wie sie früher nicht geahnt wurden: 80% und mehr werden geheilt und sind fürs spätere Leben arbeitsfähig. Dementsprechend ist auch überall der Zudrang von Patienten so gross, dass nur ein Teil Aufnahme finden kann.

Vom social-öconomischen Standpunkt aus liegt der Schwerpunkt der Frage weniger auf der Zahl der erzielten Heilungen als auf der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit. Die neuliche grosse Krüppelstatistik hat in Deutschland das Vorhandensein von etwa 11¼ Tausend tuberculöser Krüppel in jugendlichem Alter festgestellt. Es liegt auf der Hand, dass eine erfolgreiche Behandlung der Knochentuberculose die Zahl der Krüppel bedeutend vermindern und nicht unbeträchtliche wirtschaftliche Ersparnisse bedingen kann.

Ich hoffe, es wird mir jeder zugeben, dass eine ähnliche Anstalt am Rigaschen Strande in hohem Grade erwünscht wäre. Es fragt sich nur, ob und wie die nötigen Mittel zu beschaffen wären. Die vornehmlich in Betracht kommenden Quellen wären 1) die Communalverwaltungen, namentlich die Rigasche Stadtverwaltung, 2) ein eventuell zu gründender specieller Verein, der

---

[1]) Meine Ausführungen beschränken sich auf Patienten aus den ärmeren Klassen.

[2]) О. И. Гопфенгаузенъ. Очеркъ дѣятельности Виндавской Приморской Санаторіи, СПБ. 1904. pag. 37.

durch Mitgliedsbeiträge, Sammlungen, Veranstaltungen etc. die private Wohltätigkeit in Anspruch nehmen könnte. 3) Stiftungen.

Die nötige Summe kann ich wegen unzureichender wirtschaftlicher und technischer Kenntnisse nicht berechnen; ich kann Ihnen aber die Daten über einige solcher Heilstätten vorlegen. Sie werden daraus ersehen, dass sie im Bau und Betrieb erheblich billiger sind als das Armitsteadsche Kinderhospital in Riga.

Anstalt	eröffnet	Baumaterial	Betten	Baukosten pro Bett	Berichtsjahr	Durchschn. Belegung	Selbstkosten pro Pflegetag
				R. K.			R. K.
1. Armitsteadsches Kinderhospital Riga	1899	Stein und Holz	116	2690	1909	145½	2,01
2. Hamburgisches Seehospital Nordheim-Stiftung bei Cuxhaven . . .	1906	Stein	100	2500	1909	75	1,75
3. Cecilienheim in Hohenlychen bei Berlin	—	Stein	100	1388	1907	—	0,92½
4. Sanatorium Windau	1900	Holz	70	1000	1908	43½	1,21
5. Sanatorium Sestrorezk . . .	1906	Holz	54	966	1909 Voranschlag	55	1,64

Zu dieser Tabelle ist Folgendes zu bemerken:

Ad. 2. Das Hamburgische Seehospital ist zwar für 80 Betten erbaut, es werden aber in völlig zwangloser Weise 100 Kinder placiert, so dass bei der bevorstehenden Erweiterung auf 120 Betten für die alten Räumlichkeiten die Zahl 100 als Norm gedacht ist. Das Armitsteadsche Kinderhospital dagegen kann seine normale Bettenzahl nur durch Ueberfüllung der Krankenzimmer und Belegung von Nebenräumen mit Betten vergrössern. Das Seehospital ist viel teuerer als die folgenden Anstalten, weil sehr reiche Mittel zur Verfügung standen und infolge dessen in keiner Weise gespart wurde.

Ad. 3. Ueber das Cecilienheim liegen detaillierte Berichte nicht vor; die Baukosten sind nach persönlicher Mitteilung des leitenden Arztes notiert. Die auffallend niedrigen Zahlen erklären sich wohl z. T. durch den vorhandenen Anschluss an eine Anstalt für lungenkranke Kinder und eine ländliche Colonie. Der gesamte Betrieb in Hohenlychen umfasst 300 Betten, die Selbstkosten betragen insgesamt 2 Mk. 50 Pf. pro Pflegetag; das Cecilienheim ist im Betrieb die billigste Heilanstalt (2 Mk).

Ad. 4 und 5. Die Baukosten dieser beiden Heilstätten konnten nur approximativ berechnet werden, weil in den ersten Jahren Erweiterungen und Umbauten vorgenommen wurden und in den Berichten die Anlage- und die Betriebskosten nicht klar genug auseinandergehalten sind. Das langsame Bauen hat natürlich Mehrkosten verursacht, so dass die Zahlen etwas niedriger zu denken sind. Die niedrige Belegungszahl in Windau erklärt sich durch Räumung eines durch das Meer bedrohten Pavillons. Für Sestrorezk ist eine Schenkung von 2950 Stämmen Wald zum Bau nicht in Anrechnung gebracht.

Ich möchte besonders auf die Windausche Anstalt aufmerksam machen, die über vorzügliche grosse, helle und saubere Räumlichkeiten verfügt und mir sehr zweckentsprechend gebaut zu sein scheint, mit Aufwendung relativ geringer Mittel.

Da das Armitsteadsche Kinderhospital bei uns die einzige Anstalt ist, in der tuberculöse Kinder in grösserer Anzahl Aufnahme finden, so hoffe ich, dass die Rigasche Stadtverwaltung eine Entlastung dieses Krankenhauses durch einen billigeren und für diesen Zweck besser geeigneten Betrieb tatkräftig unterstützen wird, zumal die Frage eine grosse socialwirtschaftliche Bedeutung hat.

An Sie, meine Herren, möchte ich die Bitte richten, die Mobilmachung der privaten Hilfsquellen durch Propagandierung des Gedankens in nichtärztlichen Kreisen vorzubereiten. Wir sind ja in der Krankenversorgung in ausgedehntem Masse auf private Wohltätigkeit angewiesen und können sie auch in diesem Fall nicht entbehren. Ich werde suchen, mich immer über den Stand der Angelegenheit unterrichtet zu halten, und bin zu jeder Zeit zu Auskünften über den Fortgang der Sache gern bereit.

Referate.

Geo A. Pirie. Diseases of bones and joints as shown by the X-rays. Edingburgh Med. Journ. Mai, 1910.

Ein Ueberblick über 300 Radiogramme, angefertigt wegen Knochen- und Gelenkerkrankungen. In der kurzen Abhandlung mit ausgezeichneten Röntgenbildern wird das Material wie folgt klassificiert: I. Krankheiten der Knochen, bei welchen der Schatten der letzteren vergrössert oder verdichtet ist (Periostitis, Osteitis, Osteoma, Osteosarcoma, Osteomyelitis). II. Krankheiten der Knochen mit Schatten, die weniger gross oder weniger dicht sind. (Caries, Knochencysten, Atrophie). III. Gelenkkrankheiten, bei welchen die Schatten der Knochen unverändert sind (Acute Synovitis). IV. Gelenkkrankheiten, bei welchen die Schatten der Knochen weniger oder mehr dicht sind (Osteoarthritis, cariöse Synovitis). Verf. schliesst mit der Behauptung, dass es nur wenige Erkrankungen der Knochen und Gelenke gibt, bei denen die X-strahlen nicht für Diagnose, Prognose und Behandlung von grösster Wichtigkeit wären.

Schaack.

Kuchendorf. Drei Fälle von Längsbrüchen der Kniescheibe mittelst schräger Durchleuchtung festgestellt. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Band 15.

Durch schräge Durchleuchtung gelang es dem Verf., 3 Fälle von Längsbrüchen der Patella zu diagnosticieren, wobei er annimmt, ohne die oben beschriebene Untersuchungsmethode nicht zum Ziele kommen zu können.

Hesse.

R. Kramer. Ueber das Vorkommen von Anginen bei der Anwendung von Tuberculinpräparaten. Wien. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 40.

Während der letzten 7 Jahre wurden in der Universitäts-Augenklinik in Wien etwa 70 Fälle mit Tuberculin specifisch behandelt. Es fiel auf, dass bei den Kranken sich Fieber einstellte und dieselben zugleich über Halsschmerzen klagten. Zuerst wurden diese Erscheinungen als intercurrente Angina angesehen, bis es sich herausstellte, dass dieselben doch wohl als specifische aufzufassen seien. Allerdings steht diese Beobachtung einzeln da, da auch in der internen Krankenabteilung nichts Derartiges beobachtet worden war und auch in der Literatur keine Hinweise zu finden sind.

Unter diesen 70 Fällen ist 16 mal, d. i. bei 22,8 pCt. das Auftreten von Anginen notiert, und zwar traten sie zu verschiedenen Zeiten auf, so dass eine Infection der Kranken unter einander auszuschliessen war. Die Angina ist daher als specifische, als Localreaction anzusehen.

Es ist erwiesen, dass die Tonsillen die Eingangspforte für Tuberculose sein können. Es ist daher das Auftreten einer Localreaction zu verstehen. Allerdings war in 2 Fällen, in welchen die Tonsillen exstirpiert wurden, das Resultat ein negatives, doch ist das natürlich ohne Bedeutung, da die Zahl eine zu kleine ist, um aus ihr endgültige Schlüsse zu ziehen. Es lag kein Grund vor, in den anderen Fällen die Mandeln zu exstirpieren, da sie klein waren und keinen Verdacht erweckten.

Weitere Beobachtungen werden noch Licht in diese Frage bringen, bis dahin muss man die Erscheinung wohl als Localreaction ansehen.

Fr. Mühlen.

Bücherbesprechungen.

H. Lenhartz. Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Sechste, wesentlich umgearbeitete Auflage. Mit 92 Textfiguren, 4 Tafeln in Farbendruck und dem Bilde des Verfassers. Berlin. 1910. Verlag von Julius Springer.

Am 21. April 1910 ist Lenhartz aus dem Leben geschieden. Dem Vorwort zu dieser Auflage seines wohl einem jeden praktischen Arzte als vorzüglicher Ratgeber bekannten Werkes galten die letzten schriftlichen Aufzeichnungen des Verfassers. Neben der eingehendsten Würdigung fremder Arbeiten gibt Lenhartz eine Fülle von Material aus dem reichen Schatz seiner eigenen Erfahrung. Dank der Flüssigkeit des Stils und der überall fesselnden, interessanten Behandlung des Stoffes eignet sich dieses Buch — mehr als vielleicht viele seiner Art — nicht nur gut zum Nachschlagewerk, sondern gerade auch zum systematischen Studium eines jeden einzelnen Capitels.

E. Koch.

Alexis Wosskressensky. Stovain in experimenteller und klinischer Hinsicht (russisch). Inauguraldissertation. Odessa 1909. 218 Seiten.

Der Autor, welcher seine experimentellen Untersuchungen im pharmakologischen Institut und die klinischen Beobachtungen am Evangelischen Hospital in Odessa (Chefarzt Dr. Augst) ausgeführt hat, kommt am Schluss seiner fleissigen Arbeit zu folgenden Schlüssen: Das Stovain ist in den gewöhnlichen Dosen ungiftig und entbehrt der Nebenwirkungen. Es anästhesiert sicher und schnell, — selbst in entzündeten Geweben; die Anästhesie ist langdauernd. Es finden keine Nachblutungen und Hyperästhesien statt. Das Stovain ist stets auch ohne Abkochung steril, da es über baktericide Fähigkeiten verfügt. Die Lösung bleibt andauernd constant und wirksam. Das Cocain ist durch das Stovain vollständig ersetzbar. In der Landpraxis ist das Stovain dem Cocain vorzuziehn.

Hesse.

J. Hahn. Therapeutisches Lexikon. Leipzig 1910. Verlag von W. Engelmann. 818 Seiten. Pr. gebd. M. 12.

Das Buch enthält 3 Abschnitte. Der erste von 589 Seiten umfasst das therapeutische Lexikon, der 2. enthält ein Verzeichnis von Curorten, Sanatorien, Specialheilanstalten und Sommerfrischen, der 3. ein Verzeichnis von Medicamenten, Mineralwässern und Nährmitteln, alles alphabetisch geordnet. Das verdienstvolle Werk will dem praktischen Arzt auf allen Gebieten der Medicin eine schnelle Orientierung ermöglichen. Der Autor hat das Beste und Neueste auf allen Gebieten ausgesucht, Verordnungen und Behandlungsmethoden, welche die bekanntesten modernen Autoren in ihren Werken und in Zeitschriften empfehlen und angeben. Für jedes Specialfach sind die Angaben mehrerer bedeutender Autoren verschiedener Schulen herangezogen, und besonders sind die Grenzgebiete und Indicationen berücksichtigt. Das Buch wird den praktischen Aerzten sicher willkommen sein und mit bestem Nutzen verwertet werden können.

W. Schiele.

E. Nitzelnadel. Therapeutisches Jahrbuch. XX. Jahrgang. Leipzig und Wien 1910. B. Deutike.

Das Inhaltsverzeichnis umfasst die Diagnostik, die Therapie und die neueren Arzneimittel, zusammengestellt aus der deutschen medicinischen Journal-Literatur des Jahres 1909 und alphabetisch geordnet. Es ist vom Verfasser eine verständige Auswahl des Wichtigsten und Neuesten getroffen worden, was uns das besagte Jahr gebracht hat. Das kleine Büchlein hat in den 20 Jahren seines Erscheinens sich schon so viele Freunde erworben, dass eine Empfehlung überflüssig ist.

W. Schiele.

Protocolle des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg 1909/10.

VI. Sitzung vom 18. Februar 1910.

Vorsitzender: Netschajew. — Schriftführer: Kosakow und Hesse.

I. A. Sapatsch-Sapatschynsky: Ueber Sistierung von Magenkrisen bei Tabetikern durch Rückenmarksanästhesie. (Erschienen im Russkij Wratsch 1910).

Discussion.

Giese bestätigt die vom Vortragenden erhaltenen guten Resultate. Zur Controlle dieser Methode macht er den Vorschlag, bei einer der nächsten Krisen die alt hergebrachten Methoden anzuwenden, um damit den Vorzug der oben erwähnten besonders zu unterscheiden.

A. Sapatsch-Sapatschynsky meint, der Vorzug dieser Methode sei schon auf solchem Wege bewiesen worden.

II. M. Kosterkin demonstriert eine Kranke, welcher er einen colossalen Stein des linken Ureters zusammen mit der Niere entfernt hat. «Im verflossenen Sommer operierte ich eine an Pyonephrose leidende Patientin. Die Pyonephrose hatte sich infolge von Verschluss des linken Ureters durch einen Stein von bedeutender Grösse entwickelt. Steine dieser Art bilden keine grosse Seltenheit (nach Küster ungefähr 18 pCt.), und wenn ich so frei bin, heute diesen Fall zu demonstrieren, so geschieht es nur der ausserordentlichen Grösse der Concremente wegen. Die 33 Jahre alte Patientin trat am 27. Juni 1909 in die innere Abteilung des Obuchowhospitals für Frauen mit Klagen über Schmerzen in der linken Bauchgegend und im Kreuz ein. Diese Schmerzen datieren seit zwei Monaten und wurden allmählich heftiger. Absonderung von Sand, kleinen Steinchen oder Blut im Urin hat sie niemals bemerkt. Patientin ist stark abgemagert, anämisch. In der Gegend der linken Niere fühlt man deutlich eine doppelt faustgrosse, pralle, höckerige, längliche Geschwulst, beim Druck schmerzhaft, wenig zur Seite beweglich, wenn man dagegen von hinten drückt, so ist sie nach vorn hin beweglicher, dabei hat man ein Fluctuationsgefühl. Vom unteren Rand dieser Geschwulst zieht nach unten und innen ein 2—3 Finger breiter harter Strang, welcher der hinteren Bauchwand fest anliegt, unbeweglich ist und die Richtung zum kleinen Becken nimmt, wo er auch endet. Der linke Oberschenkel ist gebeugt, beim Versuch ihn zu strecken, klagt Patientin über Schmerzen in der Inguinalgegend und unten im Bauche. In der linken Lungenspitze eine leichte Dämpfung. Anfangs war die Temperatur erhöht, stieg abends bis über 38,0 dann wurde sie allmählich normal. Puls 70—72 in der Minute. Die Schmerzen in der Geschwulstgegend hielten fast beständig an, immer stärker werdend. Das etwas frequente Urinieren (5—6 mal am Tage, 2—3 mal nachts) ist fast schmerzlos. Es gibt täglich von 1200—1600 ccm. Urin mit einem specifischen Gewicht von 1005—1007; der Urin reagiert sauer, hat ein weisslichgraues, flockenartiges Sediment. Die mikroskopische Untersuchung des Sediments ergab viel Eiter und Crystalle von phosphorsaurem Calcium, kein Blut, keine Tuberkelbacillen trotz dreimaliger Untersuchung. Das Cystoskop zeigt starke Cystitiserscheinungen. Das Trigonum ist stark hyperämisch, in der Gegend der Oeffnung des linken Ureters befinden sich mässig grosse Ulcerationen und kleine Hämorrhagien. Der Wulst des linken Ureters tritt als dicke Falte auf, wobei seine Oeffnung nicht sichtbar ist, aber an ihrer Stelle befindet sich ein grosses Ulcus mit unregelmässigen Rändern und schwarzem Fundus. Die Oeffnung des rechten Ureters ist unverändert. In den rechten Ureter wurde ein Ureterkatheter eingeführt, in die Blase ein Nelaton. Während der Beobachtungszeit (30 Min.) wurde aus der rechten Niere gegen 60 ccm. klaren eiweissfreien Urins gesammelt, aus der linken Niere (durch den Nelaton) gab es nur einige Tropfen trüben Urins. Bei der Indigokarminprobe erschien die Färbung rechts nach 10 Minuten, links gar nicht. —Auf Grund der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Pyonephrosis calculosa wurde am 16. Juni unter Chloroformnarkose die Nephrectomie gemacht. Der schräge lumbale Längsschnitt wurde von der 11. Rippe bis zum oberen Drittel des lig. Poupartii gezogen; um den Zugang zur Niere zu erleichtern, wurde auch die 12. Rippe reseciert. Die Niere erwies sich zum grössten Teil als ein dünnwandiger, mit flüssigem Eiter angefüllter Sack, stellenweise stark mit dem Peritoneum verwachsen; beim Abtrennen desselben wurde es recht bedeutend eingerissen. Nach Ablösung des unteren Teiles der Niere wurden die Gefässe unterbunden und die Niere blieb am Ureter hängen, welcher 2—3 Finger dick war. Man fühlte in ihm einen Stein. Um den Ureter mit dem in ihm liegenden Stein zu befreien, musste der Schnitt nach

vorne längs dem lig. Paupartii bis zum Musc. rectus verlängert werden. Danach gelang es leicht, den Ureter fast an seiner Einmündungsstelle in die Blase zu unterbinden und zu durchtrennen. Die Wunde wurde zum Teil vernäht und die Höhle tamponiert. Die Kranke überstand die Operation verhältnismässig gut; leider trat Eiterung ein, die Nähte mussten abgenommen und die Behandlung mittelst Tamponade beendet werden. Die Patientin verliess das Hospital nach 2½ Monaten mit fast verheilter Wunde, bei gutem Allgemeinzustande, mit normalem Urin und einer Gewichtszunahme von 6,5 Kilo.

Die entfernte Niere. 2 Faust gross, bestand aus Bindegewebehöhlen von verschiedener Grösse, mit flüssigem Eiter angefüllt; das Nierenparenchym war fast ganz vernichtet. Der Ureter 2—3 Finger dick war in seinem ganzen Verlauf von einem Stein ausgefüllt, der mit einem Ende im Nierenbecken, mit dem anderen in die Blase hineinragte. Die Länge des Steines ist 16,5 cm., sein Gewicht 68,0; er besteht hauptsächlich aus Phosphaten. Dem Gewicht nach ist dieser Stein der schwerste von allen bisher beschriebenen, seine Länge wird durch den Fall von Prof. Fedorow (Zeitschrift für Urologie 1909) übertroffen, wo der Stein 19 cm. lang war, bei einem Gewicht von 52,0.

Augenblicklich, ein halbes Jahr nach der Operation, fühlt sich die Patientin sehr gut, bei ihr hat sich, wie es auch zu erwarten war, an der Operationsstelle eine Eventration gebildet, die unbedingt eine zweite Operation erfordert. Da Patientin sich aber im dritten Monat der Schwangerschaft befindet, so wird diese Operation erst nach der Geburt gemacht werden können.

Discussion:

Prof. Zeidler weist ebenfalls auf die Grösse des Steines und sein grosses Gewicht hin.

III. Prof. Zeidler demonstriert zwei Patienten, die infolge traumatischer Aneurysmen der Oberschenkelgefässe mit Erfolg operiert wurden. (Erschienen in Weljaminow's Chirurgischem Archiv. Bd. 26. Heft 5).

Discussion.

W. Lange: der zweite Fall ist dadurch interessant, dass er zum Typus der arterio-venösen Aneurysmen gehört. Man hörte beständig das venöse Schwirren und auch das arterielle Geräusch. Beim Druck auf die Arterie war das venöse Schwirren nicht zu hören.

A. Netschajew unterstreicht die deutliche postoperative Pulsation der Art. dorsalis pedis in beiden operierten Fällen.

IV. W. Schaack demonstriert drei Aneurysmapräparate, die von Dr. Dombrowski exstirpiert waren. Die Aneurysmen hatten sich nach Schussverletzungen gebildet.

I. Präparat. Aneurysma Art. axillaris bildete sich bei einem 55-jährigen Obristen, der am 21. August 1904 am linken Oberarm eine perforierende Schusswunde erhalten hatte. Die Operation fand am 6 Februar 1905 statt. Postoperativer Verlauf normal. Heilung. Die beim Kranken vor der Operation gewesene Parese infolge Druck auf den Plexus brachialis ging nach der Operation bedeutend zurück. Der Aneurysmasack hatte die Grösse einer Wallnuss.

II. Präparat. Aneurysma arterio-venosum Art. et V. femoral. sinistr. bei einem 30-jährigen Leutenant nach perforierender Schusswunde des linken Oberschenkels am 4./I. 1905. Operation am 13./IV. 1905. Postoperativer Verlauf gut. Heilung. Am Präparate ist die Anastomose der Art. mit der V. deutlich zu sehen.

III. Präparat. Aneurysma arterio-venosum Art. carotis ext. et V. jugularis int. entwickelte sich bei einem 35-jährigen Soldaten. Operation am 6. März 1906. Die Wunde verheilte ohne Complicationen. Am Präparate sieht man eine starke sackförmige Erweiterung der Vena jug. und eine grosse communicierende Oeffnung zwischen Arterien- und Venenwand. (Erschienen in Weljaminows Chirurgischem Archiv. Bd. 26. Heft 5).

V. I. Iversen: Vorläufige Mitteilung über die Chemotherapie des Typhus recurrens mittelst Arsenobenzol. (Erschienen im Russkij Wratsch 1910, Nr. 10 und in der Münchener Medicinischen Wochenschrift 1910, Nr. 5).

Discussion.

Stühlern fragt, ob nur der Schmerzlosigkeit wegen die intramusculären Injectionen angewandt wurden.

Iversen bejaht diese Frage.

N. Iwanow macht den Vorschlag, die Arsensalze in grösserem Wasserquantum zu lösen. Der Fall mit letalem Ausgang hat keinen Zusammenhang mit der Heilmethode.

A. Netschajew: allen sind die Todesfälle nach Chinin mit therapeutischen Dosen bekannt. Dieser traurige Fall ist auf Idiosynkrasie zurückzuführen. Er bewillkommnet die neue Heilmethode, da sie den Anschein hat, radical zu sein, und nur in 7 pCt. einen zweiten Paroxysmus gibt.

VI. W. Lawrow: demonstriert einen wegen Herzverletzung operierten und geheilten Patienten. (Erschienen im Russkij Wratsch 1910, Nr. 46, Festschrift für A. Netschajew).

Discussion.

Prof. Zeidler: Im Obuchowhospital für Männer und für Frauen gab es 22 Fälle von Herzverletzungen, in einem grossen Teil dieser Fälle wurde die Herzverletzung erst auf dem Operationstische bei Erweiterung der Wunde gefunden. Deshalb hält er die primäre Erweiterung der Wunden des Thorax für einen absolut indicierten Act.

I. Grekow stimmt mit Prof. Zeidler nicht überein. Er erweitert nur die Wunden in der Herzgegend und auf der vorderen Thoraxwand bei strenger Individualisierung eines jeden Falles. Bei der Erweiterung der Wunde gibt es oft Vereiterungen, ungenügende Narben, einen langsamen Krankheitsverlauf. Kleine Lungenwunden verheilen gut, wenn man sie sich selbst überlässt.

Prof. Zeidler weist auf die Verletzungen der Seitenwand des Thorax hin, bei welchen die Wunden durch Pleura und Diaphragma in die Leber, den Magen, die Milz dringen können, ohne schwere Symptome zu erzeugen. In den ersten Stunden nach der Verwundung gibt es noch keine sicheren Symptome für die Diagnose, und wenn aus Furcht vor Eiterung die Wunde nicht erweitert wird, so können wir mit unserem operativen Eingriff zu spät kommen. Die Vereiterung hängt nicht von der Erweiterung der Wunde ab. Eine parallele Erfahrung in der traumatischen Bauchchirurgie habend, vertreten wir den Standpunkt, dass alle Thoraxwunden primär erweitert werden müssen. Nur unter solchen Umständen wird es keine Fehlgriffe geben.

Goldberg erwähnt Hämothoraxfälle mit Nägeln und Messerüberresten in der Pleurahöhle; ohne primäre Erweiterung wären diese Befunde nicht constatiert worden.

I. Grekow stimmt mit Zeidler darin nicht überein, dass ein gewisser Parallelismus zwischen Bauch- und Brusthöhle anzunehmen ist.

A. Netschajew: die schwierige Technik der Herznaht ist jetzt Allgemeingut der erfahrenen Chirurgen. Er fordert auf, die Herztätigkeit der Patienten zu controllieren, um somit das Endresultat der Operation richtig abschätzen zu können.

VII. A. Eckert demonstriert ein Präparat — Defectus congenitus septi atriorum.

Dieses Präparat entstammt einer 19-jährigen Patientin, die am 7. Februar a. c. gestorben ist. Sie wurde im Laufe des Jahres 1909 3 mal ins Obuchowhospital für Frauen aufgenommen. Das erste Mal für kurze Zeit mit der Diagnose — Stenosis ost. venosi; das zweite Mal lautete die Diagnose — Insufficientia mitralis. Das letzte Mal am 3. XII. 1909 erschien sie mit hohem, remittierendem Fieber, mit deutlich ausgesprochenen Symptomen einer chronischen und acuten Endocarditis jodoch ohne Oedem und Cyanose. Herzdämpfung links bis zur Axillarlinie, rechts 1½ Finger breit über den rechten Rand des Sternum, oben — untere Grenze der zweiten Rippe. Systolisches Geräusch, am lautesten beim Apex. Schüttelfröste, häufige Schweisse, stark fortschreitende Anämie, Infarcte in den Lungen und der Milz, zuletzt noch Nephritis und urämische Erscheinungen beschleunigten den Tod, der am 7. Februar 1910 erfolgte. Die Section bestätigte alles früher constatierte und ergab ausserdem noch einen Defect des Septum der Vorhöfe. Der Defect war grösser als ein Drittel des Septums, ohne Narben, was für seinen congenitalen Ursprung spricht. Die Oeffnung, die sich im unteren Teile des Septums befand, ging mit ihrem Rande auf den atrioventriculären Ring über und veränderte dadurch die normale Lage desselben. Die anatomische Diagnose lautete: Dilatatio gradus magni cordis et hypertrophia ventriculi dextri cordis. Defectus congenitus septi atriorum. Endocarditis chronica et acuta verrucosa v. mitralis cum insufficientia.

Ein nicht geschlossenes Foramen ovale findet man als zufälligen Sectionsbefund recht häufig, ein Defect des Septums dagegen ist sehr selten; tritt er als Entwickelungsfehler auf, so ist er ausserdem noch mit anderen Anomalien des Herzens und der Gefässe combiniert. Rokitansky weist auf den Zusammenhang der Defecte mit den Verengungen der Aorta und Erweiterungen der Art. pulmonalis hin. Da bedeutende Druckdifferenz in den beiden Vorhöfen fehlt, so kann ein Defect des Septums ohne Geräusch und Cyanose verlaufen, und überhaupt ist die Diagnose bei Lebzeiten recht schwierig. Es ist höchst interessant, dass sogar ein vollständiges Fehlen des Septums klinisch ohne besondere Symptome verlaufen kann — man hat Defecte bei Greisen gefunden, die sonst ganz gesund schienen. Bei diesem Entwickelungsfehler treten oft Embolien der Art. cerebri infolge Thrombosen der unteren Extremitäten auf. In unserem Falle gab es zugleich Embolien der Lungen und der Milz. Beim Communicieren der Vorhöfe und bei gleichzeitiger Insufficienz der V. mitralis wird der positive Venenpuls an den Halsvenen

erwähnt. In unserem Falle wurde dies Symptom nicht beobachtet.

VIII. A. Sokolow demonstriert: 1) ein Herzpräparat eines 19-jährigen Mädchens mit einem congenitalen vitium cordis. Es bestand in einer 3,7×3,5 cm. grossen Oeffnung des Septums der Vorhöfe. Das Herz war in allen seinen Durchmessern stark vergrössert. Die Anomalie war noch von einer Mitralinsufficienz, welche infolge chronischer Entzündung entstanden war, begleitet. Zur chronischen Entzündung gesellte sich noch eine acute warzenartige hinzu. Die Peripherie der Aorta über den Klappen war 4,3 cm., die der Art. pulmonalis dagegen 6,4 cm. Ausserdem ist dieser Fall noch durch seine sich kreuzenden Embolien beobachtenswert und als Folge dessen durch den veralteten Infarct der linken Lunge.

2) Ein Aortenaneurysmapräparat eines 18-jährigen Jünglings. In der makroskopisch normalen Wand der Aorta ascendens befindet sich eine dreieckige Oeffnung mit ungleichen Rändern, die in einen Aneurysmasack von Wallnussgrösse führt. Die Wandung des Aneurysma ist sehr fest und mit Schichten bildenden Thromben bedeckt.

Referent: L. Oeser.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 5. October 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär: Fuhrmann.

Hesse: Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Typhus und Appendicitis.

Schaack: seinerzeit wurde im Börsenhospital ein Fall von Dombrowsky operiert, der seinem Verlauf nach zu der 2. von Hesse angeführten Gruppe gehört, die Fälle scheinen also nicht gar so selten vorzukommen.

Heuking: das angeregte Thema ist sehr interessant. Es wird oft die Schwierigkeit der Frühdiagnose der Appendicitis angeführt, womit auch Schwierigkeiten für die Frühoperation entstehen. Die Verwechselungen mit Typhus aber scheinen doch wohl recht selten zu sein. Wenn Heuking an die von ihm ausgeführten Appendicitisoperationen zurückdenkt, so fällt ihm kein Fall ein, wo Zweifel wegen eines bestehenden Typhus bestanden hätten. Bei Consultationen in Appendicitisfällen zwecks Operation sind in einzelnen Fällen Schwierigkeiten aufgetreten, sie liessen sich aber alle umgehen. Freilich, in 3 Fällen, in denen es sich um Perforation von typhösen Geschwüren bei ungewöhnlich verlaufenem Typhus handelte, da hat sich H. zur Fehldiagnose einer perforativen Appendicitis verleiten lassen. In einem Falle handelte es sich um einen Jungen von 14 Jahren, der längere Zeit hindurch unwohl gewesen war, aber auf den Beinen, und plötzlich in der Nacht unter Erbrechen und heftigen Schmerzen erkrankte. Es wurde Appendicitis vermutet—man schritt zur Operation, fand aber nicht eine perforative Appendicitis, sondern ein perforiertes Typhusulcus. Noch in zwei anderen Fällen, die ziemlich ähnlich lagen, wo es sich um perforierte Typhusulcera des Ileum in der Nähe des Coecum handelte, war dieselbe Fehldiagnose gemacht worden; die ausgeführte Operation aber war dennoch gerechtfertigt, denn es handelte sich eben um eine Perforationsperitonitis.

Hesse: Eine Verwechselung von Appendicitis mit beginnendem Typhus scheint allerdings selten vorzukommen, doch finden sich solche Fälle in der Literatur verzeichnet, allerdings muss in Betracht gezogen werden, dass wohl häufig davon Abstand genommen wird, derartige Missgriffe zu publicieren.

Sitzung am 19. October 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär: Fuhrmann.

1. Fuhrmann: Zur Casuistik der Hydronephrose im Säuglingsalter.

2. Prof. v. Petersen berichtet über seine Eindrücke von der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte (Section für Dermatologie und Syphilis) in Königsberg.

Sitzung am 2. November 1910.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär: Fuhrmann.

Weber: Ueber Urachuscysten.

Protocolle des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1383. Sitzung am 10. Mai 1910.

Dobbert hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Rupturen in alten Kaiserschnittsnarben und ihre Bedeutung bei Indicationsstellung zur Sectio cesarea.

Nach einleitenden Bemerkungen über die Veränderungen, welche in Kaiserschnittsnarben bei nachfolgenden Schwangerschaften stattfinden können macht Vortr. auf die sich häufenden Mitteilungen über Rupturen in alten Kaiserschnittsnarben aufmerksam und referiert über 2 Fälle von spontaner Ruptur der Narbe nach Fundalschnitt. Zur Illustration der Gefahren, welche einer Schwangeren durch eine Uterusruptur erwachsen können, führt Vortr., neben neueren statistischen Angaben, die Resultate an, welche im Alexandra-Stift mit den verschiedenen Behandlungsmethoden dieser Zustände erzielt worden sind, und kommt in Anbetracht der traurigen geburtshilflichen Verhältnisse, welche bei uns auf dem flachen Lande und in kleinen Städten herschen, zu folgenden Schlüssen: Wir sind bei uns noch nicht berechtigt, die Indicationen zum Kaiserschnitt wesentlich zu erweitern. Die guten primären Resultate dürfen uns nicht genügen, um die Indicationen auch zu Gunsten solcher Fälle auszudehnen, in welchen das Leben des Kindes den ausschlaggebenden Factor bildet. Bei Ausführung eines Kaiserschnittes müsste stets die künstliche Sterilisierung der Frau in Frage gezogen werden, weil es im Interesse der Rasse liegt, minderwertige Elemente aus dem Fortpflanzungsvorgange auszuschalten.

(Autoreferat).

Discussion.

Wiedemann schliesst sich den Ausführungen des Vortragenden vollkommen an.

Lingen schliesst sich ebenfalls an. Die Indicationen werden vielfach weiter gestellt, seitdem neue Schnittmethoden aufgekommen sind. Wo der Schnitt tief gelegt wird, ist die Gefahr der Ruptur noch grösser wegen der grossen Dehnung des Gewebes; eine Narbe wird hier besonders dünner und nachgiebieger sein. Der jetzt vorhandene Enthusiasmus für den cervicalen Kaiserschnitt wird sich legen. Das Nahtmaterial betreffend würde er nicht mit Catgut nähen, sondern mit Seide, welche trotz der Gefahr immer festere Narben gibt. Hinsichtlich der Prognose ist jede Frau, welche einmal einem Kaiserschnitt unterworfen worden ist, mit ihrer Einwilligung vor weiterer Schwangerschaft durch Sterilisation zu bewahren. Im Vergleich zu gesundem Gewebe finden sich in der Umgebung der Narbe mehr Bindegewebe und elastische Fasern und weniger Muskelelemente.

Wiedemann: Gegen die Anwendung der Seidennaht hege er Bedenken. Mit Catgut habe er sehr gute Erfahrungen gemacht, es gebe Catgutsorten, welche lange liegen bleiben.

Dobbert: Was die Statistik betrifft, so werden nur die primären Resultate in Betracht gezogen, während die Rupturen in alten Narben gar nicht beachtet werden. Die Zunahme der Rupturen ist auffällig, weil mehr Kaiserschnitte gemacht werden. — Einige Autoren haben an der Rupturstelle Veränderungen nachgewiesen, bestehend in Schwund der Muskelzellen und Ersatz durch Bindegewebe. Andere Autoren haben dies nicht gefunden, so dass augenblicklich kein irgendwie zuverlässiger Befund vorhanden ist, welcher das Zustandekommen der Ruptur erklären könnte. — Was das Nahtmaterial angeht, so ist die Art desselben nicht besonders wichtig. Die Ruptur erfolgt nicht an der Nahtstelle, sondern in der Narbe. Die Heilung der Schnittwunde ist nach Seide wie Catgut gleich, bei beiden ist die Narbe gleich stark oder schwach. Catgut ist besser als Seide oder Draht, weil letztere Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand geben und diese wiederum die Bildung einer dicken festen Narbe verhindern. Von Bedeutung ist aber die Art der Anlegung der Naht; bei der classischen Naht nach Sänger soll die letzte eine seroseröse sein, wobei man Inseln im Peritoneum nachgewiesen hat, so dass diese Nahtmethode von manchen Autoren ganz verworfen wird.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

1384. Sitzung am 27. September 1910.

I. Vor der Tagesordnung demonstriert Kernig das Präparat einer ausgedehnten Hirnsinusthrombose.

Die zugehörige Krankengeschichte ist in Kürze folgende: Am 10. Sept. 1910 trat ein 15-jähriges Mädchen ins Obuchowhospital für Frauen mit schweren Lungenerscheinungen ein. Die Diagnose bei der Aufnahme lautete auf Pneumonia chronica

tuberculosa. Am 17. Sept. wurde notiert: Uebelkeit, Erbrechen, eingezogener Unterleib. Am 18. Sept. kamen Kopfschmerzen hinzu, das Erbrechen wiederholte sich mehrmals, Puls langsam. Am 20.—21. Sept. Somnolenz, etwas Nackenstarre, nur Andeutung von Flexionscontractur in den Kniegelenken, welche in den folgenden Tagen schwand. Die Diagnose wurde auf Meningealtuberculose gestellt. Tod am 23. Sept. Die Section zeigte: Thrombose des sinus longitudinalis, transversus, der Vena Galeni magna, der Piavenen, besonders auf der rechten Hemisphäre mit flächenhaften Blutungen, die grossen Stammganglien gleichsam infarciert, eine Unmenge kleiner Blutungen aufweisend, die Plexus chorioidei der Ventrikel gleichfalls infarciert. Die anatomische Untersuchung der Ohren erwies diese als völlig gesund. (Das Präparat wird demonstriert). Das klinische Bild einer derart ausgedehnten Thrombose ist dem einer Meningitis ähnlich. Gegen letztere sprach höchstens der rapide Verlauf. Hydrocephalus internus fehlte hier, während er bei Meningitis tuberc. wohl immer vorhanden ist. An den Lungen fand sich typische chronische Tuberculose, am Herzen leichte Endocarditis. Es handelt sich also hier um eine marantische Thrombose, welche nach v. Monakow [1]) nicht durch Herzschwäche eintreten soll, eine Ansicht, der sich Kernig nicht anschliessen möchte. Das Herz war im demonstrierten Fall geradezu atrophisch.

Discussion.

Heuking: Die marantische Thrombose des Hirnsinus ist nicht so selten zu beobachten, wie angegeben wird. Im Oldenburger Kinderhospitale wird sie aus früheren Jahren besonders nach Masern und Keuchhusten berichtet. Französische Autoren berichten häufig über marantische Thrombose. Er selbst hat ausgedehnte entzündliche Thrombosen gesehen, welche sich an blande, nicht entzündliche anschlossen, speciell solche des Sinus longitudinalis, und bei letzterer ein schon früher angegebenes Localsymptom beobachtet, nämlich eine ödematöse Schwellung auf dem Scheitel, aus welcher bei Lebzeiten die Thrombose des sin. long. diagnosticiert wurde. Dieses Oedem ist wohl nur möglich, wenn die Gerinnung und Verstopfung sehr rasch eintritt, wie dies bei der entzündlichen Thrombose der Fall ist.

Lunin: Vor 30 Jahren wurde gelehrt, dass die marantische Thrombose bei Kindern häufig sei. Trotz eifrigen Fahndens hat er bisher nur 2 Fälle gesehen. Als weiteres Localsymptom wird angegeben, dass die äussere Jugularvene auf der thrombosierten Seite angeschwollen sei.

Blessig erkundigt sich über den Befund in dem sinus cavernosus beim demonstrierten Falle. Da von Exopthalmus, Lidoedem keine Rede gewesen, müsse er wohl frei gewesen sein.

Heuking: Eine entzündliche Thrombose des sin. cavernosus gibt immer einen stark ausgesprochenen Exophthalmus. Die Phlebitis geht sehr rasch von der einen Seite auf die andere über, sodass in kürzester Zeit der pathognomonische doppelseitige Exophthalmus eintritt. Jedoch kann eine Orbitalphlegmone ebenso einen Exophthalmus bewirken. Bei der marantischen Thrombose, welche langsam eintritt und dadurch einen Ausgleich des behinderten venösen Abflusses ermöglicht, ist der Exophthalmus nicht durchaus zu erwarten.

Kernig: Auch v. Monakow erwähnt die Thrombose bei Kindern.

II. Petersen hält seinen angekündigten Vortrag: Mitteilung über das Ehrlich-Hata'sche Mittel 606. (Wird im Druck erscheinen).

Discussion.

Schiele: Von dem Präparat 606 sind schon Modificationen erschienen, als «Ideal» und «Hyperideal» bezeichnet; sie sind weniger giftig und können daher in grösseren Dosen gegeben werden. An Todesfällen hat er einen erlebt: ein Fall von Lues cerebri im desolaten Lähmungsstadium starb trotz der Hatainjection. Einen Unterschied in der Wirkung des Mittels bei frischen und alten Fällen hat er nicht gesehen. Bei Complication der Lues mit Tuberculose oder Nephritis soll das Arsenobenzol mit Vorsicht oder gar nicht angewandt werden. Ihm ist jedoch ein Fall von Nephritis bekannt, wo diese nach der Injection sich bedeutend besserte. Wechselmann hat sogar bei acuter Nephritis das Mittel mit gutem Erfolge angewandt.

Petersen: Bei Diabetes ist 606 zunächst contraindiciert wegen der Mortificationsgefahr an der Injectionsstelle.

Für den Director: E. Masing.
Secretär: E. Michelson.

---

[1]) Nothnagels Handbuch IX. 1.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1514 Sitzung. 29. September 1910.

Anwesend 56 Mitglieder und 3 Gäste.
Vorsitzender Dr. P. Klemm. Schriftführer Dr. C. Brutzer.

P. 1. Dr. W. Büttner demonstriert an einem Patienten das Beinphänomen bei Pseudotetania hysterica. Eigenbericht:

In der «Wiener Klinischen Wochenschrift» 1910 Nr. 9 beschreibt Schlesinger als «ein bisher unbekanntes Symptom bei Tetanie» ein Symptom, welches von ihm das Beinphänomen genannt wird: «Erfasst man das im Kniegelenke gestreckte Bein und beugt stark im Hüftgelenke ab, so stellt sich nach kurzer Zeit ein Streckkrampf im Kniegelenke bei extremer Supination (nicht immer extreme Supination) des Fusses ein.» Dieses Symptom sei an das Zustandekommen einer starken Beugung im Hüftgelenke geknüpft, und der Krampf stelle sich demgemäss sowohl beim Aufsitzen im Bette als auch beim Beugen des Oberkörpers im Stehen bei gestreckten Beinen ein. Dem tonischen Krampfe gingen regelmässig Parästhesien voranf. Schlesinger sieht in diesem Phänomen ein dem Trousseauschen Phänomen (an den Beinen) nur ähnliches, nicht dagegen mit ihm identisches Symptom. Alexander konnte nach einer Publication in der «Deutschen medicinischen Wochenschrift» 1910 Nr. 22 die Schlesinger'schen Befunde im Wesentlichen bestätigen. Er hält das Wesen des in Rede stehenden Phänomens für identisch mit dem Wesen des Trousseauschen Phänomens (an den Beinen).

Schlesinger sagt, er könne von diesem Phänomen noch nicht erklären, ob es der Tetanie allein eigentümlich sei. — Nun, meine Herren, ich kann Ihnen hier das in Rede stehende Phänomen bei einem Kranken demonstrieren, der keine Tetanie hat. Es handelt sich um einen 49-jährigen Hysteriker, welcher eine fast über den ganzen Körper verbreitete Anästhesie aller Sensibilitätsqualitäten, starke concentrische Gesichtsfeldeinschränkung, lebhafte Patellarreflexe und hysterische Psyche darbietet. Seine Pupillen sind zwar etwas eng, doch reagieren sie gut auf Lichteinfall, Atrophien bestehen nirgends und ebenso fehlen trophische Störungen. Nie hat er an anderen Krämpfen als an den augenblicklichen tonischen Krämpfen gelitten. An diesen Krämpfen leidet er wohl seit 3 Jahren; im letzten halben Jahre haben sie sich so gehäuft, dass sie in jeder Nacht 1—2 mal auftreten (kaum dagegen am Tage) und zwar sowohl in den Armen als auch in den Beinen. Die Dauer des Anfalles mag 10 Minuten betragen. Das Sensorium scheint dabei immer ungetrübt zu bleiben. Wenn ich auf das Beinphänomen prüfe, so fällt dasselbe, wie Sie sehen, schön positiv aus. Der eben am Bein provocierte Krampf gleicht völlig dem Spontankrampfe. Auch das Trousseausche Phänomen fällt an den Armen positiv aus, wie Sie sehen. Es könnte aber dieser Hysteriker eine echte Tetanie acquiriert haben? Das ist aber nicht der Fall, denn es fehlen die andern Cardinalsymptome der Tetanie: das Facialis-Phänomen und das Erbsche Phänomen. Es handelt sich also um eine Pseudotetania hysterica.

Der Fall ist interessant, insofern als er—wenn ich rect hinstruirt bin—als erster Nicht-Tetanie-Fall das Beinphänomen zeigt, welches, da es einen Hysterie-Fall ohne Tetanie betrifft, nach Analogie der Bezeichnung «Pseudo-Tetania-Phänomen» auch als «Pseudo-Beinphänomen» bezeichnet werden könnte.

Erwähnt muss noch werden, dass in meinem Falle bei Prüfung auf die besprochenen Symptome sowohl an den Beinen als auch an den Armen dem Eintritt des tonischen Krampfes Parästhesien vorangingen, was bei dem Pseudo-Trousseau-Phänomen sonst nicht das Gewöhnliche ist. — Der Fall wird in extenso veröffentlicht werden.

P. 2. Dr. P. Klemm demonstriert einen Patienten, dem er eine Magenresection wegen Pyloruscarcinom vor $1^{1}/_{2}$ Monaten gemacht hatte.

Der Mann ist 45 Jahre alt. Als er am 7. August a. c. zur Operation kam, war sein Ernährungszustand stark reduciert; das Abdomen war in seinem oberen Teil bis zum Nabel aufgetrieben; rechts vom Nabel war ein kleinfaustgrosser Tumor zu fühlen. Anamnestisch wurde häufiges Erbrechen angegeben und Abmagerung in den 3 letzten Monaten. Die Diagnose lautete Carcinom. Die Frage, ob Anastomose oder Entfernung des Tumors angezeigt sei, liess sich endgiltig nur durch Autopsie entscheiden; da der Tumor leidlich beweglich war, konnte angenommen werden, dass es gelingen werde, ihn zu entfernen. Bei der Operation zeigte es sich, dass der Tumor am Pylorus sass und die angrenzenden Partien der kleinen Curvatur infiltriert waren. Dem entsprechend wurde die Zange von rechts unten nach der Cardia hin quer über den

Magen angelegt und der distale Teil reseciert. Die Vereinigung der Magenwände durch Naht gelang trotz der Schwierigkeiten im oberen Wundwinkel. Zur Vereinigung von Darm und Magen wählte Operateur die Kocher'sche Methode, indem er das Duodenum in die hintere Magenwand einnähte.

Der Verlauf war glatt. Am 5. Tage wurde der Tampon entfernt. Das functionelle Resultat war durchaus gut. Patient nahm in den ersten Wochen 10 Pf. zu, im ganzen 17 Pf. Er sieht wohl aus und hat keine Beschwerden.

Redner führt ferner aus, dass bei Verwachsungen des Tumors mit dem Pankreas die radicale Operation lieber aufgegeben und nur eine Anastomose angelegt werden sollte. Er hat 3 solche Fälle in letzter Zeit operiert. Die Frage der Anästhesierung betreffend empfiehlt Redner bei diesen Operationen die Schleich'sche Infiltration allein oder mit Rückenmarksinjection statt Chloroformnarcose. Die Carcinompatienten erliegen einer Intoxication sehr leicht und das Chloroform sei ein Gift, das den Erfolg bei allen Magen und Darmoperationen sehr in Frage stelle.

Dr. Büttner spricht über die Diagnose des vorgestellten Falls. Er hatte den Patienten eine Woche vor der Operation untersucht und konnte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose des Kollegen Vogel (Ligat) auf Pyloruscarcinom sicher bestätigen. Es bestand colossale Stagnation. Die Milchsäurereaction war stark positiv, und viele Opler-Boas'sche Milchsäurebacillen wurden gesehen. Auch war Magensteifung von Zeit zu Zeit zu beobachten, die von peristaltischen Bewegungen zu unterscheiden ist. Redner war für schleunige Operation (Gastroenteroanastomose), glaubte aber nicht, dass eine Radicaloperation noch möglich sein würde.

Dr. von Bergmann empfiehlt gegenüber der Schwierigkeit bei der Vereinigung der resecierten Magenwände den directen Verschluss der Magenwunde durch das Duodenum oder, wenn das nicht geht, durch eine Dünndarmschlinge. Dabei wird nach Abtrennen des erkrankten Teiles zuerst der Wundrand der hinteren Magenwand an den Darm genäht, und nachdem die Serosanaht beendet ist, wird von vorne geschlossen.

P. 2. Dr. Ed. Schwarz hält einen Vortrag über Symptomatologie und Therapie der Rückenmarkstumoren. Dazu stellt Redner einen Patienten vor, bei dem er einen Tumor im Halsteil des Rückenmarkes diagnosticierte und der daraufhin von Dr. von Bergmann operativ geheilt wurde. (Der Vortrag wird in der Petersburger Medicinischen Wochenschrift veröffentlicht).

Dr. Stender (Eigenbericht) referiert im Anschluss an den Vortrag über Demonstrationen, die über das Thema Hirn- und Rückenmarkstumoren im Anschluss an den diesjährigen Neurologentag in Berlin stattgefunden haben. Oppenheim speciell war in der Lage, eine grosse Reihe von glücklich operierten Tumorfällen zu zeigen. Auch die Träger derselben wurden vorgestellt, die eine Heilung in restlosem idealem Sinne darstellten. Die Patienten hatten nicht nur ihre Arbeit wieder aufnehmen können, sondern waren sogar in der Lage, sich angreifenden Strapazen wie Bergtouren etc. zu unterziehen. Im Allgemeinen sei die Prognose der Rückenmarkstumoren eine bedeutend günstigere als die der Hirntumoren. Die Prognose der letzteren sei geradezu trostlos.

Dr. Ed. Schwarz erwähnt Fälle von localer Meningitis im Gehirn mit Tumorsymptomen, die in der Literatur beschrieben sind. Er tritt für die Kühnheit der Operationen in einschlägigen Fällen ein und meint, es sei doch auch ein Erfolg, wenn ein Patient von schweren Schmerzen durch die Operation befreit werde, auch wenn er nach 4 Monaten einem Recidiv erliegt, wie es einem seiner Patienten erging, den Dr. von Bergmann operierte.

Dr. Stender (Eigenbericht). Die Operationen der Hirntumoren wiesen trotz mehrfacher blendender Erfolge doch in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl Misserfolge auf. Der operative Eingriff sei ferner eingeschränkt durch klinische Beobachtungen, wie Dr. Schwarz erwähnte, die als Pseudotumoren beschrieben seien. Fälle, in denen der klinisch einwandfreie Symptomencomplex des Tumor cerebri im Laufe einiger Monate wieder schwand. Ob es sich in diesen Fällen um einen meningitischen Process gehandelt habe oder um andere Vorgänge, sei dahingestellt. Weiter sei an die Spiller'schen Fälle erinnert, die nur mikroskopische Veränderungen der in Frage kommenden Hirnteile aufwiesen, trotzdem klinisch auch hier der Symptomencomplex des Tumor cerebri zu Tage getreten war. Das sind Erfahrungen, die die Aufforderung zum chirurgischen Eingreifen erheblich einschränken. Nur hingewiesen sei auf die schlimmen Resultate, wo glücklich exstirpirte Tumoren andersartige Schädigungen des Individuums z. B. eine restierende motor. Aphasie zur Folge gehabt. In Anbetracht der Aussichtslosigkeit und Trostlosigkeit der Fälle bei abwartendem klinischen Verhalten fordert Sir K. Horsley bei Hirntumoren trotzdem die sofortige Decompressivoperation, der gegebenenfalls die Radicaloperation anzuschliessen sei. Die Probe-Laminectomie sei bei Rückenmarkstumoren berechtigt.

Dr. Bertels berichtet über den histologischen Befund am Rückenmarkstumor des vorgestellten Patienten. Er spreche den Tumor als Gliosarcom an. Gliosarcome sind zahlreiche Gliome und eigentlich keine Sarcome, weil sie nicht aus dem Bindegewebe hervorgegangen seien. Ihre Prognose sei dennoch sehr schlecht nicht durch Metastasenbildung, sondern durch Raumbeschränkung. Die Möglichkeit, dass doch eine Granulationsgeschwulst vorliege, kann nach dem histologischen Befunde nicht abgewiesen werden.

Dr. Ed. Schwarz. Dass es sich im vorliegenden Falle nicht um eine Granulationsgeschwulst gehandelt habe, wird dadurch bewiesen, dass Jod und Quecksilber vergeblich angewandt wurden, und durch den negativen Ausfall der Wassermann'schen Reaction. Zum Schuss hebt Redner noch einmal hervor, dass es für die Diagnose der Hirntumoren von grösster Wichtigkeit sei, die historische Reihenfolge der Erscheinungen genau zu kennen. Darin seien alle Autoren mit Bruns und Oppenheim einig. Die Symptome an sich seien vieldeutig, wenn mann nicht den Hergang wisse. An die Collegen wird daher die Bitte gerichtet, vorkommenden Falles schriftliche Daten zu sammeln. Um das Gesagte zu illustrieren, führt Redner noch einen Fall an. Das erste Symptom, das dieser Fall bot, war Taubheit des linken Ohres, dann folgten Drucksymptome auf die Medulla oblongata. Die Diagnose wurde auf Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel gestellt, was die Operation bestätigte. Leider gelang es wegen heftiger Blutung nicht, den ganzen Tumor zu entfernen, und Patient starb. Die Operation hätte früher vorgenommen werden müssen.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 2. September 1910.

Brehm: Ueber einen Fall von Myositis ossificans mit hartnäckiger Bildung von Amputationsneuromen.

M. H.! Ich erlaube mir, Ihnen hier ein sogen. Amputationsneurom zu demonstrieren. Es handelt sich da bekanntlich um harte, knollige Verdickungen der Stümpfe der bei Amputationen durchschnittenen peripheren Nervenstämme, namentlich wenn dieselben mit der Narbe verbacken und durch Druck und Zug irritiert werden; echte Geschwülste sind diese Neurome nicht, denn eine eigentliche Neubildung von Nervenfasern findet nicht statt, sondern mehr eine fehlerhafte Regeneration. Die durchschnittenen Axencylinder spriessen weiter, biegen um, krümmen sich, verflechten sich und bilden so allmählich eine unregelmässige kolbige Verdickung des Nervenstumpfes. Klinisch bestehen heftige, in das sensible Versorgungsgebiet der durchschnittenen Nerven projicierte Schmerzen. Im vorliegenden Fall handelt es sich indessen noch um etwas Besonderes: das Präparat stammt von einem Mann, welcher an Myositis ossificans leidet, einer Krankheit, deren Aetiologie und Natur noch recht dunkel ist. Der Patient, 46 a. n., war früher angeblich stets gesund, hat keine Lues gehabt, früher etwas getrunken, war bis vor ¾ Jahren als Kellner tätig und arbeitsfähig. Da fing die Gegend des linken Knies an zu schwellen, das Bein wurde schwach und schliesslich konnte er überhaupt nicht mehr gehen, Schmerzen fehlten dabei völlig. Früher hat Pat. nie etwas Abnormes an seinem Knie bemerkt. Von dem Auftreten ähnlicher Bildungen in der Familie ist ihm nichts bekannt. Bei der Untersuchung war mit Ausnahme der Veränderungen am linken Bein nichts Pathologisches nachweisbar, namentlich das Skelett völlig normal, die Muskulatur überall gut entwickelt, ohne Schwielen und Verhärtungen. Die Gegend des linken Knies dagegen war unförmig verdickt, die Configuration unregelmässig, die Haut infiltriert, stark vascularisiert. Bei der Palpation fühlte man an den Gelenkenden der Tibia und des Femur unregelmässige, zapfen- und knollenartige Auswüchse, die sich knochenhart aufühlten und sich weit ins umgebende Gewebe erstreckten, namentlich in die Wadenmuskulatur, wo ein Zapfen bis an die Achillessehne reichte. Einzelne ganz freie Spangen und Zapfen fühlt man in den Flexoren am Oberschenkel. Der Bandapparat des Gelenks war total zerstört, es schlotterte, soweit die Verknöcherungen eine Beweglichkeit zuliessen. Die Function der verknöcherten Wadenmuskeln war ganz aufgehoben. Die einzig mögliche Operation konnte hier nur in der hohen Amputation bestehen, welche am 15. XII 1908 ausgeführt wurde. Dabei mussten noch

einige oberhalb der Amputationsstelle frei in den Beugemuskeln liegende Knochenspangen exstirpiert werden. Auffallend schwer gelang die Blutstillung aus den zahlreichen plexiform angeordneten Venen des intramuskulären Bindegewebes, namentlich um den N. ischiadicus. Hier ragte auch ein langer Knochenzapfen in die Höhe und war nicht leicht auszulösen, da er fast unmerklich in das ihn umgebende infiltrierte, blutreiche Bindegewebe überging. — Im Präparat fand ich die Gelenkenden in unförmige Knochenmassen mit zahlreichen Zacken und Vorsprüngen verwandelt, den Knorpel und die Bänder zum Teil zerstört. Von welcher Stelle die Verknöcherungen angefangen hatten, war nicht mehr festzustellen, die Wadenmuskulatur war fast total knöchern substituiert, und zwar schien der Process von innen nach aussen fortzuschreiten, aussen fand sich noch eine Schale normalen Muskelgewebes, dann folgte eine blassbräunliche, homogene, infiltrierte Masse, die nach innen zu immer derber und schwerer schneidbar wurde, bis das Messer auf echten Knochen stiess. Auch die frei in den Beugemuskeln des Oberschenkels liegenden Knochenspangen waren von solchem verändertem Bindegewebe umgeben. — Ein Jahr lang ging es dem Pat. nun ganz gut, da traten allmählich an Heftigkeit zunehmende Schmerzen im Gebiet des N. ischiadicus auf; ich konnte deutlich eine neuromartige Verdickung des Nervenstumpfes nachweisen, die sehr schmerzhaft war, zugleich fand ich aber auch bereits wieder ziemlich starke, vom Knochenstumpf ausgehende Wucherungen, welche diesen keulen- resp. pilzartig gestalteten. Um nicht in dem kranken blutreichen Gewebe operieren zu müssen, beschloss ich, den N. ischiadicus höher zu durchschneiden, und resecierte ein 1 cm. langes Stück in der Höhe der Glutäalfalte. Die Schmerzen hörten ganz auf, um aber nach ½ Jahr wieder mit erneuter Heftigkeit einzusetzen und zwar jetzt auch noch im Gebiet des N. saphenus. Jetzt fühlte man auch am Saphenus ein Neurom, die Exostosen waren stärker geworden, und im Fleische des M. glutaeus maximus war eine Knochenspange aufgetreten. Das Neurom am Ischiadicus war grösser geworden und der ganze Strang des Nerven nach oben hin deutlich palpabel. Ich vermutete, dass im Laufe des halben Jahres vielleicht die Resectionsstelle des Nerven überbrückt worden war und daher wieder die Schmerzen aufgetreten sein mochten. Ich legte daher durch einen Längsschnitt den ganzen N. ischiadicus frei vom Neurom bis an die Resectionsstelle und exstirpierte ihn. Es stellte sich heraus, dass die resecierten Enden zwar nicht in Verbindung getreten waren, dass sich aber am centralen Stumpf wieder eine harte, keulenartige Neuromgeschwulst gebildet hatte. Es blieb nichts übrig, als auch dieses Neurom wieder im Gesunden zu resecieren, ebenso wurde auch das Neurom des N. saphenus exstirpiert, doch kann ich die Befürchtung nicht unterdrücken, dass früher oder später wieder Recidive auftreten werden. Ob diese sonderbare Neigung zur Neurombildung hier mit der Myositis ossificans in Zusammenhang gebracht werden kann, lasse ich dahingestellt, jedenfalls lag keiner der gewöhnlichen Gründe der Neurombildung vor, die Nervenstümpfe wurden bei der ersten Amputation ordentlich vorgezogen und möglichst gekürzt. Doch das ganze umgebende Bindegewebe war infiltriert und die Ossification hatte sich hier schon ziemlich weit nach oben hin ausgedehnt. — Wohin dieser Fall genau genommen pathologisch-anatomisch rubriciert, kann ich nicht mit Sicherheit sagen. Nach dem Orte der Entstehung möchte man annehmen, dass es sich anfangs nur um sogenannte intercartilaginäre Exostosenbildung an den Epiphysen des Femur und der Tibia gehandelt hat, allein diese Exostosenbildung findet gerade in der Jugend statt und findet ihren Abschluss zugleich mit dem des Körperwachstums, hier begann die Krankheit erst im 45. Lebensjahr und Pat. hatte früher niemals etwas Abnormes an seinem Knie wahrgenommen. Angefangen hat der Process jedenfalls an den Epiphysen und hat erst später die Muskulatur ergriffen, doch in so ausgedehntem Masse und so selbständig, dass man ohne Zweifel eine echte Myositis ossificans vor sich hat, und zwar scheint es sich nicht um eine gutartige, circumscripte Muskelverknöcherung zu handeln, eine gewisse Progrediens ist unverkennbar; es sind in den 1½ Jahren seit der Amputation neun Verknöcherungen hinzugekommen, und es ist sehr wohl möglich, dass sie plötzlich wieder in verstärktem Masse einsetzen. Das Fortschreiten in einzelnen, durch oft jahrelange Pausen getrennten Schüben wird ja gerade als charakteristisch für die klassische Myositis ossificans progressiva angegeben, und der Behauptung von Krause und Trappe, dass die Myositis ossif. nie später als in den beiden ersten Decennien auftritt, wiederspricht Lexer durchaus. Die bei der Krankheit charakteristische Erscheinung, dass das Bindegewebe der Muskeln stark wuchert, war in diesem Falle sehr ausgesprochen, es war infiltriert, sehr blutreich und zum Teil induriert und hatte im Quadriceps surae das Muskelgewebe schon fast ganz zum Schwinden gebracht. Ueber die Aetiologie der Krankheit weiss man nichts Sicheres, das Wesen derselben ist nicht einmal ganz klar; während der Name auf entzündliche Vorgänge hindeutet, und solche auch tatsächlich im Verlauf, namentlich im Beginn zu beobachten sind, wird von manchen Autoren (Ziegler) echte Geschwulstbildung angenommen. Virchow fasst die Bildung als ein Mittelding auf, wobei entzündliche Vorgänge sich mit echter Geschwulstbildung combinieren, ähnlich wie das bei der sogenannten Mastitis chronica cystica oft genug beobachtet wird. Traumen kommen als ursächliche Momente nur für eine bestimmte Form der Krankheit in Betracht, die Myositis ossific. traumatica, die aber stets circumscript bleibt, auf die vom Trauma betroffene Muskelpartie. Hierher gehört auch die Bildung der solitären Reit-Exercier- und Turnerknochen. In dem vorliegenden Fall hat weder ein einmaliges starkes Trauma stattgefunden noch eine etwa gewerblich bedingte langdauernde Druck- oder Stosswirkung. Die Knochenwucherungen begannen hier an den Epiphysen, sei es vom Knorpel, sei es vielleicht auch vom Periost, dann aber begann das intramusculäre Bindegewebe der benachbarten (Quadriceps surae, Semitendinosus, Semimembranosus, Biceps femoris) und entfernteren (Glutaeus maximus) Muskeln gleichfalls Knochen zu bilden. Ob den ersten Anstoss dazu doch vielleicht unbeachtete traumatische Einflüsse oder entzündliche Vorgänge am Gelenkapparat gaben, ein selbständiges Fortschreiten über die Grenzen dieser ersten auslösenden Ursache und unabhängig von ihr hat ohne Zweifel stattgefunden und kennzeichnet die Malignität des Krankheitsprocesses, ob es sich nun um entzündliche Vorgänge handelt oder um Geschwulstbildung, oder endlich, ob sich hier Degenerationsprocesse abspielen auf trophoneurotischer Grundlage (Schwarz, Eichhorst, Klemm). Symptome eines Spinalleidens (Tabes, Syringomyelie) fehlten allerdings, doch ist die genaue histologische Untersuchung des veränderten N. ischiadicus noch nicht beendet.

(Autoreferat).

2. Alksne stellt Pat. vor, welchen er wegen Prostatahypertrophie und Harnverhaltung operiert hat. Bei der Aufnahme bestand bereits Blutharnen und Fieber. Der Catheterismus gelang nicht schwer, doch trat die sonderbare Erscheinung zu Tage, dass zuweilen der Harn frei abfloss, während beim nächsten Catheterismus nichts herauskam, was wohl dadurch zu erklären sei, dass der stark vergrösserte Mittellappen den Catheter gegen die vordere Blasenwand presste. Die Cystoskopie bestätigte die Diagnose. Da der Catheterismus nicht zum Ziele führte, entschloss er sich zur Operation und entfernte per sectionem altam den Mittellappen und einen Seitenlappen. Die Nachbehandlung dieser Fälle sei langwierig, jetzt könne der Pat. urinieren. A. gibt im Anschluss an diesen Fall eine Uebersicht über die üblichen Behandlungsmethoden der Krankheit und ihre Indicationen. Oft können durch blossen Catheterismus, wenn derselbe nur richtig und genügend oft appliciert wird, erhebliche, viele Jahre lang anhaltende Besserungen erzielt werden. Die Discision des Mittellappens auf galvanocaustischem Wege nach Bottini sei eine Zeitlang ganz durch die radicalen Methoden der Drüsenexstirpation verdrängt worden, werde jetzt aber wieder mehr geübt in den Fällen, wo man dem Pat. den grossen Eingriff nicht zumuten will. Die Frage, ob man die Drüse durch Sectio alta oder vom Damm aus exstirpieren solle, möchte er dahin beantworten, dass bei Vergrösserung des Mittellappens die Sectio alta, bei hauptsächlicher Beteiligung der Seitenlappen hingegen der perineale Weg vorzuziehen sei. In ganz verzweifelten Fällen käme die Anlegung der Dauerfistel nach Rovsing in Betracht. Eine früher viel geübte Methode, die Castration, resp. Resection der Vasa deferentia wird jetzt wenig geübt, die Erfolge sind unsicher.

Discussion:

Brehm macht auf die Gefahren des unvorsichtigen Catheterismus bei derartigen Harnverhaltungen aufmerksam, die Blase ist enorm gefüllt, überdehnt und paretisch, die ohnehin beim Prostatiker zu Hämorrhagien sehr neigende Schleimhaut der Blase könne sehr gefährlich zu bluten anfangen, wenn der Harn zu schnell entleert werde. Diese Blutungen ex vacuo sind ja bekannt, ebenso die Neigung dieser Fälle schnell septisch zu werden, wenn es nicht schnell gelingt, die Harnentleerung zu regulieren. Wenn letzteres nicht gelingt, so darf mit der Sectio alta nicht gezögert werden, da auch die Blasenpunction keineswegs Abhilfe schaffe. Er operierte einen Fall, wo Pat. auch fiebernd und aus der Harnröhre blutend eingeliefert wurde nach missglückten Entleerungsversuchen: der Catheter ging leicht hinein, förderte aber keinen Tropfen Harn. Bei der Sectio alta fand sich die Blase zum Bersten gefüllt mit festen Blutgerinseln, und als diese zusammen mit einem grossen rauhen Uratstein entfernt wurden, setzte eine so abundante Blutung aus der Schleimhaut ein, dass nur schleunige feste Tamponade der Blasenhöhle dieselbe stillen konnte und die Prostatectomie in dieser Sitzung unterbleiben musste. Unoperiert gehen diese Fälle in kürzester Zeit an Urosepsis zu Grunde.

Goldberg teilt mit, dass im Stadtkrankenhause 10 Fälle durch Castration behandelt wurden und zwar mit ausgezeichnetem Erfolge, sie alle hätten die Fähigkeit, spontan zu urinieren, wiedererlangt.

Alksne erwidert Goldberg, dass in leichteren Fällen von Harnverhaltung durch blossen Catheterismus an Heilung grenzende Besserungen erzielt worden wären, die Radicaloperation habe ihre bestimmten Indicationen, er habe sie auch nur für diese empfohlen; für die Castration sei es leider nicht möglich sichere Indicationen aufzustellen. Hinsichtlich der Blutungsgefahr bestätigt er die Angaben Brehms, die Empfindlichkeit der Prostatikerblase sei so gross, dass sie eigentlich bei jedem Catheterismus blute, sehr gefürchtet seien gerade die Blutungen bei und nach der Prostatectomie.

3. Christiani demonstriert ein durch die Operation gewonnenes sehr grosses Cystoma ovarii, welches so beweglich war, dass seine Zugehörigkeit zum Sexualapparat ante operationem zweifelhaft erschien.

4. Christiani demonstriert ein interligamentäres Myoma uteri und präcisiert seinen Standpunkt bezüglich der Indication zur Operation, welcher er spec. bei der arbeitenden Classe sehr weite Grenzen sehen will.

5. Brehm domonstriert eine taubeneigrosse Spermatocele, welche lebende Spermatozoen enthielt.

6. Brehm demonstriert einen grossen Meningocelesack, den er einem 6 Stunden alten Kinde entfernte. Es handelte sich um eine ausgedehnte Spina bifida mit Lähmung beider Beine, während Blase und Mastdarm gut funktionierten. Die Operation war dringend indiciert, da der Sack einen grossen Hautdefect aufwies, in welchem die Dura mater freilag, die jeden Augenblick bersten konnte. Den Eingriff hat das Kind gut überstanden, es ist jetzt schon 1 Monat alt und wächst recht gut, die Lähmungen bestehen aber fast unverändert.

d. Z. Secretär: Dr. Brehm.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Zum Vorsitzenden der Mikrobiologischen Gesellschaft ist für das Jahr 1911 Dr. A. Wladimirow gewählt.

— Hochschulnachrichten.

Kiew. Der Privatdocent an der Universität in Tomsk Dr. W. Dobromyslow ist zum Prof. der chirurgischen Operationslehre und topographischen Anatomie an der Universität in Kiew ernannt.

Lyon. Dr. P. Courmont ist zum Professor der Pathologie und Therapie ernannt.

Marburg. Privatdocent Dr. W. Zangemeister in Königsberg ist zum o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie als Nachfolger von Prof. Stoeckel ernannt.

Zürich. Privatdocent Dr. F. Sauerbruch in Marburg ist als Nachfolger Krönleins zum Professor der Chirurgischen Klinik ernannt.

— An dem Hospital der Roshdestwenski-Feldscherinnen-Curse ist eine Kinderklinik eröffnet (2. Roshdestwenskaja 4). Es werden Kinder mit allen Erkrankungen aufgenommen mit Ausnahme der acuten Infectionskrankheiten und Geisteskrankheiten.

— Die Russisch-Baltische Gesellschaft zur Ausnutzung von Erfindungen veranstaltet in Riga eine Ausstellung für Handel und Gewerbe, die vom 6. Mai bis zum 3. Juni 1911 dauern wird. Eine Abteilung ist speciell für die neusten Erfindungen auf dem Gebiete der Wissenschaft und Kunst bestimmt, und der Hygiene, Kosmetik, den natürlichen und künstlichen Mineralwässern, der Herstellung der Nahrungs- und Genussmittel ist ein bedeutender Platz eingeräumt. Während der Ausstellung werden auch Vorträge über Fragen aus den Gebieten, die dort vertreten sein werden, gehalten werden. Anfragen sind zu richten an das Comitee. Riga. Kalkstrasse 13.

— Cholera. Oesterreich-Ungarn. Vom 13. bis 19. November erkrankten in Ungarn 14 Personen an der Cholera. In Slawonien wurden in derselben Woche 12 Erkrankungen constatiert. — Italien. Vom 3. bis 16. November fanden in 11 Provinzen 142 Erkrankungen und 45 Todesfälle statt. — Türkei. Vom 8. bis 14. November fanden in Constantinopel 132 Erkrankungen und 70 Todesfälle statt. In Salonіki fand 1 Erkrankung statt, in Smyrna — 7 und 2 Todesfälle. — Tripolis. Vom 6. bis 9. November fanden in der Stadt Tripolis 50 Erkrankungen und 31 Todesfälle statt. — Sultanat Oman. In Markat fanden am 19.—22. October 5 Erkrankungen statt, von denen 2 tötlich verliefen. — Persien. In Kermanschah fanden vom 17. bis 29. October 200 Todesfälle an Cholera statt, in Hamadan und Umgegend 12 Erkrankungen und 6 Todesfälle. — Niederländisch Indien. In Soerabaya und Umgegend fanden vom 21. August bis 8. Oct. 62 Erkrankungen und 41 Todesfälle statt.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 14. bis zum 20. Nov.		Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie		Beginn der Epidemie
Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten	6	(2)	4582	(1685)	7. Juni
Gouv. Ljublin	—	(—)	51	(13)	1. Nov.
» Kiew	5	(1)	4066	(1558)	3. Mai
» Tambow	1	(1)	5464	(2568)	29. »
» Ssamara	—	(—)	18532	(7781)	9. Juni
» Ssaratow	—	(—)	6168	(2585)	7. »
» Perm	—	(—)	744	(274)	3. »
» Jekaterinoslaw	11	(8)	18871	(8691)	10. Jan.
Stadt Ssewastopol mit Umgegend	1	(—)	85	(55)	10. Juni
Gouv. Cherson	1	(—)	10067	(4456)	11. Mai
Stadt Baku	—	(—)	1297	(540)	4. Juni
Gouv. Tiflis	—	(—)	1913	(725)	6. »
» Erivan	1	(—)	1210	(698)	8. Juli
Küsten-Gebiet	—	(—)	480	(293)	22. Sept.
Im Ganzen	26	(12)	73530	(31922)	

Die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle im ganzen Reich seit dem Beginn der Epidemie bis zum 20. November betrug 215038 (100859).

— Pest. Britisch-Indien. Vom 16. bis 22. October fanden 6519 Erkrankungen und 4768 Todesfälle statt. — China. In Shangai ereignete sich am 26. October 1 Todesfall an der Pest. — Aegypten. Vom 5. bis 11. November fanden 30 Erkrankungen und 9 Todesfälle statt.

— Die Pest in Russland. Transbaikalgebiet: vom 20. Sept. bis 22. Nov. 28 erkrankt und 25 gestorben. — Ostchinesische Eisenbahnlinie (Mandshurei): vom 13. Oct. bis 23. November. 486 erkrankt und 481 gestorben. — Gouv. Astrachan (Kirgisensteppe): vom 13. October bis 22. November 36 erkrankt und 36 gestorben.

In Odessa ist die Pest erloschen.

— Ehrlich Hata 606. Gleichzeitig mit der Freigabe des Mittels an die Apotheken (es hat jetzt den Namen Salvarsan erhalten) lässt Geheimrat Ehrlich die Ergebnisse der bisherigen wissenschaftlichen Forschung in Form eines Buches unter dem Titel: Wissenschaftliche und therapeutische Erfahrungen mit Salvarsan bei J. F. Lehmanns Verlag in München erscheinen. Er selbst gibt als Einleitung eine geistvolle, hochbedeutsame Zusammenfassung aller bisherigen Ergebnisse. Im Anschluss daran werden etwa 30 Arbeiten veröffentlicht, welche die Wirkung des Mittels im allgemeinen und bei besonderen Erkrankungen darstellen. Es sind meist Arbeiten, die ursprünglich in der Münchener Medicinischen Wochenschrift erschienen sind und die nun hier in erweiterter Form und bis zur Gegenwart ergänzt veröffentlicht werden.

Es ist dies die erste, von Ehrlich selbst herausgegebene Publication über die Wirkungen des Mittels, die in allen Kreisen das grösste Interesse erregen wird.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Im Dorf Pyskorak (Kreis Solikamsk, Gouv. Perm) die Aerztin E. Malzewa im Alter von 28 Jahren an der Cholera. Sie hatte erst vor 3 Monaten das Petersburger Medicinische Institut für Frauen absolviert. 2) In Moskau Dr. P. Minin, geb. 1855, approb. 1878. 3) In Poltawa Dr. W. Lebedew, geb. 1845, approb. 1873. 4) Dr. A. Ljubinskij, geb. 1835, approb. 1863. 5) In Turin der bekannte Physiologe Prof. Dr. A. Mosso im Alter von 64 Jahren. 6) Prof. Dr. Freiherr v. La Valette St. George, ehemaliger Director des Anatomischen Instituts in Bonn. 7) Dr. F. N. Lewis, Prof. der Ophthalmologie an der New-York-Post-Graduate Medical School and Hospital.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. P. Hampeln, Riga.
Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga.
Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio, Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm, Riga.
Dr. Franz Dörbeck, St. Petersburg.

№ 50. St. Petersburg, den 11. (24.) December 1910. XXXV. JAHRGANG.

Stridor laryngeus (inspiratorius) congenitus.

(Congenitaler Larynxstridor).

Von

Privat-Docent Dr. W. P. Shukowsky.
St. Petersburg.

Mit 2 Abbildungen.

Ungeachtet dessen, dass diesem eigenartigen Leiden ein bestimmter Platz in den Lehrbüchern der Pädiatrie angewiesen wird, ist es immerhin noch wenig erforscht und vielen von uns scheint es noch viel zu wenig definiert. Noch dunkler ist seine Aetiologie. Immerhin verfügt man im Augenblick über eine Reihe neuer Gesichtspunkte, inbetreff des angeborenen Stridor, und da die ersten Grössen unserer Specialität sich darüber ausgesprochen haben, so scheint es mir zeitgemäss und nicht uninteressant, einen kurzen Ueberblick darüber zu geben und zugleich auf einige Facta aus eigener Beobachtung inbezug auf die Aetiologie dieses Leidens aufmerksam zu machen.

In der Literatur finden sich Hinweise, dass der Stridor laryngeus congenitus gut erforscht worden ist in England und Deutschland. Während vor 20 Jahren in den genannten Ländern eine grosse Anzahl von Beobachtungen publiciert worden ist, war der Stridor in Frankreich noch sehr wenig bekannt — „Affection bizarre" — nannten ihn die französischen Autoren. Noch später wurde er bei uns in Russland bekannt. Als wir uns mit der Frage über Asthma thymicum zu beschäftigen anfingen, fingen wir an, unsere Aufmerksamkeit auch auf den Stridor inspiratorius congenitus zu lenken, welcher so oft mit dem Kropfasthma und anderen stenotischen Atmungsformen bei Kindern verwechselt wird.

Weiter sind Hinweise vorhanden, dass der Stridor congenitus zuerst in England von Thomson im Jahre 1892 beschrieben worden ist.

Monti weist in seinem bekannten Lehrbuche dieser Krankheit keinen besonderen Platz an, sondern spricht darüber als Thomsonsche Krankheit im Kapitel über „Laryngospasmus bei Kindern" [1]). Letzteren hält er für eine besondere Art von Spasmus glottidis bei Neugeborenen; er fügt dabei hinzu: man hat diesen eigentümlichen Kehlkopfkrampf Thomsons Affection genannt [2]). Die französischen Aerzte sind immerhin der Ueberzeugung, dass dieses Leiden der durchdringenden Forschung solcher feiner Beobachter, wie es die bekannten Pädiater Rilliet und Barthez waren, nicht entgangen ist, welche schon 1853 zum ersten Mal eine genaue klinische Beschreibung gegeben hatten. Ferner werden noch Beobachtungen vom Jahre 1869 von Kreishaber [3]) angeführt.

John Thomson [4]) widmet dem angeborenen pfeifenden Atmungsgeräusch im Kehlkopf in der 2. Ausgabe seines Lehrbuches ein besonderes Kapitel: „Congenital stridor (Infantile Respiratory Spasm)", indem er ihn offenbar für eine besondere Krankheit hält und auf seine gemeinschaftlich mit Turner in dieser Frage ausgeführten Arbeiten hinweist [5]). Er illustriert dieses Capitel durch drei Zeichnungen des normalen Kehlkopfes bei Neugeborenen und des Kehlkopfes im Zustande des Stridor, während dessen der Kehlkopfeingang etwas verengt ist. Ich führe die eigenen Worte Thomsons,

---

[1]) A. Monti. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Bd. III, 1903. Berlin, Wien, S. 192.

[2]) Bruder. Thèse de Paris: «Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons». 1901.

[3]) Dictionnaire Dechambre, article «Cornage», citiert nach der «Revue mensuelle des maladies de l'Enfance» 1901, avril, p. 176.

[4]) John Thomson. M. D. Guide to the Clinical Examination and Treatment of sick Children. 1908. II. Ed., p. 299.

[5]) Thomson. Edinb. Med. Journ., sept. 1892. — «On the Causation of the congenital stridor of infants», Brit. med. Journ. Dec. 1, 1900. Thomson and Turner. — Turner, Brit. Med. Journ. Nov. 24, 1906, 11.

welche den angeborenen Stridor charakterisieren, an: „this comparatively harmless affection is characterised by crowing breathing, a peculiar formation of the vestibule of the larynx, in advanced cases, by some thoracic deformity; the characteristic stridor commences at birth, or, at latest, within a week or two after the child is born". (S. 299).

Bevor wir von der Aetiologie des Leidens sprechen, weisen wir darauf hin, dass der Stridor inspiratorius als pfeifendes oder zischendes Geräusch mit musikalischem Ton auftritt, welches ununterbrochen jede Einatmung von der Geburt an, seltener einige Tage nach der Geburt, begleitet: die Ausatmung wird von keinem Geräusch, Pfeifen oder anderem Ton begleitet.

Das Allgemeinbefinden der Kinder ist nach der Meinung der Autoren nicht verändert, ebenso ist keine Cyanose vorhanden, jedoch fangen die weiter abgelegenen Muskeln an, sich an der Atmung zu beteiligen. Die Gegend unter dem Rippenrand und die Herzgrubengegend werden stark eingezogen, schliesslich wird der Brustkorb bei stark ausgeprägtem Leiden so stark deformiert, dass er der Vogelbrust ähnlich wird. Mit zunehmendem Alter verliert sich meist der Stridor in ein bis zwei Jahren ohne alle Folgen. Heubner[6]), dessen Meinung auch ich mich anschliesse, hält die Prognose nicht immer für günstig: „Ich selbst", sagt er, „sah einen Fall plötzlichen Todes eines solchen mit Stridor congenitus behafteten Kindes." Heubner vergleicht den Ton beim Stridor eher mit den pfeifenden Geräuschen, welche beim Asthma in der Ausatmungsphase zu hören sind. (Obgleich dieser Ton nicht vollkommen diesen pfeifenden Geräuschen ähnlich ist und darum nicht an den Ton beim Laryngospasmus erinnert). Die Stimme ist normal, Husten ist nicht vorhanden. Während der Ruhe und während des Schlafes wird der Stridor leichter, wenn er auch nicht ganz verschwindet. „C'est un bruit musical", sagen die Franzosen, „purement inspiratoire, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'au gloussement d'une poule". Wir finden bei ihnen auch andere Vergleiche: „on a comparé le stridor au hoquet, au sanglot, au coassement de la grenouille, au ronron d'un chat." [7])

Die objective Untersuchung, Auscultation und Percussion der Brust geben keine unnormalen Erscheinungen von Seiten der Lungen, des Herzens, der Drüsen, sowie der Glandula Thymus. Letztere ist weder hypertrophiert, noch kann sie durch Percussion oder Radioskopie festgestellt werden. Die laryngoskopische Untersuchung ist, wie bekannt, mit grossen Schwierigkeiten verbunden und wird darum als diagnostisches Mittel im gegebenen Falle wenig angewandt. Wichtig ist es, darauf hinzuweisen, dass der Stridor durch Intubation mittelst kurzer Röhre sehr erleichtert wird. „L'introduction dans le larynx d'un tube court Sevestre-Bayeux fait immédiatement cesser le stridor et les troubles respiratoires concomitants", sagt Chika[8]).

Das charakteristische inspiratorische Pfeifen unterscheidet sich scharf von anderem angeborenen expiratorischen Pfeifen, welches von der Hypertrophie der Glandula thymus abhängt und Stridor thymicus infantum genannt wird. Uebrigens gibt es Beschreibungen, in denen die Autoren näher auf die Diagnostik der angeborenen Hypertrophie der Thymusdrüse eingehen, welche angeblich auch die Ursache des inspiratorischen Stridors sein soll. (Strzelbizki[9]), Avelis[10]) Hochsinger[11]) und andere).

In letzter Zeit ist eine solche Anschauung einer gerechten Kritik unterworfen worden, die beschriebenen Fälle einer solchen Wirkung der Glandula thymus gelten als durchaus nicht bewiesen (Marfan[12]), D. Ssokolow[13]) und andere).

Der gewöhnliche Laryngospasmus bei Kindern unterscheidet sich vom angeborenen Stridor durch ein ganz anderes, plötzlich auftretendes Pfeifen, ähnlich den Stickanfällen, inmitten voller Gesundheit, am öftesten bei Kindern, die älter als 3 Monate sind, besonders bei Kindern, die an Rhachitis und Eklampsie leiden.

I. Mein eigner Fall. Ein Mädchen, Gewicht 3000 g., unter normalen Umständen geboren, in Nackenstellung, d. 6. October 1909. Wenn auch von Seiten der Eltern keine bestimmten Hinweise auf Syphilis vorhanden sind, so erweist sich doch, dass die zwanzigjährige Mutter des Kindes an habituellen Aborten leidet, deren Ursache unbekannt ist; beide Aborte waren im 3. Monat. Der Vater ist 33. Jahre alt, genaue Daten über seine Gesundheit zu bekommen, ist nicht gelungen; die Mutter hingegen ist im Journal der Klinik als gesund, von gutem Körperbau und mitlerem Wuchs vermerkt. Eine so späte Ehe des Vaters, welcher als Soldat gedient hat, ebenso die Aborte bei der jungen, gesunden Frau, dieses alles sind zu wichtige Facta für latente Syphilis. Das Kind wurde ohne Asphyxie geboren. Es war viel Fruchtwasser vorhanden, und zwar unreines; Nase und Mund, so wie die oberen Atmungswege waren durch grosse Massen von Schleim verstopft. Aber nach rascher und sorgfältiger Reinigung des Mundes, der tief gelegenen Teile des Rachens und des Schlundes mittelst der Finger fing das Kind an, zu atmen und bald auch zu schreien. Genaue Angaben darüber, ob irgend welche Geräusche, Pfeifen und Rasselgeräusche während der ersten Lebensstunden zu hören waren, sind nicht vorhanden. Ich füge noch hinzu, dass die Placenta nicht untersucht worden ist. Der Zustand der Mutter war beim Eintritt in die Klinik vollkommen normal, die äusseren Geschlechtsteile wurden mit Sublimatlösung gewaschen. Die Nabelschnur der Neugeborenen war ohne Veränderung. Die Hebammenschülerin erzählt, dass sie mehrere Male, noch vor Durchschneidung der Nabelschnur, Mund, Rachen und Schlund des Kindes mit den Fingern gereinigt habe, ebenso hat sie diese Procedur nach dem ersten Bade wiederholt; ausserdem hat sie eine solche Reinigung 4 mal am ersten Tage vorgenommen. Wegen des schmutzigen Fruchtwassers hat sie das Kind am ersten Tage 2 mal gebadet. Während dessen hat das Mädchen weder gehustet, noch heisere Töne von sich gegeben, noch gestöhnt. nur seiten aufgeschrien. Schon am ersten Tage fiel beim Kinde während des Aufstossens die Absonderung einer braunen, schleimigen, schaumigen Masse auf. Dieses beunruhigte die Schülerin, welche durchaus nicht begreifen konnte, warum hier offenbar Blut beigemischt war. Sie vermutete das Vorhandensein von Rissen an den Saugwarzen der Mutter, von wo das Kind beim Saugen hätte Blut schlucken können. Vom 2. Tage an wurde beim Kinde eine deutliche, auf einige Entfernung hörbare pfeifende Atmung bemerkt, was die Umgebung veranlasste. meine Aufmerksamkeit darauf zu lenken. Ich fand bei der ersten Untersuchung ein etwas blasses Kind, an dessen Schleimhäuten und an der Haut keine Spur von Cyanose, ungeachtet der deutlich erschwerten Atmung, welche begleitet war von deutlichem inspiratorischem Pfeifen, starker Contraction des Diaphragmas und der Intercostalmuskeln bei grosser Unruhe des Kindes. Sobald das Kind sich beruhigt hatte und in's Bett gelegt war, wurden die Atmungsbeschwerden geringer, die Ausatmung war nicht mehr zu bemerken, aber das inspiratorische Pfeifen blieb, es wurde nur seltener und weniger intensiv. Auf diese Atmungseigentümlichkeit des Neugeborenen, diesen inspiratorischen Stridor, beschränkte sich eigentlich das ganze klinische Bild. Von Seiten der anderen Organe konnte ich während dieser Zeit nichts Abnormes bemerken. Die Thymus war nicht zu bestimmen. An den folgen-

[6]) Heubner. Lehrbuch der Kinderheilkunde. 2. Bd. II. Auflage. Leipzig 1906.

[7]) Rocaz. Note sur deux cas de stridor congénital. Revue mens. des Mal. del' Enf.; 1902, p. 81. Dasselbe sieh 1901, p. 176; Stridor congénital des nourrissons. Daselbst.

[8]) Chika. Etude sur le thymus. Paris. 1901. p. 164.

[9]) Strzelbizkij. 3 Fälle von eigenartigem angeborenen Kehlkopfstridor. Medizinskoe Obosrenie 1900.

[10]) Avelis, Archiv f. Laryngologie und Rhinologie V. III. 1898, S. 159 und 167.

[11]) Hochsinger. Stridor congenitus und Thymushypertrophie. (Verhandl. der IX. Versaml. der Gesellsch. für Kinderheilkunde. Karlsb. 1902.

[12]) Marfan. Le cornage thymique. Revue mens. des Mal. de l'Enf., 1905, janvier.

[13]) D. Ssokolow. Thymus beim Menschen. St. Petersburg. 1910, Seite 152.

den Tagen war jedoch eine progressierende Abmagerung des Kindes zu bemerken, welches die Brust zu nehmen aufgehört hatte, ferner die starke Blässe des Kindes, die Abnahme an Gewicht und der Abfall der Körpertemperatur, welche sich auf 36°—35° hielt; die Atemnot, wiederum ohne bemerkbare Cyanose, hatte denselben Charakter, dass Aufstossen hatte aufgehört. Im Rachen, im Munde und im Schlunde waren Spuren von leichten Verletzungen und stellenweise Beläge zu sehen, welche durch das vom Kinde verschluckte Wasser weggespült wurden. Auf dem harten und weichen Gaumen waren kleine Abschürfungen zu sehen, wie man sie oft bei Neugeborenen infolge von zu fleissigem Auswaschen des Mundes beobachten kann. Am 5. Lebenstage erreichten die Abkühlung und Blässe des Kindes einen schweren Grad, es stellte sich Rigidität der Extremitätenmuskulatur ein, die Augäpfel schienen hervorzutreten, die Hornhaut war getrübt, die Zunge hervorgestreckt, der Mund halb geöffnet, die Atemnot nahm einen drohenden Charakter an, es zeigten sich Merkmale von Cheyne-Stokesscher Atmung, und Cyanose. Schliesslich starb das Kind am siebenten Lebenstage, bei einer Temperatur von 33,3°.

Klinische Diagnose: Stridor inspiratorius infantum. Tod durch Asphyxie, deren Ursache während des Lebens unaufgeklärt blieb.

Section (mit dem Prosector-Docenten S. Schujeninow). Leichnam eines schlecht genährten Kindes von regelmässigem Körperbau; Leichenstarre verschwunden. Die Knochen des Schädels ohne bemerkbare Veränderungen. Dura hyperämisch, ebenso die Pia. Gehirnsubstanz mässig compact. Lungen durchgängig für Luft, dunkelrot; auf der Oberfläche der Pleura Extravasate; die Schleimhaut des Rachens und der Speiseröhre dunkelrot. Epiglottis verkürzt, an den Rändern verdickt, auf der inneren Fläche an den Rändern der Epiglottis befinden sich weisse Knötchen. Ligamenta ary-epiglottica verdickt, besonders rechts, auf ihnen sind ebensolche Knötchen; die Ränder zeichnen sich durch feste Consistenz aus. Der Sinus pyriformis ist rechts weniger tief als links. Die Schleimhaut ist an den Rändern des Kehldeckels hyperämisch, geschwollen; ebenso erwiesen sich die Stimmbänder leicht angeschwollen. Auf der Mitte der Zunge, mehr nach hinten, dunkelrote Flecke mit gelblichen Knötchen im Centrum. Auf der linken Mandel, welche leicht vergrössert ist, ist die Schleimhaut hyperämisch und mit ebensolchen Knötchen bedeckt. Die Schleimhaut des Kehlkopfes ist graurot. Der Magen ist aufgetrieben, die Schleimhaut rosa, am Fundus und in der Nähe der kleinen Curvatur ist sie besät von Extravasaten und kleinen gelblichen Flecken, welche gruppenweise angeordnet sind und sich über die Oberfläche erheben, nicht abwaschbar. Die Schleimhaut des Duodenum, des Dünn- und Dickdarmes ist blassrosa, Pankreas und Glandulae suprarenales sind, wie auch die Nieren, ohne besondere Veränderungen. Die Oberfläche der Leber ist glatt, das Gewebe ist mässig derb, dunkelrot. Die Ossificationslinie der unteren Epipyse des Oberschenkels ist normal. Das Herz in situ: Länge 4,0, Breite 3,2 cm., Dicke 1,5 cm., Dicke der Wand des rechten Ventrikels 3 mm., des linken 6 mm., die Länge der linken Ventrikelhöhle 30 mm. Die Klappen ohne sichtbare Veränderungen.

Die mikroskopische Untersuchung der oben beschriebenen weissen und gelblichen Verdickungen (in Form von Plättchen) zeigte eine Verdickung der Schleimhaut, welche sich intensiv mit Hämatoxylin und Karmin färbte. Die Färbung geht ohne scharfe Grenzen in die umgebenden Teile über. Die Epithelschicht fehlt an den verdickten Stellen. Die Färbung nach Löffler und Gram zeigte Mikroorganismen nur in den oberflächlichen Schichten, was durch secundäre Invasion erklärt werden kann; die Färbung auf Fibrin weist letzteres nicht nach, ebenso gab die Färbung auf Tuberkelbacillen ein negatives Resultat. Die Untersuchungen auf Kalk und Amyloid ergaben ebenso negative Resultate.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Laryngitis ulcerosa, Tonsillitis et Glossitis ulcerosae. Erosiones ventriculi. (Lues hereditaria?)

In Anbetracht der Hinweise auf Syphilis in der Anamnese und beim Fehlen von scharf ausgeprägten acuten Entzündungserscheinungen kam ich sowie mein verehrter College S. Schujeninow trotz des negativen Ergebnisses der bakterioskopischen Untersuchung, die keine Spirochäta pallida erwies, zu dem Schluss, dass in ätiologischer Beziehung die besprochenen Neubildungen am wahrscheinlichsten doch auf Syphilis zurückzuführen wären.

II. Fall. Im Jahre 1903 beobachtete ich ein Kind, welches im 9. Monat geboren wurde und 2800 g. bei der Geburt wog. Von dem Augenblick, wo es zur Welt kam, wurde bei ihm ein tönendes Inspirium bemerkt, das teils pfeifend, teils rasselnd klang. Am zweiten Tage wurde dieses tönende Inspirium noch lauter, das Atmen war dabei sehr erschwert. Das Inspirium nahm einen schnarchenden Charakter an. Bei der Untersuchung des Mundes und Rachens konnte man eine unbedeutende Spaltung des weichen Gaumens bemerken, eine bedeutende Verkürzung des Unterkiefers und eine klein scheinende Zunge, von welcher nur der vordere Teil in der Mundhöhle zu sehen war. Wegen der drohenden Asphyxie infolge der erschwerten Atmung wurde eine Operation gemacht, welche darin bestand, dass die Zunge mittelst zweier Fäden, welche von beiden Seiten durchgesteckt waren, nach vorne gezogen wurde, und die Fäden aussen an den Wangen befestigt wurden. Eine Stunde nach der Operation starb das Kind.

Klinische Diagnose: Stridor inspiratorius congenitus. Tod durch Asphyxie infolge Zurücksinkens der Zunge.

Section. (Prosector G. Tschoschin). Der Unterkiefer ist breit, klein und von vorn nach hinten verkürzt. Die untere Mundhöhle klein, die Zunge auch klein, nur ihr hinterer Teil ist entwickelt, dieser Teil befand sich im Rachen hinter dem gespaltenen Gaumen. Andere Anomalien sowie Veränderungen in den inneren Organen wurden nicht gefunden. Thymus nicht sehr gross. Atelektase beider Lungen.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Micrognathia, Microglossia, Palatum fissum. Tod durch Asphyxie.

III. Fall. Micrognathia, Palatum fissum. Stridor inspiratorius congenitus.

Knabe. Gewicht 3800 g., geboren am 3. December 1905. Ganz dem vorigen ähnliches Pfeifen, hörbar beim Einatmen, darauf lauteres Atmen, mit lautem, tönendem Inspirium, vom 2. Tage an. Der Mund ist die ganze Zeit offen, das Kind wird nicht blau, kann nicht saugen und macht die ganze Zeit gleichsam Schluckbewegungen. Am 3. Tage nahm das tönende Inspirium den Charakter eines Schnarchens an, es stellte sich Atemnot, Cyanose ein. Die Zunge wurde von Dr. Grekow nach vorne gezogen und an die untere Lippe angenäht. Am nächsten Tage nahm die Atemnot ab, die Cyanose verschwand, das Rasseln und Schnarchen liess nach, aber nach einiger Zeit fing die Zunge wieder an, stark nach hinten zurückzusinken, die untere Lippe nach sich ziehend. Das Rasseln wurde stärker, d. h. das Inspirium wurde stark tönend. Das Kind wurde von der Mutter nach Hause genommen, sein weiteres Schicksal ist uns unbekannt.

Nach Mitteilung dieser 3 Fälle, wenden wir uns wieder der Literatur zu, um zu sehen, welche ätiologischen Factoren von den Autoren zur Erklärung der unmittelbaren Ursache des angeborenen Stridor inspiratorius angegeben werden. Hier finden wir 2 Gruppen von Ursachen oder 2 Theorien.

1) Die Theorie des nervösen Ursprungs des Stridor und 2) die mechanische Theorie.

Beide Theorien suchen zu beweisen, dass die Ursache oder der Sitz des angeborenen Stridor inspiratorius der Larynx ist, d. h., dass die von den Autoren beschriebenen Laute sich im Kehlkopf entwickeln. In letzter Zeit liegen Beobachtungen vor, welche der mechanischen Theorie widersprechen, und die Theorie des nervösen Ursprungs kann nur schwer zur Erklärung herangezogen werden. Dies ist der allgemeine Eindruck.

Für die Nerven-Theorie treten ein Thomson, Turner, Mac Bride, Loeri, Robertson, Eustace Smith, Felix Semon, Herzfeld, Stamm und Natier.

Die mechanische Theorie wird von Refslund, Sutherland und Lambert Lack, Variot und Guilbert, Goodhart, Lees, Suckling, Hill, Comby, P. Bruder, Hahn, Coll, Rocaz und Anderen verfochten.

John Thomson [14]) versuchte auch in allerletzter Zeit zu beweisen, dass die Hauptursache des Stridor auf einem Leiden der Coordinationscentren der Atmungsbewegungen beruht, welche nach den Untersuchungen von Semon und Horsley [15]) sich in der Gegend des calamus scriptorius befinden müssen.

Das Leiden soll durch eine Entwickelungshemmung der corticalen Centren bedingt werden. Auf Grund dieser Erklärung macht der französische Arzt Bruder in

[14]) Thomson, l. c.
[15]) Robertson, Semon u. A. citiert nach Bruder, l. c.

seiner sehr umständlichen Dissertation den Vergleich, dass der Stridor eine Art von Stottern sei, „le stridor serait une sorte de bégaiement . . .“ Nach Thomson sind in der Pathogenese des Stridor die primären und selbständigen Factoren nicht Veränderungen in der Structur, sondern functionelle Veränderungen. — Seine Worte sind:... «and that the essential and primary factor in the disease is not structural but functional; they hold that the principal cause of the obstruction is an ill-coordinated spasmodic action of the muscles of respiration, a choreiform respiratory spasm analogous to stammering — as distinguished from a laryngeal spasm.» (S. 302).

Aber auch die Ansichten der Anhänger der Nerventheorie stimmen nicht ganz untereinander überein. So bezweifelt es Loeri[15]), ob hierbei das obenerwähnte Coordinatonsleiden eine Rolle spielt, oder die übergrosse Erregkarkeit der Nervencentren, welche den Stridor zu einer Art von klonischem Laryngospasmus macht.

Robertson[15]) sieht die Ursache in der Lähmung der Muskeln, die die Stimmritze erweitern Semon[15]) hingegen meinte, dass eine solche Lähmung bei Kindern nie vorkommt und auch von niemand dieses bisher bewiesen ist.

Smith[15]) endlich erklärt das Entstehen des Stridor nicht durch Laryngospasmus sondern durch Spasmus der lig. ary-epiglottica, welche sich in einem reflectorisch-krampfhaften Zustande befinden, hervorgerufen durch adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum. Diese Meinung wurde jedoch widerlegt, nachdem Variot, Clarke und R. Hahn gezeigt hatten, dass der Stridor trotz der vorgenommenen Operation —Adenotomie — nicht verschwand. Nach der Meinung von J. Trumpp[16]) ist die Stelle des Stridorursprunges nicht der Eingang in den Kehlkopf, sondern der Kehlkopf selbst. Zu Gunsten dieser Ansicht sprechen sowohl der musikalische Charakter des Stridor als auch die laryngoskopische Untersuchung. (Loeri bemerkte während des Stridor bei der Inspiration, dass die Stimmbänder sich einander näherten). Wenn die Ursache des Stridor eine anormale inspiratorische Verengerung des Kehlkopfs ist, so kann diese letztere durch eine Entwickelungshemmung des Centrums des nervus recurrens bedingt sein, die eine functionelle Störung der Muskulatur zur Folge hat. Trumpp lässt auch eine angeborene Schwäche der Stimmritzenmuskulatur zu, welche besonders scharf beim musculus posticus ausgeprägt ist: «ebenso gut könnte es sich aber auch um eine angeborene Schwäche der Glottismuskulatur handeln, die etwa an den Postici besonders ausgeprägt ist,— die Annahme... gestattet eine ziemlich ungezwungene Deutung aller bisherigen Befunde am Lebenden und an der Leiche».

Die andere, mechanische Theorie stützt sich auf sichtbare anatomische Veränderungen des Kehlkopfs, die bei der Section und bei der laryngoskopischen Untersuchung am Lebenden gefunden werden. Besonders wird diese Theorie in Frankreich, dank den Arbeiten von Variot, von den Pädiatern mit grossem Enthusiasmus verteidigt. Diese eigenartige, angeborene Veränderung der Form des Kehlkopfes besteht darin, dass der Kehlkopfdeckel sich so in eine Falte rollt, dass seine Ränder sich gegenseitig berühren, währen der sich selbst nach hinten umbiegt. Die Ligamenta ary-epiglottica nähern sich gleichfalls einander, infolge dessen verengt sich der Eingang in den Kehlkopf, so dass er in solchen Fällen nur noch aus einer engen, rhomboiden Spalte besteht. Ebensolche Veränderungen ergab die laryngoskopische Untersuchung,

[15]) s. Bruder l. c.

[16]) J. Trumpp. Arch. f. Kinderheilkunde. 5. Bd. 1909. S. 250: «Ueber eine anatomisch und klinisch bemerkenswerte Anomalie des Laryngotrachealrohres, nebst kritischen Bemerkungen über die Aetiologie des Stridor laryngis congenitus».

wovon z. B. Le Marc' Hadour, Bride, Smith, Avellis, Rocaz und Andere berichten [17]).

In einigen Fällen wurden Veränderungen im Kehlkopfdeckel und den erwähnten Falten, in anderen Fällen nur im Kehlkopfdeckel beobachtet. Dieses gab den Anlass, zwei Typen von angeborener Kehlkopfveränderung, einen höheren und einen niedrigeren Grad derselben zu unterscheiden, («dans l'un, la malformation est au maximum, dans l'autre type, la malformation, moins accusée, est limitée à l'epiglotte qui est enroullée sur elle-même)». Die Theorie sützt sich auf 4 Sectionen und 12 laryngoskopisehe Untersuchungen, ausser denen in der Literatur keine vorhanden sind (Trumpp). Selbstverständlich erklärt sie nicht alle Stridorfälle. Schliesslich sind in der letzten Zeit solche Fälle veröffentlicht worden, wo bei Lebzeiten das klare Bild des inspiratorischen Stridor vorhanden war, während bei der Section die oben erwähnte angeborene Anomalie im Kehlkopf nicht zu finden war. Noch wichtiger ist der Umstand, dass unlängst ein höchst interessanter Fall veröffentlicht wurde, wo trotz einer angeborenen Anomalie des Kehlkopfes, die bei der Section gefunden wurde, bei Lebzeiten kein Stridor bestanden hatte. Hiernach kann eine vollkommene Negation der mechanischen Theorie nicht überraschen, welche von Trumpp in folgenden Worten ausgedrückt wird: «ganz ausgeschlossen dürfte es sein, dass eine Deformation der Epiglottis allein den Stridor erzeugen könnte». Eine Erklärung abzugeben, wie der stridor entsteht, ist in Anbetracht der in der Literatur vorhandenen Angaben ziemlich schwer, daher gehen die Ansichten der Autoren in dieser Hinsicht ziemlich auseinandec. Thomson und Turner sind der Meinung, dass die starken und nicht coordinierten Atmungsbewegungen im Stande sind, ein klappenartiges Zusammenfallen des Kehlkopfdeckels und der erwähnten Falten zu bedingen. Professor Heubner meint, dass eine solche Erklärung dieser Autoren am wahrscheinlichsten wird, wenn eine angeborene Atonie der Gewebe vorausgesetzt wird,—«angeborener mangelhafter Gewebsturgor der Weichteile am Aditus». Ein so zu sagen, ungenügender Tonus der Weichteile des Kehlkopfeinganges, der nur allmählich im späteren Alter sich ausgleicht, trägt zum allmählichen Schwachwerden und Verschwinden des Stridor bei. Nach Paterson[18]) spielen bei Entstehung des Stridor am Kehlkopfeingang der zarte Bau der hinteren Kehlkopfwand und die leicht in ihr entstehenden Schwingungen eine Rolle.

Muggia[19]) denkt, dass die nervöse Ursache des Stridor von der mechanischen nicht abtrennbar ist.

Nach Hoffmann[20]) spielt hierbei das Misverhältnis zwischen dem angeborenen, abnorm kleinen Kehlkopf und der verhältnismässig weiten (normalen) Trachea in solchen Fällen eine wichtige Rolle.

Wir haben schon darauf hingewiesen, dass man die Erklärung derjenigen Autoren, die Anhänger der Lehre vom Asthma thymicum sind und die den Stridor als Folge eines Druckes der Glandula thymus deuten, nicht als richtig ansehen kann. Einige dieser Autoren halten die erwähnte Hypothese beinahe für ein Axiom. Bonnet, zum Beispiel, sagt: «comme absolument certain que le stridor congénital des nouveau-nés est dû à une hypertrophie du thymus». In einem Falle von Stamm[21]) erfolgte der Tod des Kindes in den ersten Lebenstagen, nachdem der einige Tage dauernde angeborene Stridor

[17]) Trumpp l. c.

[18]) Congenital laryngeal Stridor. The Brit. med. Journ. 1906. Nr. 2895. cit. nach Trumpp, l. c.

[19]) Muggia. Stridor laryng. cong. Riv. d. Clin. Ped. 1907. Nr. 19, cit. nach Trumpp l. c.

[20]) Hoffmann — s. Trumpp l. c.

[21]) Karl Stamm. Congenitaler Larynxstridor. Arch. f. Kinderheilkunde 1900.

sich durch Cheyne-Stokessche Atmung und Krämpfe compliciert hatte. (Eine Section hatte nicht stattgefunden). Im zweiten Falle desselben Autors waren Andeutungen einer Hypertrophie der Glandula thymus vorhanden, und in beiden war durch die Percussion durchaus keine Hypertrophie nachzuweisen, so dass Stamm selbst dazu neigte, ein Leiden der Coordinationscentren der Atmungsbewegungen anzuerkennen. Nichtsdestoweniger sucht Strzelbizki in seiner Abhandlung seine Fälle mit den Fällen von Stamm und Avellis unter einer gemeinsamen Diagnose, und zwar einer angeborenen Hypertropie der Glandula thymus, zusammenzufassen, welche Störungen hervorruft, die sich im Stridor inspiratorius äussern.

Hochsinger[22]) konnte in mehr als der Hälfte seiner 58 Fälle von Stridor (?) mit Hilfe von X-Strahlen keine Vergrösserung der Thymus nachweisen. Nach Professor Dm. Ssokolow führen alle derartigen Schilderungen nur dazu, dass man die Annahme, wonach die Thymus die Urheberin des Stridor sein soll, sehr bezweifeln muss. Weiter sagt der Autor: «Was eigentlich die Autoren mit dem Namen Stridor congenitus bezeichnen, ist für mich ganz unklar; wenn wir diese Fälle zu analysieren anfangen, so überzeugen wir uns, dass die grosse Mehrzahl keine Beziehungen zur gl. thymus hat. Ssokolow weist auf die retropharyngealen Abscesse und (worauf ich besonders aufmerksam mache) auf das Zurücksinken der Zunge hin. Es kommen Fälle von tönenden Einatmungszügen vor fast von der Geburt des Kindes an, welche das Recht geben, dieses Einatmungsgeräusch als Stridor congenitus anzusehen; diese Fälle werden von den Aerzten als Asthma thymicum angesehen, haben aber nichts mit diesem gemein, wie die interessante posthume Untersuchung dieses Autors an einem Falle zeigt, wo die starke Grösse der Zunge die Ursache des lange dauernden Stridor war. Die Zungenbasis lag dem Kehlkopfdeckel auf, und indem sie den Eingang zum Kehlkopf zudeckte, sog sie sich an denselben an und rief saccadierte, tönende Einatmung hervor.

Zwei meiner Fälle bestätigen den Hinweis Prof. Ssokolows auf die Möglichkeit der Entstehung des Stridor durch Nachhintenfallen nicht nur einer vergrösserten, sondern auch einer abnorm kleinen Zunge, wie ich dieses in den zwei oben erwähnten Fällen beobachtet habe.

Hier war sowohl die Mundhöhle, wie die Zunge klein, der Unterkiefer von vorne nach hinten verkürzt, (micrognathia), der hintere Teil der Zunge senkte sich tief in den Rachen, drückte auf den Kehlkopfdeckel und deckte den Eingang in den Kehlkopf zu. Das Bild des Stridor war in der Tat ein höchst eigenartiges, doch war es dem von Professor Ssokolow beschriebenen ähnlich.

Meine Fälle zeigen, wie vorsichtig man hinsichtlich der Aetiologie des Stridor laryngeus sein muss, sowie hinsichtlich der Erklärung des wahren Ursprunges des angeborenen Stridor, besonders bei Neugeborenen, bei denen sein Anfang die Regel bildet, und wie verschieden seine Ursachen, klinischen Unterschiede und Endresultate sein können. Sehr lehrreich ist in dieser Hinsicht der Fall von Rothschild[23]): Das Brustkind litt von der Geburt an an typischem Inspirationsstridor, starb an Pneumonie in der 6. Lebenswoche; es bestand eine Vergrösserung der gl. thymus; bei der Section aber wurde eine Retentionscyste (vereitert während der Pneumonie) in der rechten, inneren Hälfte des Kehlkopfes gefunden. — Sie war die Ursache des Stridor («submucöser Kehlkopfabscess... die Untersuchung ergibt, dass die Abscesswand von Cylinderepithel ausgekleidet... dass es sich nicht um einen Abscess handle, sondern dass ursprünglich mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Retentionscyste der Schleimdrüsen bestanden hat, die in den letzten Lebenstagen vereitert sei»). Der Autor zieht den ganz richtigen Schluss, dass die vorherschende Anschauung, dass der angeborene Stridor eine Folge von angeborenen Kehlkopfmisbildungen sei, nicht als allgemein angenommen gelten kann. So führt er den Fall Hohlfeld[24]) an, wo bei angeborenem Stridor eine vom Oesophagus ausgehende Geschwulst nachgewiesen wurde, ein Leiomyoma fibrosum, welches den Kehlkopf und die Trachea zusammendrückte. In seinem eignen Falle konnte man absolut keine angeborene Deformität des Larynx beobachten. Der Kehlkopf war von normaler Grösse und nur der Kehlkopfeingang leicht geschwellt und gerötet; die Trachea war nicht zusammengedrückt.

Aber wenn auch durch diesen und andere ähnliche Fälle die Möglichkeit eines langen Leidens an Stridor inspiratorius bewiesen wird, ohne angeborene Deformität des Larynx, so zeigt andererseits der oben erwähnte Befund von Trumpp, dass ungeachtet einer stark ausgesprochenen Deformität des Kehlkopfes der Stridor ganz fehlen kann, d. h. es können bei Lebzeiten keinerlei functionelle Störungen von Seiten des Kehlkopfes wie Pfeifen, Röcheln oder Stickanfälle etc. bestehen. Der Patient Trumpps, ein $1^1/_2$-jähriges Kind, starb in der Klinik von Pfaundler an Miliartuberculose nach Masern. Niemals hatte das Kind früher an Atembeschwerden oder an einem bemerkbaren Stridor gelitten. Die Stimme war immer klar und laut, und das Kind hatte sich immer durch eine ausserordentlich gute Gesundheit und einen ebensolchen Körperbau ausgezeichnet. Während des Maserncroups wurde es 11 Mal intubiert, wobei die Aerzte absolut keine Anomalie von Seiten des Kehlkopfes bemerkten, während bei der Section eine fast vollständige Aplasie des Ringknorpels und der beiden ersten Trachealknorpel gefunden wurde. Ungeachtet der rinnenförmigen Form des Kehlkopfdeckels, seiner ziemlich schlaffen Falten (lig. ary-epiglottica) und des Umstandes, dass beim Fehlen des Grundknorpels, welcher als Stützpunkt für das ganze Kehlkopfskelet dient, der Kehlkopf ohne Zweifel seine Festigkeit verloren hatte, kam es trotz alledem nicht zum Stridor; dieses alles dient als mächtiger Beweis für die Unzulänglichkeit der mechanische Stridortheorie, («es scheint mir gegen die Richtigkeit der mechanischen Theorie zu sprechen, dass in diesem Falle trotz der mangelhaften Resistenz der Kehlkopfrückwand kein Stridor zustande kam"), d. h. der Theorie, welche sich auf die angeborene Deformität des Kehlkopfes stützt, Wahrscheinlicher ist, wie wir schon oben erwähnt haben, die Ursache des Stridor eine angeborene Schwäche der Muskulatur der Stimmritze, speciell eine Schwäche der musc. crico-arytaenoidei postici, welche die Stimmritze erweitern, und diese letzteren waren im Falle von Trumpp ganz besonders gut entwickelt.

In meinen Fällen wies der Kehlkopfdeckel nicht die von den Autoren beschriebene angeborene Deformität auf, von der so oft in den nicht zur Section kommenden Beobachtungen gesprochen wird. So demonstrierte unlängst Forest[25]) in Strassburg ein 3 monatliches Kind, bei dem das Inspirationsgeräusch so typisch war, das es dem Glucksen einer Henne am meisten ähnelte, während der Kehlkopfdeckel abnorm weich gewesen sein soll.—(„Abnorme Weichheit der Epiglottis, welche der eingeführte Finger dem Aditus Laryngis aufliegend fühlte»). Hierbei fügt der Autor hinzu, dass einen ebensolchen Fall auch Varriot gesehen habe. Wir haben jedoch

[22]) Hochsinger l. c.
[23]) J. Rothschild. Zur Aetiologie des Stridor inspiratorius congenitus. Archiv f. Kinderheilkunde. 1909. Bd. 52. S. 130.
[24]) Hohlfeld. Verhandlungen der Gesellsch. f. Kinderheilk. in Köln. 1908. Wiesbaden. Cit. nach Rothschild.
[25]) Forest. Deutsche Medic. Wochenschrift. 1901. 18. Nov. Stridor congenitus.

schon oben gesehn, dass man sich solchen Mitteilungen gegenüber sehr kritisch verhalten muss. In meiner Monographie über das Asthma thymicum bei Kindern [26]) habe ich die Frage über den angeborenen Stridor wenig erörtert, indem ich sie nur insofern berührte als sie für die Diagnose des Kropfasthma wichtig ist. Wie wir schon gesehen haben, kritisiert Professor Ssokolow sehr scharf die Beobachtungen derjenigen Autoren, welche ohne strenge Analyse den Stridor congenitus mit diesem Asthma verwechseln.

Zum Schluss wende ich mich meinem ersten Falle von angeborenem typisch ausgesprochenem Stridor bei einem Kinde zu, welches am 7. Tage starb. Bei der Section erweckte die Thymusdrüse, welche länger und breiter als gewöhnlich bei Neugeborenen war, den Eindruck, als ob sie die Todesursache gewesen wäre. Bei Lebzeiten konnte diese Vergrösserung mittelst der Percussion nicht nachgewiesen werden. Nach Abtrennung von den tiefer gelegenen Teilen erwies sie sich blass, dünn und flach, sie wog 8 g. Die Trachea war absolut nicht zusammengedrückt. Die Ränder des Kehlkopfdeckels waren verdickt und von den oben beschriebenen compacten grau-weissen Knötchen besät. Die mikroskopische Untersuchung klärte ihren wirklichen Ursprung nicht auf, jedoch zeigte sie, dass man es hier mit einer entzündlichen Infiltration mit oberflächlichen Ulcerationen zu tun hatte, welche einen Teil der Zunge, des Rachens und der Ränder des Kehlkopfdeckels einnahmen.

Wie aus der Anamnese zu ersehen ist, können wir den Anteil der Syphilis der Eltern an diesem Leiden nicht unberücksichtigt lassen. Wie aus Fig. 1 zu ersehen, hatte von allen Stellen, auf denen die grau-weissen auf einem derben, ziemlich infiltrirten dunkel-roten Grunde sitzenden Knötchen verstreut waren, am meisten der Kehlkopfdeckel gelitten. Wenn wir diesen Kehlkopfdeckel mit dem normalen Kehlkopfdeckel eines Neugeborenen, wie ihn Figur 2 zeigt, vergleichen, so sehen wir, dass der Unterschied am meisten den Eingang zum Kehlkopf betrifft. Wir sehen, dass der Knorpel des kranken Kehlkopfdeckels zweimal kürzer ist als der gesunde, und seine Form stark von der gesunden abweicht, er besitzt nicht die den Brustkindern eigne Rinne. Der Rand des Kehlkopfdeckels ist eher einem Trichter von unregelmässiger Form mit verdicktem Rande ähnlich. Die Kehlkopfmuskulatur war durchaus genügend entwickelt. Bei Lebzeiten war offenbar die oedematös-entzündliche Infiltration noch viel grösser, so dass die angedrungenen Ränder des Kehlkopfdeckels und die Schwellung der umgebenden Teile die Ursache des inspiratorischen Stridor waren. Wenn wir hierzu die Verdickung der ligamenta ary-epiglottica und die Verdickung des hinteren Teils der Zunge infolge der Ulceration und Entzündung hinzurechnen, so werden uns die Momente klar, durch die bei Lebzeiten das schwere klinische Bild des angeborenen Stridor inspiratorius in meinem ersten Falle zustande kam. Somit ist die Frage inbetreff dieses Leidens in unserer russischen Literatur nur auf kurze Anmerkungen beschränkt. Daher hielt ich es für angemessen, in dieser Skizze eine ausführlichere Beschreibung des Stridor congenitus zu geben. Ich denke auch, dass meine eignen drei Beobachtungen dazu beitragen werden, das dunkle, vieldeutige Gebiet der Aetiologie des angeborenen Stridor besser zu beleuchten.



Abb. 1.

Abb. 1. Zu Fall 1. Kehlkopf und Zunge eines neugeborenen Kindes, welches am 7. Tage unter Symptomen von Stridor inspiratorius congenitus starb. Auf der Zunge, der rechten Mandel und den Kehlkopfrändern sind grau-weisse Knötchen zu sehn. Die Ränder des Kehlkopfdeckels sind verdickt, er selbst ist verkürzt und hat Trichterform.



Abb. 2.

Abb. 2. Normaler Kehlkopf. Kehlkopf und Zunge eines neugeborenen Kindes, welches bei schwerer Geburt infolge von Gehirnblutung starb. Der Kehlkopfdeckel ist rinnenförmig, von regelmässiger Form und in normalem Zustande.

Beide Präparate sind nach der Kayserlingschen Methode conserviert.

[26]) W. P. Shukowsky. «Asthma thymicum у дѣтей». Клиническія лекціи. журн. „Практическая Медицина" за 1906 г. (Съ 11 рис.) Спб. 1906.

Ueber gerichtsärztliche Sectionen mit besonderer Berücksichtigung der neuen Vorschriften des Ministers des Innern vom 6. October 1909.

Vortrag, gehalten auf dem XXI. livl. Aerztetage zu Wenden 28. VIII 1910.

Von
Dr. J. Sadikoff-Talsen.

In meiner langjährigen Praxis als Gerichtsarzt ist es mir aufgefallen, namentlich in letzter Zeit, wie sehr bei den Herrn freipracticierenden Collegen die bei gerichtlichen Sectionen zu beobachtenden Regeln in Vergessenheit ge-

raten sind. Es ist ja nicht zu umgehen, dass die officiellen Kreis- und Stadtärzte manches Mal von den freipracticierenden Aerzten, namentlich Landärzten, bei Sectionen vertreten werden müssen, und es wäre daher wohl wünschenswert, dass die Richter in diesen Fällen auch Sectionsprotocolle bekämen, mit welchen sie etwas anfangen könnten. Sie werden es daher, meine Herrn Collegen, entschuldigen, wenn ich Ihnen heute einen kleinen Vortrag über gerichtliche Sectionen halte, zu welchem ich mich ganz besonders veranlasst fühle, weil in letzter Zeit durch das Circular des Ministers des Innern in dieser Angelegenheit auch manche Veränderungen der seit 1905 geltenden Regeln (Med. Ustaw § 1192—1231) eingeführt sind. Da dieses Circular nicht Jedem zur Hand sein dürfte und in deutscher Uebersetzung meines Wissens nach noch nicht existiert, so glaube ich dadurch die Berechtigung zu haben, hier über dasselbe vorzutragen. Es ist mir an dieser Stelle natürlich unmöglich, alles detaillirt zu bringen, und ich muss mich nur auf das beschränken, was in dem Circular neu ist und von den alten Vorschriften abweicht, welche ich als bekannt voraussetzen muss.

Im Gegensatze zu den früheren Bestimmungen (§ 1211 уст. врач. 1905 г.) sollen Sectionen nur in 2 Fällen nicht ausgeführt werden: 1) beim geringsten Zweifel an dem eingetretenen Tod und 2) nicht vor 24 Stunden nach dem Tode, jedoch mit Ausnahme von Schwangeren in der letzten Hälfte der Schwangerschaft, wo zur Rettung der Frucht der Kaiserschnitt unter allen chirurgischen Kautelen ausgeführt werden soll. Fäulnis und Zerstörungen durch Feuer etc. ist kein Grund für Ablehnung der Section. Es sollen auch Leichenteile und noch nicht lebensfähige Früchte seciert werden. Die Untersuchungen sollen am Tage ausgeführt werden, wenn sie aber doch bei künstlicher Beleuchtung gemacht werden, so muss dieses im Protocoll vermerkt werden mit Angabe des Grundes, weshalb von dieser Vorschrift abgewichen ist. Leichen Erfrorener sollen nicht mehr in Wasser gelegt werden, sondern in ein Zimmer mit 10—14° R. auf 12—24 Stunden.

Es sollen die Masse in Gramm und Centimeter angegeben werden.

Aeussere Besichtigung:

Wenn sich an den Kleidern oder auf dem Körper des zu untersuchenden Leichnams Fremdkörper (посторонния вещества) finden sollten, so sollen diese, falls es nötig sein sollte, sie näher zu bestimmen, auch mikroskopisch untersucht werden, oder ein Teil derselben für eine weitere Untersuchung aufbewahrt werden. Die Conjunctiva der Augen ist zu untersuchen, ob sie nicht gerötet ist.

Es ist darauf zu achten, ob nicht in den Oeffnungen des Kopfes Fremdkörper sich finden. Am Halse ist zu beachten die Proportion seiner Länge und Dicke und die Füllung der Venen. Eine etwa vorhandene Strangfurche ist ihrer Lage nach anatomisch zu beschreiben. Der Zustand der weiblichen Brüste ist genau zu beschreiben, auch ob sich nicht aus den Warzen Milch ausdrücken lässt. Etwa vorhandene Hernien müssen genau beschrieben werden, ebenso krankhafte Veränderungen oder Fremdkörper in den Geschlechtsteilen. Bei unbekannten Personen sind in den betreffenden Stellen des Protocolls folgende genaue Daten anzuführen: Länge des Körpers, grösste Länge und Breite des Kopfes, Umfang des Kopfes, des Halses, der Brust und des Bauches, Länge des Fusses. Die Haare des Kopfes, des Bartes und Schnurrbartes sind genau zu beschreiben, ebenso der Zustand der Zähne; ausserdem etwaige Missgestaltung, Flecken, Narben und drgl. Besonders zu beachten ist der Zustand der Hände, wie die Nägel sind, ob Schwielen, Verfärbungen etc. vorhanden. Bei Verletzungen soll die Tiefe derselben bei der äusseren Besichtigung nicht beschrieben werden, sondern nur angeführt werden, ob sie oberflächlich sind oder in die Tiefe gehen; hierbei soll kein Instrument gebraucht werden, da die wirkliche Tiefe sich schon von selbst bei der Section ergeben wird. Wenn an der Leiche sich Flecken finden, welche auf Verletzungen hindeuten, so sind hier nach genauer Beschreibung derselben Kreuzschnitte zu machen, weche so tief fortgesetzt werden, wie weit sich Blutaustritte und Gewebsverletzungen zeigen. Bei Verrenkungen und Knochenbrüchen sind Einschnitte zu machen, um sich durch den Zustand der umgebenden Weichteile zu überzeugen, ob sie vor oder nach dem Tode zustande gekommen sind.

Bei Verbrennungen muss man die einzelnen Grade derselben, je nach ihrer Lage, beschreiben, sich überzeugen, ob die Blasen Flüssigkeit enthalten; ferner muss man darauf achten, ob nicht auf der Haut Spuren von Russ, Kalk, Oel, Säuren vorhanden sind.

Bei Verletzungen hat der Gerichtsarzt besonders zu beachten: a) den Umfang der Verletzung und die Wichtigkeit der verletzten Teile für das Leben; b) Zeichen, welche auf das Werkzeug und die Art und Weise der Beibringung der Verletzungen hinweisen und c) Anzeichen, welche darauf schliessen lassen, ob die Verletzung bei Lebzeiten und wie lange Zeit zurück stattgefunden hat, z. B. Schwellungen, Blutaustritte, Entzündungen, Eiter, Granulationen und drgl.

Innere Besichtigung:

Bei der Section sollen d i e Körperhöhle und d i e Organe zuerst untersucht werden, wo man die Todesursache zu finden erwartet, sonst hat man folgenderweise zu verfahren: Es ist ein grosser Schnitt vom Kinn bis zur Schamfuge zu machen, am Halse nur durch die Haut, an der Brust bis auf die Knochen, am Bauche mit Umgehung des Nabels nach links durch die ganze Dicke der Muskulatur. Dann wird die Bauchhöhle eröffnet und Peritoneum und Bauchorgane besichtigt, darauf Eröffnung der Brusthöhle mit Besichtigung der Pleurahöhlen und Brustorgane mit Ausnahme des Herzens; dann die Besichtigung der Halsorgane. Zuletzt wird der Herzbeutel geöffnet, besichtigt und dann als erstes aller Organe das Herz seciert. Dann folgen Magen, Halsorgane, Brustorgane und zuletzt Schädelhöhle und Gehirn. Die Organe sollen nicht so zerschnitten und verunstaltet werden, dass eine zweite anatomische Untersuchung unmöglich gemacht wird. Da die Todesursache oft compliciert ist und gleichzeitig verschiedene Veränderungen an verschiedenen Stellen sich finden können, so hat man sich nicht nur mit der Section einer Körperhöhle zu begnügen, sondern alle 3 Körperhöhlen und die Halsorgane zu untersuchen. Was die Untersuchung der einzelnen Körperhöhlen betrifft, so wird im Circular genau angegeben, wie sie vorzunehmen ist. Dieses deckt sich jedoch im Grossen und Ganzen mit dem, wie es uns auf der Universität gelehrt worden, und ich brauche daher darauf hier nicht näher einzugehn. Besonders hervorgehoben zu werden verdienen vielleicht folgende Bestimmungen: Das Hirn soll gemessen und gewogen werden. Bei Blutaustritten im Schädel muss angegeben werden, wo dieselben sind: zwischen Knochen und dura mater oder zwischen den Hirnhäuten, oder in der Pia oder zwischen Pia und Hirnoberfläche. Es ist anzugeben, ob die Hirnrinde in der grauen Substanz rötlich oder von dunkler Farbe ist.—

Bei Knochenbrüchen muss darauf geachtet werden, ob nicht eine besondere Brüchigkeit der Knochensubstanz vorhanden ist, und im letzteren Falle soll ein Stück Knochen für fernere Untersuchungen herausgenommen werden. — Die Grösse der Schilddrüse soll bestimmt werden.—Wenn man beim Drücken des Lungengewebes aus den Verästelungen der Luftröhren Schleim oder andere Substanzen herausdrückt, so sollen diese, wenn möglich, mikroskopisch näher bestimmt werden.—Wie schon oben gesagt, soll der Magen vor Herausnahme der Brustor-

gane untersucht werden, damit sein Inhalt nicht beim Durchschneiden des Oesophagus in die Brusthöhle fliesst. Der Inhalt des Magens soll auf seine chemische Reaction hin geprüft werden.—Bei der Leber soll besonders Acht gegeben werden auf die Pforte derselben und das ligamentum hepato-duodenale, indem man Letzteres durch Einführen des Zeigefingers in das foramen Winslowii untersucht, und dann den ductus choledochus auf seinen Inhalt ansieht.—Die einzelnen Teile der Geschlechtsorgane sollen untersucht werden.—Bei schwangeren Frauen soll der Ein- und Ausgang und die Höhle des kleinen Beckens ausgemessen werden, bes. wenn es sich um ein Gutachten in Betreff der Schwere der Geburt handelt.—Die Section des Wirbelcanals, welche bei Erkrankungen des Nervensystems nötig sein könnte, soll nach Eröffnung des Schädels und vor Eröffnung der anderen Körperhöhlen gemacht werden.

Section der Leichen Neugeborener.

Diese wird so ausgeführt, wie es bisher geschehen und wie es uns auf der Universität gelehrt worden ist. Besonders hervorzuheben wäre nach den neuen Vorschriften vielleicht folgendes: Bei der Besichtigung Neugeborener müssen, wenn Hoffnung dazu vorhanden, natürlich sofort Massregeln zu ihrer Wiederbelebung ergriffen werden.—Vor der Section hat man sich nach allen Umständen, welche sich in Bezug auf den Neugeborenen, die Geburt selbst und den Zustand der Mutter beziehn, zu erkundigen. Ebenso muss man wissen, wie die Leiche bis zur Section aufbewahrt worden ist.—Wenn durch die äussere Besichtigung festgestellt wird, dass das Kind vor Ablauf der 30-sten Woche der Schwangerschaft geboren ist, oder wenn sich am Leichname Missbildungen oder Krankheiten, welche die Lebensunfähigkeit der Frucht documentieren, finden, so ist eine weitere Section (вскрытие) nicht auszuführen, doch hat der Richter das Recht, auch dieses zu verlangen.—Zur Entscheidung der Frage, ob das Kind lebend geboren, muss wenigstens die Lungen- und Magendarmprobe gemacht werden. Bei letzterer muss der Magen, Dünn- und Dickdarm einzeln zugebunden werden; wenn im Dünndarm an einzelnen Teilen Gasentwickelung bemerkbar, so werden die Stücke einzeln abgebunden. Die einzelnen, abgebundenen Organe werden dann, wie die Lungen, auf Schwimmfähigkeit geprüft.—

Die Durchgängigkeit des ductus arteriosus Botalli prüft man folgendermassen: Man eröffnet mit einer kleinen Scheere vom rechten Ventrikel des Herzens aus die Lungenarterie an der vorderen Wand nach oben; dann treten zuerst der rechte und linke Zweig der Lungenarterie und etwas höher die Oeffnung des ductus Botalli zu Tage, in welchen die Sonde in der Richtung von rechts oben nach links unten geht. — Die Tymusdrüse muss ausgemessen, gewogen und näher beschrieben werden. — In der Bauchhöhle muss der ductus Arantii und die Nabelvene mit der Sonde auf Durchgängigkeit untersucht werden. —

Regeln, welche bei Sectionen, wo Verdacht auf Vergiftung vorliegt, zu beachten sind:

Natürlich hat sich der Arzt vor der Section nach allen Nebenumständen, wie z. B. frühere Krankheiten und Behandlung derselben, ob nicht verdächtige Sachen in der Wohnung, Küche etc. gefunden sind, beim Untersuchungsrichter zu erkundigen. Wenn es bei der äusseren Besichtigung und der allgemeinen Besichtigung der Körperhöhlen sich zeigt, dass das Gift nicht durch den Mund eingeführt worden, so müssen nach der Section des Herzens zuerst die Organe und Teile untersucht werden, von welchen aus es in den Körper gelangt ist. Falls eine chemische Untersuchung nötig, so müssen nach der getrennten Besichtigung die einzelnen Organe in besondere Gefässe gelegt werden, und zwar: 1) der Magen und sein Inhalt, 2) c. 1 Meter Dünndarm aus dem besonders veränderten Abschnitte und der ganze Dünndarminhalt, 3) c. $^1/_3$ der Leber mit der Gallenblase und 4) 1 Niere und aller Urin.— In besonderen Fällen können noch genommen werden: 5) 1 Meter Dickdarm und dessen Inhalt, 6) c. 1 Pf. des blutreichsten Teils der Lungen, die Milz, $^1/_2$ Herz und dessen Blutinhalt. Ebenso können, wenn der Arzt es für nötig hält, andere Teile genommen werden, z. B. von den Injectionsstellen Haut und Muskeln. Ebenso 1—2 Pf. Erde vom Grabe, Kleider, Sargteile etc. Die oben erwähnten Leichenteile dürfen nicht vorher abgewaschen werden, sondern sie kommen in völlig reine Gefässe, werden mit reinem Spiritus übergossen und mit einer Blase verbunden. Wenn kein reiner Spiritus da ist, so kann auch 10% Formalinlösung genommen werden, dann sind aber zugleich Teile der zu untersuchenden Organe in hermetisch verschlossenen Gefässen, ohne Zutaten, aufzuheben. Auf die Gefässe ist ein Siegel des Arztes und des Untersuchungsrichters, eine Nr. und Angabe des Inhaltes zu setzen. Der Arzt hat vom Untersuchungsrichter sich eine Quittung über den Empfang der Gefässe ausstellen zu lassen.

Wenn Spectralanalyse oder bakteriologische Untersuchung nötig ist, so nimmt man 10,0—30,0 ccm. möglichst reinen Blutes oder anderer Flüssigkeit ohne Zutaten in Gefässe mit eingeschliffenem Stöpsel. Mit mikroskopisch zu untersuchenden Organen und Gewebsteilen verfährt man in bekannter Weise; die Stücke sollen 2—3 q. cm. gross sein.

Meine Herren, das wäre so das Wichtigste, was uns das neue Circular vorschreibt. Wie Sie sehen, hat der Gesetzgeber die Regeln dem heutigen Stande der Wissenschaft und den Anforderungen der Jetztzeit angepasst, und es kann sichwohl Jeder mit ihnen einverstanden erklären. Die Anforderungen an den Gerichtsarzt sehen auf den ersten Blick sehr weitläufig und compliciert aus, enthalten jedoch nur das, was wirklich zu einer guten Section notwendig ist. Ich bin der Ansicht, dass es nicht in der Absicht des Gesetzgebers liegt, dass alle Details einer Section auch zu Papier ins Protocoll gebracht werden, sondern der Arzt, als Sachverständiger, soll sich bei der Section nur von Allem überzeugen; zu Protocoll wird nur das für den Fall Wichtige und zur Abgabe des Gutachtens Notwendige gebracht, damit das Gericht und jeder Sachverständige sich über den Fall ein Urteil bilden kann. Deshalb sollte, meiner Meinung nach, das Sections-Protocoll auch in aller Ruhe abgefasst und nicht gleich bei der Section dictiert werden. Bei dieser werden nur Notizen gemacht, welche später ausgearbeitet und in die richtige Form gebracht werden. Beim Secieren ist der Arzt schon durch die mechanische Arbeit und Technik der Section so in Anspruch genommen, dass er unmöglich gleich ein gutes Protocoll dictieren kann. Ausserdem kann man ja oft zu Anfang noch gar nicht übersehn, worauf es herauskommen wird. Es kommen da leicht ganz unnütze Sachen weitläufig hinein und werden zum späteren Gutachten wichtige vergessen, was natürlich später sehr unbequem werden kann. Dieser Ansicht scheint auch die Gesetzgebung gewesen zu sein, wenn sie dem Arzt dazu 3 Tage Zeit gibt (§ 344 уст. угол. суд.) und ihm sich damit zu Hause zu beschäftigen erlaubt (§ 1199 уст. врач.).

Meine Mitteilungen können leider wohl kaum zu den interessanten gerechnet werden, aber die Vorschriften zu kennen, ist notwendig, und daher werden Sie mir verzeihen, dass ich einige Minuten für dieselben hier Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch genommen habe.

Bericht über die 25-jährige Tätigkeit der Wassili-Ostrowschen Privatklinik für Frauen.

Von

Dr. L. v. Lingen.

Die Wassili-Ostrowsche Privatklinik für Frauen, die älteste unter den jetzt in grosser Zahl bestehenden Privatanstalten in Petersburg, wurde im December 1885 gegründet und sieht in diesen Tagen auf eine 25-jährige Tätigkeit zurück. Zu den Gründern gehörten die Collegen C. v. Renteln, N. Salmanow, C. Stoll und C. Wiedemann. Wie aus dem alsbald ministeriell bestätigten Statut hervorgeht, sollten nur gynäkologische Kranke, vornehmlich operative Fälle, je nach Möglichkeit gratis, aufgenommen werden. Die Zahl der Betten wurde auf 8 normiert und später in der jetzigen Wohnung auf 12 erweitert.

Die erste Operation eine «Hysterostomatoplastik» mit Abrasio uteri wurde von Renteln am 14. December 1885 ausgeführt, wie aus dem Journal der Krankengeschichten hervorgeht, die sich durch mustergültige Führung auszeichnen. Die detaillierte Aufnahme des Status, die genaue Beschreibung der Operation, sowie der dieser vorausgehenden Desinfectionsmethoden gestattet dem objectiven Leser, sich einen Einblick über die zur Zeit herrschenden Anschauungen und gebräuchlichen Operationsmethoden zu verschaffen und bietet diesem bei Sichtung des Materials aus den letzten zwei Jahrzehnten im Kleinen ein Spiegelbild des Werdegangs und Aufschwunges, den die operative Gynäkologie in den letzten 20 Jahren auch hier genommen.

Das Gros der Operationen, besonders in den ersten Jahren, bezieht sich naturgemäss auf solche Fälle, welche jedem Gynäkologen, der in der Praxis steht, begegnen, wie Abrasionen, plastische Operationen etc. Wir finden aber schon im Jahr 1886 drei Laparotomien (2 Ovariotomien und eine Myomotomie) mit günstigem Ausgang verzeichnet, was insofern der lobenden Erwähnung bedarf, als den damals operierenden Collegen kein Hospitalsmaterial zur Verfügung stand, diese daher Autodidacten waren, und alsdann, weil in den achtziger Jahren die operative Gynäkologie noch nicht so Allgemeingut der Gynäkologen war, wie vielleicht jetzt. Den Anschauungen der achtziger Jahre entsprechend wurde die Discisio mit sich daran schliessender Abrasio bei Sterilität in einer sehr grossen Zahl ausgeführt, mit den späteren Jahren nahm die Zahl progressiv ab und wird in den letzten Jahren nur ausnahmsweise angewandt, seitdem mannigfache Untersuchungen festgestellt haben, dass die Verengerung des äusseren Muttermundes an sich nur selten den Grund für die Sterilität abgiebt. Als Schultze in Jena die Redressio uteri bei Retroflexio uteri fixati empfahl, wurde dieselbe alsbald auch in der Privatklinik in den neunziger Jahren nicht selten ausgeübt, ist aber seit Jahren in Vergessenheit geraten, weil anderweitige Erfahrungen gelehrt haben, dass Exacerbationen des scheinbar abgelaufenen Processes nicht selten auftraten und andererseits, weil uns die Erfahrung gelehrt hat, dass die primären entzündlichen Erscheinungen nicht bloss eine Fixation des Uterus nach hinten, sondern auch andere Veränderungen setzten in den Adnexen etc., die im Ernstfalle eines radicaleren Eingriffes bedürfen. Die in Deutschland in übertriebener Weise ausgeführte Vaginaefixatio nach Dührssen und Mackenroth wurde gleichfalls in einigen Fällen in der Privatklinik ausgeführt. Die erste Incision des hinteren Scheidengewölbes wegen Hämatocele retrouterina wurde 1888 ausgeführt.

Das anfängliche Consortium von Collegen blieb in seinem ursprünglichen Bestande nur wenige Jahre, einige derselben verliessen die Privatklinik und Andere traten als Ersatz ein. Von den Gründern gehört keiner mehr dem jetzigen Bestande der Privatklinik an: die Einen sind infolge von Berufung auf einen anderen Posten ausgetreten (C. Wiedemann und N. Salmanow) oder in die Provinz verzogen. Einer von den Gründern, Renteln, gehört nicht mehr zu den Lebenden. An ihre Stelle traten Andere, von denen manche gleichfalls durch den Tod abgerufen wurden (Lieven, Frantzen, Schultz) und denen, wie dem Collegen Renteln die Ueberlebenden ein ehrenvolles Andenken stets bewahren werden. Die Collegen E. Clemenz und G. Bohnstedt haben, letzterer zeitweilig, Petersburg verlassen. Es seien an dieser Stelle die Namen derjenigen genannt, die sich in den letzten Jahren in der Privatklinik beschäftigt haben und den augenblicklichen Bestand bilden: A. Werther (1890), F. Weber (1899), W. Fick 1899). P. Siem (1900), L. v. Lingen (1901), G. Bohnstedt (1903), H. Luchsinger (1904), R. Heimbürger (1909) und B. Röder (1910).

Wenn in den ersten Jahren nur selten ein Mal ein chirurgischer Fall behandelt wurde, so stieg die Zahl derselben nach Hinzuziehung von Fachcollegen seit dem Jahr 1899 und hat in den letzten Jahren einen nicht unbedeutenden Procentsatz der operativen Fälle ausgemacht. Wenn es auch die geringe Bettenzahl erheischte, dass vornehmlich operative Fälle in der Privatklinik Aufnahme fanden, so lag es doch in der Natur der Sache, dass auch Patientinnen von den Collegen zur Beobachtung oder expectativen Behandlung hingelegt wurden, sei es, dass es sich um angereiste Patientinnen handelte, sei es um solche, welche zu Hause nicht die nötige Schonung oder nicht die Möglichkeit hatten zur Durchführung einer regelrechten Cur, oder endlich solche, deren Zustand einer klinischen Beobachtung bedurfte wie z. B. Patientinnen mit Graviditas extrauterina, deren 14 an der Zahl bei uns gelegen. Im Ganzen wurden 166 conservativ und zwar 149 gynäkologische, 7 chirurgische und 10 therapeutische Kranke behandelt. Von diesen sind drei gestorben: ein inoperables Uteruscarcinom, eine anderweitig operierte und zu uns übergeführte Patientin mit einer eingeklemmten Hernie und eine Embolie der Art.femoralis mit Vitium cordis.

Im Januar 1887 wurde an der Privatklinik eine Ambulanz eingerichtet mit einer Zahlung von 50 Cop. zum Besten der Anstalt, doch wurde einer grossen Anzahl von Patientinnen Rat und Hilfe gratis zu Teil. Die Ambulanz erfreute sich einer recht guten Frequenz und erreichte ihr Maximum von 1593 Patientinnen im Jahr.

Das stationäre Krankenmaterial recrutierte sich natürlich zum weitaus grössten Teil aus der Privatpraxis der Teilnehmer, hie und da auch einmal aus der Ambulanz. Ausserdem ist es auch anderen Collegen gestattet, ihre Kranken in die Privatklinik zu placieren, wovon einige den Teilnehmern bekannte Collegen gelegentlich Gebrauch gemacht haben. Jeder Teilnehmer hat die Möglichkeit, einen ihn interessierenden Fall auch gratis in der Anstalt verpflegen zu lassen, und von dieser Freiheit ist, soweit es die materielle Lage der Privatklinik erlaubte, ausgiebig Gebrauch gemacht worden. Das Gros des Krankenmaterials entspricht, wie schon erwähnt, dem, womit der in der Praxis stehende Gynäkolog auf Schritt und Tritt zu tun hat. Demgemäss überwiegen natürlich die kleineren operativen Eingriffe, wie Abrasionen, plastische Operationen etc. bei weitem die grösseren.

Erst in den letzten Jahren wurden auch geburtshilfliche Fälle aufgenommen, und die in diesen zehn Jahren beobachtete Zahl von Geburten beträgt 211, und zwar 137 Primiparen und 74 Multiparen. Unter den ersteren sind unverhältnismässig viel Eclamptische, und zwar 7 mit 3 Todesfällen zu verzeichnen. Der hohe Procentsatz an Eclampsieen erklärt sich dadurch, dass die Collegen gerade die schweren Eclampsiefälle, zu denen sie auswärts gerufen werden, in die Privatklinik überführen liessen, um sie unter beständiger klinischer Aufsicht zu haben und im nötigen Moment sofort operativ eingreifen zu können. 4 Eclamptische wurden mit der Zange, eine — eine Frühgeburt — durch den vaginalen Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgang entbunden. Was die übrigen operativen Eingriffe betrifft, so wurden 15 (incl. 4 Eclampsien) durch die Zange entbunden, ein Mal wurde perforiert und 12 Mal wegen engen Beckens, schwerer Nephritis oder drohender Eclampsie die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Mit Ausnahme der 3 an Eclampsie Verstorbenen haben wir nur noch einen Todesfall zu verzeichnen bei einer Parturiens mit einem schweren incompensierten Herzfehler, die in der Austreibungsperiode trotz schleuniger Entbindung mit der Zange vor Austritt der Placenta unter Cyanose an acutem Lungenödem zu Grunde ging. Die übrigen Wöchnerinnen sind alle gesund entlassen.

Was die gynäkologischen Operationen betrifft, so sind im Ganzen 1568 ausgeführt worden. Dabei ist im einzelnen Fall nur die eine Grundoperation gerechnet worden, die Nebenoperationen aber nicht, wie vielfach üblich, mitgezählt worden. Das numerische Plus an Operationen wäre kein unbedeutendes, wenn wir bei einer Patientin, der die Portio amputiert, eine Abrasio, eine vordere und hinter Colporrhaphie gemacht worden ist, vier Operationen rechnen würden. Von 1568 Operationen entfallen 1392 auf mittlere und kleine Eingriffe (plastische Operationen, Portioamputationen, Abrasionen bei incompletem Abort und Endometritis etc,) und 176 auf grosse abdominale und vaginale Operationen. Zu den letzteren sind 47 Ovariotomien und 21 Myomotomien per abdomen, 14 Fälle von Graviditas extrauterina, 9 Adnexexstirpationen (per vaginam et per laparotomiam) 24 vaginale Uterusexstirpationen wegen Carcinom und Myom zu rechnen. Von den vaginal Operierten ist keine Pat. gestorben, von den Laparotomierten 6, und zwar 3 wegen Graviditas extrauterina Operierte, davon eine am 8. Tage beim Aufsitzen an Lungenembolie, zwei konnten trotz sofortigen operativen Eingriffs in extremis nicht gerettet werden und starben im Collaps. Die 3 anderen Todesfälle entfallen auf eine Myomotomie aus dem Jahr 1899, ein per abdomen exstirpiertes Uteruscarcinom und eine Patientin, die mit universeller septischer Peritonitis eingeliefert wurde. Die Gesamt-

mortalität der grossen gynäkologischen Operationen beträgt demnach 6=3,4%.

Es ist hier nicht der Ort, des Näheren auf die operierten Fälle einzugehen und dieselben zu sichten, es sei nur auf einige Fälle hingewiesen, die eines gewissen Interesses nicht entbehren. Dazu gehört ein 1894 operierter Fall von Lithopädion: die 49-jährige Pat. war vor 22 Jahren nachweislich extrauterin gravid gewesen, hatte Kindsbewegungen bis zum 8. Monat verspürt und trug viele Jahre einen Tumor. Dieser — ein doppeltfaustgrosses zusammengeschrumpftes Lithopädion— wurde 1894 mit glücklichem Erfolg entfernt. Zu den Seltenheiten gehört auch der Befund eines Bougies in der Bauchhöhle in zwei Fällen, bei welchen dieselben zwecks Abtreibung einer vermeintlichen Schwangerschaft eingeführt worden waren. Der einen Pat. wurde das Bougie durch den hinteren Scheidenschnitt, im zweiten Fall bei Gelegenheit einer Ovariotomie aus den mit einander verwachsenen Darmschlingen herausgeholt. Das Ende des Bougies hatte die Darmserosa beträchtlich arrodiert und hätte in kürzester Frist die Darmwand perforiert, wenn nicht die Operation, welche die Entfernung des Ovarialtumors zum Ziel hatte und das Bougie als Nebenbefund aufdeckte, diesem Verhängnis zuvorgekommen wäre. Den modernen Bestrebungen der operativen Geburtshilfe folgend, ist im vorigen Jahr auch bei uns eine Primipara mit Eclampsie durch den vaginalen Kaiserschnitt glücklich entbunden worden.

Die Zahl der chirurgischen Operationen beträgt 123, von denen 45 auf kleinere Eingriffe, wie Incisionen von Abscessen und Phlegmonen, Hämorrhoidaloperationen, Exstirpationen kleiner Tumoren etc. entfallen. Zu den grossen Operationen sind 78 zu rechnen und zwar 3 Amputationen der Extremitäten, 2 Gelenkresectionen, 21 Herniotomien (meist incarcerierte Hernien), 27 Appendicitiden, 3 Gastro-Enteroanastomosen, 1 Choledochotomie und 6 Mammaamputationen etc. Von diesen 78 sind 8=10,2% gestorben, und zwar allein 5 incarcerierte Hernien (3 Nabel- und 2 Leistenhernien), 2 Fälle von perforativer Appendicitis, wo die Peritonitis bereits vor dem operativen Eingriff eingesetzt hatte, 1 Pat., welcher wegen Carcinom der Därme, des Coecums und des Peritoneums eine Enteroanastomose angelegt war und die nach mehrwöchentlichem Krankenlager an Krebscachexie zu Grunde ging. Unsere Mortalitätsziffer beträgt demnach unter den geburtshilflichen Fällen (Eclampsie und Vitium cordis) 4, nach grossen gynäkologischen Operationen (inclusive die in desolatem Zustande eingelieferte und erfolglos operierte allgemeine Peritonitis) 6, nach grossen chirurgischen Operationen 8, macht 14=5,4% der grossen Operationen und 1,8% der Geburten. Von den Pat., welche keinem operativen Eingriff unterzogen worden waren, starben, wie oben erwähnt, 2. Dazu kommt die in einem städtischen Hospital wegen eingeklemmter Inguinalhernie operierte und nach der Operation zu uns übergeführte Pat. Diesen Fall rechne ich nicht mit zur operativen Statistik, weil Pat. nicht bei uns operiert worden und zwei Tage nach ihrer Ueberführung gestorben ist. Ein Blick auf die beifolgende Tabelle genügt zur Orientierung der Frequenz der Privatklinik, der Anzahl der Operationen und der Todesfälle. Bis zum 1. December 1910 sind 2068 Patientinnen in der Privatklinik behandelt worden. Die Gesamtmortalität beträgt 20=0,9% die, aller Operierten 14=0,8%.

	Im Ganzen.	Genesen.	Gestorben.	%
Grosse gynäkol. Operationen .	176	170	6	3,4%
Kleine gynäkol. Operationen .	1392	1392	—	0,%
Grosse chirurg. Operationen .	78	70	8	10,2%
Kleine chirurg. Operationen .	45	45	—	0,%
Conservativ	166	164	2	1,2%
Geburten	211	207	4	1,8%
Summa . . .	2068	2048	20	0,9%

Wenn wir mit diesem bescheidenen Zahlenmaterial an die Oeffentlichkeit treten, so geschieht es nicht, um mit einem streng klinischen Material in Concurrenz zu treten, — dieses verbietet sich schon aus dem Grunde, dass der practische Arzt im Gegensatz zur Klinik seine Fälle nicht aussuchen kann — es lag vielmehr in unserer Absicht, über unsere 25-jährige Tätigkeit in der Privatklinik Rechenschaft abzulegen und zu zeigen, dass der praktische Arzt, dem Fortschritt der Wissenschaft folgend, auch seinem privaten Krankenmaterial die auf der Höhe der Wissenschaft stehende Hilfeleistung zu gewähren imstande ist.

Bücherbesprechungen.

Dr. Cron. Ueberblick einer Neuanlage des Gefechtssanitätsdienstes. Wien 1909. Verlag von Josef Šafář.

Verfasser hebt treffend hervor, dass die Sanitätstaktik kein grösseres Problem kenne als das einer möglichst restlosen Bewältigung der sanitären Aufgaben am Orte der vor sich gehenden kriegerischen Ereignisse. Dazu ist nötig, dass die sanitäre Action den kämpfenden Truppen so nahe als irgend möglich entfaltet werde, also möglichst bald auf dem Schlachtfelde vor sich gehen könne. Dies hängt aber von der Gefechtsdauer ab. Bei kleinen, kurzdauernden Gefechten muss wohl meist der Ablauf des ganzen Gefechts abgewartet werden, ehe die Abwickelung des Sanitätsdienstes beginnen kann. Grössere Gefechte, die mehrere zeitlich und örtlich aufeinanderliegende Gefechtsfelder haben, gestatten gewöhnlich schon das Betreten des ersten, wenn auf dem letzten noch gekämpft wird. Handelt es sich aber um einen langdauernden, schweren Kampf, so ist das Betreten des Schlachtfeldes während des Kampfes wohl immer ausgeschlossen. Der Sanitätsdienst muss dann zusehen, sich seitlich, sogut es geht, zu etablieren und zu wirken.

Den schematischen Gefechtsverlauf erörternd, bespricht das Schriftchen die für die verschiedenen Gefechtsarten erforderliche sanitäre Action. Es wird die Schwierigkeit geschildert, den sanitären Anforderungen gerecht zu werden und alles hervorgehoben, was dazu behilflich sein könnte. Verfasser weist überall darauf hin, wie sehr praktische Uebungen (Sanitätsmanöver) zur Schulung der Militärärzte für diesen Zweck erforderlich sind, um einigermassen glatte Abwickelung des Feldsanitätsdienstes zu ermöglichen. Dann schildert er die Details der Action während der verschiedenen Gefechtsphasen, danach die sanitäre Tätigkeit nach dem eventuellen Siege oder der Niederlage und gibt mit seinen Ausführungen den Militärärzten der verschiedenen Stufen guten Anhalt für ihr Wirken vor, während und nach dem Kampfe. Gediegene historische Rückblicke auf die Organisation des Militär-Sanitätswesens und Hinweise auf die Notwendigkeit mannigfacher Aenderungen, welche durch die veränderte Kriegsführung unserer Zeit bedingt werden, vervollständigen den Inhalt der Arbeit, welche durchweg der anerkannten Tüchtigkeit des als hervorragender Militärarzt geschätzten Autors entspricht. Man kann nur mit ihm wünschen, dass der Feldsanitätsdienst in allen Armeen immer mehr Beachtung finden und während des Friedens geübt werden möge, um den Opfern des Krieges ihre Leiden immer mehr zu erleichtern.

Köcher.

Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinschen Medico-Chirurgischen Instituts zu Stockholm. Herausgegeben von Dr. J. Widmark. Elftes Heft. Jena 1910. Verlag von Gustav Fischer.

Inhalt: 1) Trombophlebitis orbitae nach Spülung des Tränensackes. Von Dr. Gustav Lamm.

Verfasser machte in einem Fall von chronischer Dacryocystitis Spülung des Sackes mit Hydrargyr. oxycyanat. 1:2000, wobei die Flüssigkeit den duct. nasalocrymal. nicht passierte, sondern durch den oberen Tränenpunkt zurückkehrte. Nach dem 3. Versuche trat Exophthalmus und Oedem beider Lider auf: Ophthalmoskopisch fand er Retinaloedem und Blutungen in der Netzhaut bei verwischten Grenzen der Papille. Alle diese Erscheinungen waren durch Ruptur des Tränensackes und Eindringen der Flüssigkeit in das orbitale Gewebe entstanden. Sie bildeten sich auf Compression und Natr. salicyl. wohl zurück, aber der Visus sank auf 0 und blieb auch so, weil Atrophia nervi opt. eingetreten war. Verf. zählt noch 9 andere Fälle aus der Literatur auf, von denen 7 zu Atrophia nervi opt. und einer sogar zum exitus letal. geführt hat. Vorsicht beim Spülen des Tränensackes ist dringend geboten; erst Sondieren, dann vorsichtiges Spülen des Sackes. Beim geringsten Widerstande ist die Spülung zu unterlassen.

2) Kleinere ophthalmologische Beobachtungen von J. Widmark.

a) Eine ungewöhnliche Form von Conjunctivalkatarrh. Letzterer ist auf den unteren Teil der conj. bulbi und nicht palpebr. beschränkt, wobei auch der untere Teil der cornea sich trübt. Die betroffene Stelle der conjunctiva bulbi scheint etwas erhaben und färbt sich mit Fluorescin. Nach Einstreichen von gelber Salbe erfolgt in kurzer Zeit restitutio ad integr.

b) Ein Fall von mehrere Jahre hindurch stationärem Iristumor. Kleiner dunkelbrauner Iristumor besteht fast unverändert 5 Jahre. Melanom.

c) Zur Aetiologie der conjunct. aestivalis. Weder die leuchtenden, noch die ultravioletten Strahlen, weder Wärme, noch Feuchtigkeit sind von aetiologischer Bedeutung. Interessant ist, dass 50% der Patienten des Verf. Juden waren.

3) Ein Fall von Evulsio nervi optici von Prof. A. Dalén. Analogon zu den Fällen von Salzmann, His, Pagenstecher, Gagarin u. a.

4) Ueber verspätete Wiederherstellung der Vorderkammer nach Starextraction. J. Widmark.

Die Wiederherstellung der Kammer kann nach sonst normaler Extraction mehrere Wochen auf sich warten lassen und ist nicht auf die nachfolgende Behandlung, sondern auf die Schnittführung zurückzuführen. Der Schnitt ist eben und glatt zu machen, die Wundfläche muss breit sein. Vor Allem muss man sich vor einer cornealen Lage der Wunde hüten. Am günstigsten ist der Schnitt ausserhalb der cornea, mit oder ohne Bindehautlappen.

5) Ueber traumatische Bindehautcysten von C. Lindahl. Das Vorkommen von traumatischen Bindehautcysten ist selten. Nach Aufzählung der in der Literatur bekannten Fälle beschreibt Verfasser eine von ihm selbst beobachtete und histologisch untersuchte Cyste.

6) Zur Casuistik der Kataractbildung nach elektrischer Entladung von Prof. A. Dalén.

Patient kam durch Unvorsichtigkeit mit seinem Kopfe in die Nähe eines spannungsführenden Teiles einer elektrischer Kraftleitung von 21000 Volt. Nach 2 Monaten Kataract in beiden Augen.

7) Studien über die Rolle des vorderen Glaskörpers in der Embryologie der Hornhaut v. Dr. med. V. Knape.

Eignet sich nicht zum Referieren.

8) Ein neues Keratoskop von Dr. Hans Gertz.

Sehr sinnreich construiertes Instrument, ohne welches man aber sehr gut auskommen kann, da die älteren Apparate zur Bestimmung des Hornhautastigmatismus vollkommen genügen.

Lezenius.

Dr. med. A. Groth und Professor Dr. med. M. Hahn (München). Die Säuglingsverhältnisse in Bayern. Sonderabdruck aus der Zeitschr. des K. Bayerischen Statistischen Landesamts. Jahrgang 1910, Heft 1. Verlag d. J. Lindauerschen Buchhandlung. München 1910. Preis M. 2.

Auf Grund ganz hervorragend ausführlicher statistischer Tabellen, z. T. bis ins Jahr 1835 reichend, haben die beiden Verf. die Säuglingsverhältnisse in Bayern einem eingehenden Studium unterzogen und versucht, den Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit, Geburtenhäufigkeit und Armut einerseits klarzustellen, andererseits die Säuglingssterblichkeit von der Ernährung in Abhängigkeit zu bringen. Dann wurde aber auch die Frage einer Forschung unterzogen, ob ein Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Militärtauglichkeit besteht.

Die Ausführungen der einzelnen Resultate eröffnen durch ihre Vielseitigkeit so manchen neuen Gesichtspunkt. Auf diese Ergebnisse hier einzugehen, würde zu weit führen, doch kann Jedem, der sich mit der Säuglingsfürsorge beschäftigt, diese ausführliche statistische Arbeit warm empfohlen werden.

Hecker.

Prof. A. Schittenhelm und Priv.-Doc. J. Schmidt. Die Gicht und ihre diätetische Therapie. Aus der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten, herausgegeben von Prof. A. Albu. Halle a. S. 1910. C. Marhold.

Die Verf. schildern in Kürze die Physiologie des Nukleinstoffwechsels, die Bildung der Harnsäure aus den Purinbasen der in den Zellkernen enthaltenen Nukleoproteide und gehen dann zur Pathologie des Nukleinstoffwechsels über. Das pathologische Verhalten des Gichtkranken besteht in einer Verlangsamung des ganzen Nukleinstoffwechsels (Brugsch und Schittenhelm.) Im Blut ist die Harnsäure als Mononatriumurat enthalten, und zwar stellt das Blut der Gichtkranken eine übersättigte Harnsäurelösung dar, wodurch eben ein Ausfallen des Salzes bedingt wird. Die Therapie bildet natürlich nur eine Schlussfolgerung aus diesen Prämissen. Die Harnsäurebildner—die Purinbasen, d. h. vor allen Dingen die nukleinhaltigen Nahrungsmittel — müssen vermieden werden. In einer Tabelle, die auf Grund der von Schmidt und Bessau ausgeführten Analysen zusammengestellt ist, führen die Verf. die Nahrungs- und Genussmittel nach ihrem Gehalt an Purinbasenstickstoff an, wobei für den praktischen Gebrauch auch die entsprechende Harnsäuremenge angegeben ist. Den Schluss der Arbeit bildet eine gedrängte Darstellung der speciellen diätetischen Behandlung der acuten und chronischen Gicht einschliesslich der Prophylaxe der Gicht. Das klar und fliessend geschriebene Werk wird jedem Praktiker, der sich über die neueren Anschauungen inbetreff der Theorie der Gicht informieren will, ein willkommener Führer sein.

F. Dörbeck.

Dr. I. Stilling. Pseudo-isochromatische Tafeln zur Prüfung des Farbensinnes. Dreizehnte vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig 1910. Verlag v. G. Thieme.

In der dreizehnten Auflage seiner bekannten Tafeln hat Stilling der Erfahrung Rechnung getragen, wonach «man viel stärker contrastierende Töne als bisher benutzen kann, um Farbenblindheit und herabgesetzte Farbenempfindlichkeit zu diagnosticieren». Er verweist in diesem Sinne auf die Tafeln 2 und 3.

Dieselben fehlten der 12 Auflage. Andererseits ist Tafel 2 dieser Auflage jetzt fortgelassen worden. Stärkere Contraste als in den entsprechenden Tafeln der älteren Auflage weisen auch die Tafel 10 und 15 (für Simulanten) auf. Warum es im letzteren Falle geschieht, ist dem Referenten nicht ersichtlich, da die übergrosse Deutlichkeit der Zahlen Simulanten stutzig machen könnte. Die rasche Aufeinanderfolge der Auflagen spricht für die Beliebtheit der Stillingschen Tafeln.

Ischreyt.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Das Institut für experimentelle Medicin hat Prof. P. Ehrlich zum Ehrenmitglied erwählt.

— Moskau. Am 14.—22. April 1911 findet hier der 2. russische Congress der Fabrikärzte statt. Zu den Programmfragen gehört die Verbreitung der Tuberculose, der Syphilis, der Infectionskrankheiten und des Alcoholismus unter den Fabrikarbeitern sowie die Hygiene der verschiedenen Gewerbe.

— Hochschulnachrichten.

Atlanta. Dr. J. F. Grant ist zum Professor der Embryologie und Histologie, Dr. W. W. Funk in Philadelphia zum Adjunctprofessor der Bakteriologie am Atlanta College of Physicians and Surgeons ernannt worden.

Boston. Dr. Harvey Cushing, Adjunctprofessor an der Johns-Hopkins-Universität zu Baltimore, ist zum Professor der Chirurgie an der Harvard-Universität ernannt worden.

New Haven. Dr. J. Henderson ist zum Professor der Physiologie an Jale Medical School ernannt worden.

Philadelphia. Der Professor an der University and Bellevue Hospital Medical College zu New-York Dr. R. M. Pearce ist zum Professor der pathologischen Anatomie und experimentellen Medicin, der Professor an der University of California zu San Francisco Dr. Taylor zum Professor der physiologischen Chemie an der University of Pennsylvania ernannt worden.

Delft. Dr. G. Sleeswyk ist zum Professor der Hygiene an der Technischen Hochschule ernannt.

Valencia. Dr. J. Fillol ist zum Professor der Allgemeinen Pathologie ernannt.

— In Paris erscheint unter der Redaction von Prof. A. Gilbert im Verlage von J. B. Baillierè et fils (19 rue Hautefeuille) ein neues wöchentliches Journal unter dem Titel Paris Médical. Der Abonnementspreis beträgt in Frankreich 12 fr., im Ausland 15 fr. Die erste Nummer enthält eine interessante historische Schilderung der Medicinischen Klinik des Hôtel-Dieu in Paris von Prof. A. Gilbert mit vielen gelungenen Abbildungen. Es folgen dann P. Carnot. Le séné, son mode d'action et ses indications. A. Schwarz. Diagnostic du cancer du sein. Nicolas et Jambon. Les fards en dermatologie. Calmette. L'auto-épuration biologique des eaux d'égout. Die 2. Nummer bringt folgende Originalartikel: C. Dopter. La méningite ourlienne. Bergonié. Traitement des accidents dus à l'électricité industrielle. Ausserdem enthalten beide Nummern Sitzungsberichte medicinischer Gesellschaften, Bücherbesprechungen, Referate, Therapeutische Notizen und Receptformulare.

— In Parma erscheint unter der Redaction von Prof. Cesare Cattaneo eine neue Monatsschrift «Rassegna di Pediatria (Abonnementspreis 6 Lire jährlich). Die erste Nummer enthält einen Originalartikel von Prof. R. Simonini über Icterus neonatorum und zahlreiche Referate aus verschiedenen Zeitschriften aus dem Gebiete der Kinderheilkunde.

— Cholera. Oesterreich-Ungarn. In Ungarn sind vom 13. bis zum 26. November 22 Personen an der Cholera erkrankt (9 gestorben). In Slavonien wurden in derselben Woche 16 Erkrankungen und 6 Todesfälle constatiert. — Italien. Vom 17.—23. November fanden in 6 Provinzen 45 Erkrankungen und 10 Todesfälle statt. — Bulgarien. In Varna starb am 15. November ein aus Constantinopel zurückgekehrter Türke an der Cholera; darauf starb ein Reisebegleiter von ihm und im demselben Gasthofe, in dem die beiden genannten Erkrankungen stattfanden, auch ein Angestellter des Gasthofes. 2 gesunde Personen erwiesen sich als Bacillenträger. — Türkei. Vom 15. bis zum 21. November fanden in Constantinopel 173 Erkrankungen und 96 Todesfälle statt, in Smyrna vom 22. bis zum 24. Nov. — 10 Erkrankungen und 4 Todesfälle. — Portugal. Auf Madeira erkrankten bis zum 27. November 77 Personen an der Cholera und starben 32. — Tripolis. Vom 10. bis zum 14. November fanden in der Stadt Tripolis 46 Erkrankungen und 52 Todesfälle statt, davon 14 Erkrankungen und 16 Todesfälle vom 4. und 5. November. — Persien. In Kermanschah und Umgegend fanden vom 30. October bis zum 4. November 7 Todesfälle an Cholera statt, in Hamadan und Umgegend vom 30. October bis zum 5. November 27. Erkrankungen, in Rescht am 5. November 1; in Mesched und Umgegend erkranken täglich 1—2 Personen. In Mohamera sind vom 30. October bis zum 3. November 5 Personen an der Cholera erkrankt und 3 gestorben. — Straits Settlements. In der Provinz Wellesley fanden vom 11. bis zum 18. October 10 Erkrankungen an Cholera statt. — Niederländisch-Indien. In Soerabaya und Umgegend fanden vom 9. bis zum 22. October 8 Erkrankungen und 5 Todesfälle an der Cholera statt. — Brasilien. Mitte October erkrankten an der Cholera einige anscheinend russische Zwischendeckreisende auf einem englischen Dampfer, einige starben.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 21. bis zum 27. Nov.	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
St. Petersburg mit den Vorstädten	8 (3)	4590 (1661)	7. Juni
Gouv. Kiew	4 (1)	4070 (1559)	3. Mai
› Tambow	1 (—)	5468 (2576)	29. ›
› Ssaratow	2 (3)	6170 (2588)	7. Juni
› Jekaterinoslaw	13 (8)	18884 (8699)	10. Jan.
Stadt Ssewastopol	— (—)	89 (55)	10. Juni
Gouv. Cherson	— (—)	10068 (4456)	11. Mai
Stadt Baku	3 (—)	1300 (540)	4. Juni
Gouv. Baku	— (—)	1674 (945)	19. April
› Erivan	— (1)	1210 (699)	8. Juli
Gebiet Batum	2 (1)	62 (30)	5. Aug
Im Ganzen	33 (17)	53585 (23808)	

Die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle im ganzen Reich seit dem Beginn der Epidemie bis zum 27. November betrug 215992 (100926).

— Pest. Aegypten. Vom 19. bis zum 25. November fanden 21 Erkrankungen und 8 Todesfälle statt.

— Die Pest in Russland. Gouv. Astrachan. Kirgisensteppe. I. Kreis. In Naursali Tschigai erkrankte am 21. Nov. 1, der am 25. Nov. starb; in Abil-Ischken starb am 25. Nov. 1. In Beskys erkrankten vom 17. bis 28. November 10, starben 9. Die Bewohner der 6 inficierten Erdhütten sind in das Observationslager übergeführt, wo vom 29. Nov. bis 1. Dec. 11 Personen erkrankten und 6 starben. In Kara-Syir erkrankten vom 22. bis 28. Nov. 7, starben 6. Die Bewohner der beiden inficierten Erdhütten wurden in das erwähnte Lager übergeführt. — II. Kreis. In einer Ansiedelung erkrankten in einer Familie 3 Personen, starb 1. Die übrigen Familienglieder wurden in das Observationslager übergeführt. In Tschuschak erkrankte am 23. Nov. 1, der am 24. Nov. starb. Die übrigen Familienmitglieder wurden in das Observationslager übergeführt. In Bodan erkrankten vom 23. bis 26. Nov. 3, starben 2. Die mit den Erkrankten in Berührung gekommenen Personen wurden in das Observationslager übergeführt, wo vom 28. Nov. bis 1. Dec. 4 erkrankten und 2 starben. Die inficierten Ortschaften stehen unter ärztlicher Aufsicht. Die Leichen und die inficierten Hütten werden verbrannt. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Lungenpest.

Odessa. Seit dem 12. Nov. ist weder eine Erkrankung noch ein Todesfall an Pest vorgekommen.

Transbaikalgebiet. Seit dem 10. Nov. ist weder eine Erkrankung noch ein Todesfall an Pest vorgekommen.

Gebiet der Ostchinesischen Eisenbahn. Vom 22. bis 28. Nov. erkrankten 14 Personen, starben 15. Darunter auf der Station Mandshuria 12 (13), in Charbin 1 (1), in Chailar 1 (1).

Baku. Am 30. November fand ein pestverdächtiger Todesfall statt. Die Verstorbene (9-jähriges Mädchen) war eine Ortseinwohnerin. Es sind Isolations- und Desinfectionsmassregeln ergriffen und die Rattenvertilgung in Angriff genommen.

Batum. Am 28. November starb ein 11-jähriger Knabe unter pestverdächtigen Symptomen. Alle Massregeln sind getroffen. Die bakteriologische Untersuchung ist in beiden Fällen noch nicht abgeschlossen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 14. bis zum 20. November 1910 389 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 41, Typh. exanth. 6, Febris recurrens 0, Pocken 24, Windpocken 39, Masern 29, Scharlach 111, Diphtherie 77, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 7, an anderen Infectionskrankheiten 55.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 719 + 45 Totgeborene + 51 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 7, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 9, Masern 11, Scharlach 19, Diphtherie 12, Keuchhusten 4, crupöse Pneumonie 44, katarrhalische Pneumonie 95, Erysipelas 6, Influenza 12, Hydrophobia 0, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 13, Dysenterie 1, Gastroent. epidem. 0, Cholera 3, Magen-Darmkatarrh 27, andere Magen- und Darmerkrankungen 25, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 55, Marasmus senilis 26, andere Todesursachen 237.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 20. Nov. 1910 13804. Darunter Typhus abdominalis 222, Typhus exanth. 7, Febris recurrens 1, Scharlach 341, Masern 47, Diphtherie 264, Pocken 115, Windpocken 6, Cholera 12, acut. Magen-Darmkatarrh 17, crupöse Pneumonie 153, Tuberculose 706, Influenza 189, Erysipel 138, Pustula maligna 1, Keuchhusten 16, Dysenterie 2, Hautkrankheiten 74, Lepra 0, Syphilis 576, venerische Krankheiten 374, acute Erkrankungen 2690, chronische Krankheiten 2199, chirurgische Krankheiten 1724, Geisteskrankheiten 3421, gynäkologische Krankheiten 335, Krankheiten des Wochenbetts 64, verschiedene andere Krankheiten 110.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) In St. Petersburg die Aerztin W. Bjeloschizkaja geb. 1875, approb. 1904. 2) In Bjeshetzk (Gouv. Twer) Dr. A. Kortschagin am Flecktyphus; geb. 1863, approb. 1889. 3) In Welikii Luki (Gouv. Pskow) Dr. S. Rybinskij, geb. 1845, approb. 1874. 4) Prof. Dr. A. Smirnow in Tomsk. 5) Dr. Franz König, Professor der Chirurgie in Berlin, 78 Jahre alt. 6) Prof. Dr. Huchard in Paris, 66 Jahre alt. 7) Dr. N. Dandridge, früher Professor der Chirurgie am Miami Medical College in Cincinnati.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 14. Dec. 1910.

Tagesordnung: 1) Schaack und Hesse. Die saphenofemorale Anastomose — eine Ueberpflanzung der Vena saphena in die Oberschenkelvene mittelst Gefässnaht als operative Behandlungsmethode bei Varicen.
I. Teil. Schaack. Einleitung und anatomische Untersuchungen.
II. Teil. Hesse. Klinische Beobachtungen.
2) Meuschen. Kurze Mitteilung über 2 Fälle von Oesophaguscarcinom. (Mit Demonstration von Präparaten).

Geschäftliche Sitzung. Tagesordnung: Project einer Bibliothekordnung.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1911.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Dec. 1910.

Tagesordnung: Albanus. Ein Fall von Lebercirrhose.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 12. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1910.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).

Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).

Chirurgija (Chirurgie).

Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).

Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).

Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).

Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).

Russkij Wratsch (Russischer Arzt).

Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).

Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).

Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).

Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).

Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).

Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).

Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi medizinv (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).

Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).

Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).

Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Chirurgie.

Russki Wratsch.

M. Sokolowa: Zur Frage über die eitrige Erkrankung des auf der linken Seite gelegenen Wurmfortsatzes. (Nr. 32).

Der Fall betraf einen 19-jährigen Bauern, der tödlich endigte. Charakteristisch waren die Schmerzen in der rechten Fossa iliaca. Auch am letzten Tage vor der Operation waren die Schmerzen stärker rechts als links, was zu einer richtigen Diagnose verhalf, obgleich der Blinddarm schon fest verbacken in der linken Fossa iliaca lag, wo auch der nekrotische Wurmfortsatz und Eiterherd mit übelriechendem Inhalt sich befand.

P. Sabiankina: Bildung von Knochen in der Narbe nach Laparotomien. (Nr. 32).

Der hier mitgeteilte Fall bezieht sich auf die metaplastischen Bildungen. Der Knochen entwickelte sich in der Laparotomienarbe, wurde festgestellt und entfernt bei der 2. Laparotomie, welche $2^1/_2$ Monate nach der ersten ausgeführt wurde. Das Stück war 5 cent. lang, und am oberen Ende sogar $1^1/_2$ cent. breit. Das obere Ende war weicher, das untere musste durchsägt werden.

B. Enochin und P. Sabolotnow: Zur Frage über das Myelom aus plasmatischen Zellen. (Nr. 33).

Mitteilung eines seltenen Falles, einen 56-jährigen Mann betreffend.

N. Weljaminow: Erkrankung der Schilddrüse und ihre chirurgische Behandlung. (Nr. 34—36).

Operiert wurden 87 Fälle. In Anbetracht dessen, dass vom klinischen Standpunkte aus die sporadischen Kröpfe deshalb von grossem Interesse sind, weil sie allgemeine Vergiftungserscheinungen des Organismus hervorrufen, teilt Verf. sein Material in folgende Gruppen:

1) Unter der Bezeichnung Hyperthyreosis versteht man die bekannten Anfälle, welche sich documentieren hauptsächlich durch Erscheinungen der Unterdrückung der Vergiftungen in verschiedenen Systemen des Organismus. 2) Unter der Bezeichnung der Dysthyreose versteht man das Bild von Anfällen, welches nicht dem der Hypothyreosis entspricht und sich unterscheidet durch Fehlen des Hauptsymptoms der letzteren, der Tachycardie und ebenso auch, wenn im Krankheitsbilde sich gleichzeitig Anfälle von Hypo- und Hyperthyreosis finden, aber ohne Beschleunigung der Herzaction. 3) Zur Gruppe der Basedowschen Krankheit gehören die Formen von reiner Hyperthyreosis und Dysthyreosis, aber beim Bestehen von Tachycardie. 4) Unter den Kranken befanden sich 5—6 aus einer Gegend mit epidemischem Kropf, doch konnte man nicht feststellen, ob derselbe auch bestimmt und wie häufig er vorkommt. 5) Was die Grösse der Kröpfe anbetrifft, so war sie verschieden: 3—4 von der Grösse kleiner Knoten. 20 von Faustgrösse, 7 von Kindskopfgrösse, 1 von über Mannskopfgrösse. Was die technischen Schwierigkeiten anbetrifft, so ist dabei die Grösse der sporadischen Kröpfe irrelevant, da gerade kleine die grössten Schwierigkeiten verursachen können. Das weibliche Geschlecht prävalierte 5 mal. Eine sehr wichtige Rolle in der Aetiologie des sporadischen Kropfes spielen die Geschlechtssphäre, Infectionskrankheiten (52 pCt.) und Erblichkeit. Am gefährlichsten für die Operation sind Kranke mit thyreotoxischem und vergrösserten Herzen. Die Operationsdauer beträgt im Mittel 40—50 M.

A. Kadjan und G. Schorr: Ein Todesfall nach Hedonal. (Nr. 36).

Die Application erfolgte intravenös und zwar kamen auf 450,0 Flütsigkeit 3.37 Hedonal. Der Pat. war ein 63-jähriger Mann, dem ein Lippenkrebs nebst Metastasen entfernt wurden. Er starb im tiefsten Schlaf 3 Stunden 20 M. nach Beendigung der Operation. Da auch die Section keine besonderen Complicationen ergab, die nicht vorher bekannt waren (Emphysem und Degeneration des Herzens), so muss man annehmen, dass Pat. an einer Hedonalvergiftung gestorben ist. Diese Art Narkose ist daher nicht ungefährlich.

S. Ponomarow: Zur Frage über die Fremdkörper in der Wirbelsäule. (Nr. 38).

Bei Fremdkörpern in der Wirbelsäule müssen zur genauen Feststellung derselben Röntgenstrahlen angewandt werden, da klinische Anzeichen ungenügend oder häufig garnicht vorhanden sind. Sie müssen in jedem Falle entfernt werden, wenngleich sie auch keine schmerzhaften Symptome hervorrufen. Die ausserhalb der Wirbelsäule liegenden Fremdkörper sind nicht unbedingt notwendig herauszunehmen, so lange sie keine Erscheinungen machen und der Zugang zu ihnen mit zu grossen Traumen verbunden ist, wie Eröffnung der Bauch- oder Brusthöhle. Die Schwere der Verletzung des Rückenmarks und auch die Dauer des Verweilens des Fremdkörpers in der Wirbelsäule können nicht als Contraindicationen für seine Entfernung dienen, wenn dieselbe unbedingt nötig ist.

Fr. Mühlen.

Wratsch. Gas.

Th. Kobylinski: Ueber Pyelolithotomie. Nr. 22, 23, 24.

K. führt 3 glücklich verlaufene Operationen an und plädiert für die Pyelolithotomie bei Nierensteinen im Gegensatz zur Nephrotomie. Die Entfernung des Steines durch eine Pyelotomia posterior gelingt meist leicht, es wird die Verletzung des Nierengewebes vermieden, die Heilung tritt meist viel rascher ein. Das Nierenbecken muss vor dem Schnitt ordentlich freigelegt werden. In einem Falle gelang es die Niere aus der Wunde zu ziehen und ausserhalb der Wunde zu tamponieren und so die Blutung zu stillen und die Niere zu erhalten. Bei aseptischen Steinen soll die Nierenbeckenwunde genäht werden, sonst Tamponade resp. Drainage. Die Nähte sind am besten in der Art der Lembertschen Darmnähte anzulegen. Bei Paranephritis und Peri-

nephritis sclero-lipomatosa ist die Pyelotomie höchst ausführbar.

W. Alexandrow: Zur Casuistik der Behandlung der Pyelitis. (Nr. 23).

Es handelte sich um eine 37-jährige Frau mit Pyämie einer eitrigen Parotitis dextr. et sinistra und einer Pyelitis sinistra. Die Pyelitis wurde mit Spülungen durch den Ureterencatheter erfolgreich behandelt, aus dem Nierenbecken wurden gleich das erste Mal 50 Cbcm. eitriger Flüssigkeit entleert, worauf die Temperatur gleich abfiel. Im Laufe von 3 Monaten wurden 45 Nierenbeckenspülungen ausgeführt, wobei der Urin zum Schluss fast klar wurde und das Nierenbecken sich contrahierte, so dass es nur gegen 1 Cbcm. hielt. Eine Cur in Wildungen vollendete die Heilung.

S. Gorodischtsch: Ueber eine neue Methode der Sterilisation von Uretercathetern. (Nr. 25).

Beschreibung eines Apparates in der Art der Wasserstrahlluftpumpe.

S. Burak: Ueber Complicationen nach Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln. (Nr. 30).

B. beobachtete 3 Mal stärkere Blutungen nach Entfernung der Rachenmandeln mit dem Tonsillotom von Mathieu; alle blutstillenden Mittel versagten vollständig, nur Compression mit den Fingern resp. dem Compressor von Mikulicz half. Auch nach 2 Adenotomien sah Autor Blutungen auftreten, die erst auf energische Eingriffe zu stillen waren. In mehreren Fällen von Adenotomien erfolgten Verletzungen angrenzender Gewebe, des Zäpfchens, des Tubenwalles, der Unterlippe. In mehreren Fällen traten im Anschluss an die Operationen Temperaturerhöhungen infectiösen Charakters auf, in einem Falle ein Erysipel. In 6 Fällen Ohrenentzündungen nach Operationen an Kindern mit Rhinitis chronica purulenta. Einmal wurde Laryngospasmus, einmal nervöse Erscheinungen in Art einer Katalepsie beobachtet.

S. Sofoterow: Ueber Gefässnaht. (Nr. 33).

Zur Feststellung der Frage, welcher Art Nähte bei Gefässen die besten seien, unternahm S. eine Anzahl Versuche. An amputierten Gliedmassen liess sich feststellen, dass verletzte und genähte Gefässe einen Druck von ca. 185—190 mm. Hg anshielten, ohne Flüssigkeiten durchzulassen. Bei Tierexperimenten ergab sich eine Bestätigung dieser Versuche. Es ergab sich, dass die einfachen geknoteten penetrierenden Nähte die besten sind. In normalen Fällen verwachsen die endothelialen Oberflächen unmittelbar miteinander mit Bildung eines spinnwebenartigen Zwischengewebes, das in der ersten Zeit die Nahtstelle bekleidet und gegen den Blutstrom abschliesst. Zuerst ersetzt sich bei der Verwachsung das Endothel, dann die Elastica intimae, dann die Elastica mediae, dann das Muskelgewebe. Liegen aber schwere Verletzungen der Gefässwand vor, so bildet sich ein wandständiger Thrombus, bisweilen ein das ganze Gefässlumen ausfüllender. In anderen Fällen kommt es zu einer starken Wucherung des Endothels, so dass das Lumen des Gefässes verengt wird, in noch anderen zu einer starken kleinzelligen Infiltration zwischen den Wundrändern, so dass diese nicht unmittelbar miteinander verkleben. In den meisten all dieser Fälle kommt es aber doch zu einer Wiederherstellung der Gefässwand mit dem vorherigen Lumen.

W. Schiele.

Chirurgija Band 27, Nr. 160 u. 161. April u. Mai 1910.

P. Koltschin: Ein Fall von Hirntumor.

Bericht über einen Fall von Rundzellensarcom des rechten Frontallappens, welcher autoptisch zur Beobachtung kam.

P. Koltschin: Ein Fall von Cholesteatom des Schläfenbeins.

Bericht über einen mit günstigem Erfolge operierten Fall.

K. Zywinski. Zur Casuistik der Pharynxverletzungen.

Eine 27-jährige Geisteskranke verletzte sich in einem Anfall von Tobsucht mit einem Messer den Pharynx. Die sofort vorgenommene primäre Naht der Pharynxwand führte zur vollkommenen Genesung.

W. Djedow: Zur Frage der eitrigen Mediastinitis.

Bericht über einen conservativ behandelten und in Heilung ausgegangenen Fall.

W. Opokow: Ein Fall von periherniöser Phlegmone appendicitischer Aetiologie in einer rechtseitigen Inguinalhernie. Heilung durch Operation.

A. Prokin: Die Diagnose der Pankreaserkrankungen.

Die Arbeit ist als Vortrag zum IX. Congress russischer Chirurgen in Moskau in der Wochenschrift an anderer Stelle von Ref. ausführlich behandelt worden.

W. Dobromysslow: Zur Frage der subtalischen Luxationen des Fusses.

Bericht über 3 Fälle und Erläuterung der physiologisch-anatomischen Functionen des Fussgelenks an der Hand dieser Fälle.

N. Burdenko: Ein vereinfachter Verband zur ambulatorischen Behandlung der Unterschenkelfracturen.

Die vorgeschlagene Neuerung betrifft eine Vereinfachung des Reclusschen Verbandes und hat vor diesem Verbande die Vorzüge der besseren Controlle und der leichten Zugänglichkeit zwecks Massage. Ferner gelingt es diesen Verband auch bei complicierten Fracturen mit Erfolg anzulegen. Der Verf. behandelte in Eisenbahnhospitälern der Sibirischen Bahn 15 Fälle mit diesem einfachen Verband.

W. Djedow: Zur Casuistik der chronischen circumscripten Myositis.

Beschreibung einer isolierten Entzündung und Degeneration des Musc. tibialis anticus und des Extensor dig., welche excidiert wurden. Die Diagnose der seltenen Erkrankung ist durch genaue mikroskopische Untersuchungen erhärtet.

W. Pokotilo: Ueber die Schicksale des in die Weichteile transplantierten lebenden Knochen.

Der interessante Beitrag zur Frage der Knochentransplantation ist gleichzeitig in deutscher Sprache im 93. Bande Heft 1 des v. Langenbeckschen Archivs für klinische Chirurgie veröffentlicht worden.

A. Brzosowski: Beiträge zur Echinococcenerkrankung.

Bericht über vom Verf. beobachtete Fälle von Echinococcus der Thyreoidea, der Milz, des Netzes und der Muskeln, im Allgemeinen seltenere Localisationen.

J. Krawtschenko: Ein Fall von Echinococcus des M. sternohyoideus bei einem 7-jährigen Mädchen, welcher einen Kropf vortäuschte.

Kurze Mitteilung über einen Fall, dessen Charakteristik in der Ueberschrift gegeben ist.

W. Jassenetzki-Woino: Hämosarcom der Rippen.

Diese interessante Erkrankung zeigt klinisch das Bild eines Hämatoms und erst durch mikroskopische Untersuchung lässt sich der wahre Charakter der Neubildung feststellen. In der Literatur sind bisher blos 40 Fälle dieser Erkrankung beschrieben worden. Der Fall des Verf. kam nach der Operation ad exitum.

W. Proskurin: Zur röntgenologischen Diagnose der Nieren- und Urethersteine.

Die Arbeit bringt die Grundlagen und Fehlerquellen der Röntgenuntersuchung der Nierencalculose. An der Hand von 7 Fällen, — darunter eine Fehldiagnose, — wird der chirurgische Wert dieser wichtigen Methode erläutert.

L. Kutassow: Zur Frage der primären malignen Tumoren des grossen Netzes.

Bericht über einen Fall von Kystosarcom des grossen Netzes mit vorzüglicher Dauerheilung. Nach 7½ Jahren war die Kranke vollkommen gesund. Im Anschluss an diesen Fall ausführliche Besprechung der Literatur.

N. Orlow: Ueber Milzcysten nicht parasitären Ursprunges.

Den 8 bisher publicierten Fällen reiht der Verf. einen 9. an, der durch Operation geheilt wurde.

L. Muchanow: Ueber Milzabscesse.

Im Anschluss an einen Fall von Recurrens beobachtete der Verf. einen riesigen Milzabscess mit gleichzeitiger vollkommener Gangrän der Milz. Spaltung und partielle Splenectomie führten zur Heilung.

M. Rjesanow: Ueber die Function und den Bau des Musculus quadriceps femoris.

Theoretische Abhandlung.

A. Zitronblatt: Zur Aetiologie und Casuistik der multiplen Extremitätenanomalien.

Nach Erläuterung der Literatur dieser Frage Mitteilung eines Falles von amniotischer Selbstamputation.

E. Hesse.

Ophthalmologie.

Westnik Oftalm. September und October 1910.

E. Bonwetsch: Ueber die beim Accomodationsspasmus bestehende, nicht sichtbar Convergenz und die Bedeutung ihres rechtzeitigen Nachweises.

Bei Klagen der Schulkinder über Accomodationsbeschwerden ist wohl immer eine Ueberanspannung der inneren und eine Schwäche der äusseren Augenmuskeln vorhanden. Dieses nicht sichtbare, bereits bestehende nach innen Schielen kann oft nachgewiesen werden, bevor es zu Klagen über Accomodationsbeschwerden kommt und das ist praktisch wichtig, um vorzubeugen. Es kann geholfen werden, ohne dass es notwendig ist, den Unterricht zu unterbrechen, was meist nicht zu vermeiden ist, wenn der Accomodationsspasmus voll entwickelt ist. Zum Nachweis der Störung in den Augenmuskeln

ist der Apparat von Moddex der geeignetste. Untersucht wurden 500, darunter 146 Schüler. Es fand sich zu starke Convergenz bei E. 24,32%, bei M. 25,19%, bei H. 31,08%.

Th. Germann. Vier Fälle aus der Consultationspraxis: 1. Pneumonia crouposa duplex Nephritis acuta, Neuroretinitis albuminurica hämorrhagica, Ablatio retinae oc. utr. Exitus letalis. 2. Morbus maculosus Werlhofii. 3. Empyema ossis ethmoidalis et ossis frontis, Pyämia septica consecutiva; Exitus letalis. 4. Empyema ossis ethmoidalis ossis frontis. Der erste Fall ist bemerkenswert durch die Schnelligkeit mit der an beiden Augen die schweren Störungen sich entwickelten und selten ist das doppelseitige Auftreten der Netzhautablösung. Im zweiten Falle kam wieder Erwarten der 18-jährige Patient durch. An den Augen fanden sich Blutungen unter der Bindehaut, aber die Netzhaut war frei, ein Befund, der nicht der Regel entspricht. Bei Augenstörungen fehlen Netzhautblutungen fast nie. Im dritten Falle fehlte eine Diagnose bis zur Consultation. Die war veranlasst worden durch das Auftreten eines leichten Exophthalmus. Geruch aus der Nase, Spuren blutig gefärbter Absonderung aus der Nase und der Exophthalmus, das waren zunächst die einzigen Symptome, die Germann veranlassten die Diagnose zu stellen, die dann durch specialistische Untersuchung der Nase bestätigt wurde. Die darnach ausgeführte zweimalige Operation, von der Nase her und von vorne Eröffnung der Stirnhöhle ist im gegebenen Falle vielleicht zu spät ausgeführt worden. Im letzten Falle war der rechtzeitig gestellten Diagnose die Operation sofort angeschlossen worden, dennoch trat retrobulbäre Cellulitis und Exophthalmus auf. Da der freie Abfluss des Eiters garantiert war, die Bewegung des Augapfels gut war, am Sehnervenkopfe Störungserscheinungen nicht sichtbar waren, stellte Germann eine günstige Prognose und es trat auch volle Genesung ein. Appliciert wurden auf das vorgetretene Auge feuchte Compressen.

K. Snegirew: Sarcom des Tränensackes.

Krankengeschichte der 49-jährigen Patientin und mikroskopischer Befund, nebst zwei Zeichnungen der Präparate.

I. Kobosew: Ueber Cataractbildung bei Tetanie.

Krankengeschichte einer 27-jährigen Frau. Bereits seit dem zehnten Lebensjahre waren Krämpfe in grösseren Pausen und in verschiedener Stärke aufgetreten. Nach der zweiten Entbindung waren acht schwere Anfälle mit Verlust des Bewusstseins aufgetreten. Seit der Zeit entwickelte sich schnell eine beiderseitige weiche Cataract. Patientin wurde in der Folge mit Erfolg operiert.

Bericht über die Sitzungen der Ophthalmologischen Gesellschaft zu Kiew.

15. und 28. Januar 1908. 26. Februar 18. März.

R. Sokolowski über Collargol in der Augenheilkunde.

S. empfiehlt es besonders bei den tiefen eiterigen Erkrankungen des Auges, wie: Hornhautgeschwüre mit Hypopyon, eiteriger Iritis, Iridocyclitis, Panophthalmitis. Er gebrauchte 15% Salbe und 5% wässerige Lösung zur Injection unter die Bindehaut.

K. Rumschewitsch: Ueber Hydrophthalmus.

M. Mandelstamm und K. Rumschewitsch über einen Fall von traumatischer Linsenluxation und Irisriss bei gleichzeitiger Anwesenheit einer Geschwulst (Sarcom?) im Augapfel.

O. Lurje: Ueber die Bildung von Cysten im Tränensack.

Weiter kleinere Mitteilungen und Demonstrationen.

G. Kanzel: Bericht über die Verhandlungen in der Section für Augenheilkunde während der XI. Versammlung russischer Aerzte (Pirogowgesellschaft) in St. Petersburg am 21—28. April 1910.

Neues von Bedeutung wurde nicht mitgeteilt. Die Trachomfrage, die für unser Land ein besonderes Interesse hat, war das einzige Thema, das lebhafter besprochen wurde. Eine starke Partei wollte nichts davon wissen im Kampfe gegen das Trachom Laienhilfe aus der Intelligenz heranzuziehen.

S. Golowin: Augenspiegel.

G. empfiehlt einen Augenspiegel ohne die übliche centrale Oeffnung, durch welche beim Untersuchen des Auges hindurchgesehen werden muss. Am äusseren Rande des Spiegels hat er einen halbmondförmigen Ausschnitt machen lassen, durch den gesehen werden muss. Ob aber gerade der Anfänger mit diesen Spiegel bequemer und schneller lernen wird? G. will diese Form des Augenspiegels den Studenten in die Hand geben. (Der Ausschnitt kann auch fortgelassen werden. Wer zu opthalmoskopieren versteht, der kann seinen Spiegel auch so halten, dass am Rande vorbeigesehen wird und er findet das umgekehrte Bild leicht und deutlich, einerlei, ob er ein Auge zukneift, oder mit beiden Augen sieht. Davon kann sich leicht Jeder überzeugen, der bereits zu ophthalmoskopieren versteht. Ref).

W. Filatow: Bacillus subtilis als Erreger von Augenerkrankungen.

Der Bacillus subtilis wirkt pathogen, wenn er in genügender Menge und in den Glaskörperraum des Kaninchenauges wird. Wird am Auge durch ein schwereres Trauma, wie z. B. Stich in den Ciliarkörper oder ausgedehntere Verbrennung am Limbus ein Locus minoris resistentiae geschaffen, dann erkrankt dieses Auge auch dann, wenn die Bakterien in die Ohrvene gespritzt wurden. Tod der Versuchstiere wurde nicht beobachtet. Panophthalmitis und eiterige Iridocyclitis nach Einspritzung des Bacillus subtilis veranlasst häufig das Auftreten dieses Bakterien in anderen Organen, wie Milz und Nieren.

K. Snegirew: Ein Fall von Empyen der Stirnhöhle nebst fibrösen Polypen in der Nase und Stirnhöhle; besonders bemerkenswert aber beginnende Verknöcherung der Wucherungen in der Stirnhöhle,

D. Siwzew: Syphilom des Ciliarkörpers. Krankengeschichte eines 38-jährigen.

Bericht über die Verhandlungen der Ophtalmologischen Gesellschaft zu Kiew für die Zeit vom April 1908 bis 16 December 1908. Alle wichtigeren Mitteilungen bereits referiert.

A. Belajew: Bericht über die Tätigkeit der Popowschen Augenheilanstalt in Kiew für die Zeit vom Juli 1908 bis December 1909. Im Ganzen 7583 Patienten Stationäre 460. Trachomkranke 17%. Extractionen 343.

G—n.

Wratsch. Gas.

G. Gorbunow: Ueber Anwendung von Pyocynase bei Augenkrankheiten. (Nr. 27).

Gorbunow empfiehlt die Anwendung der Pyocyanase bei Panophthalmitis, Blepharitis ciliaris, Keratitis, Trachom und ähnlichen Erkrankungen, er erhielt sehr gute Resultate.

L. Zwiebak: Zwei Fälle von Slerotico-Choirioiditis post. myopica, behandelt mit Spermin-Poehl. (Nr. 27).

Autor will die Aufmerksamkeit mit Beschreibung seiner Fälle auf die günstige Wirkung von Spermin auf die Sehschärfe bei Myopie lenken.

W. Ostroumow: Ein neuer Apparat zum Schreiben für Blinde und Kranke mit geschwächter Sehkraft. (Nr. 28).

Ein neuer Apparat von Stellmaczewitsch, dem System der Relief-Transparente zugehörig, hat sich in der Tomskschen Klinik gut bewährt.

W. Schiele.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Shurn. akusch. i shensk. bol. Sept. und Oct. 1910.

A. Gubarew: Modification des Bauchschnittes.

Verf. hat seine Methode der Schnittführung im Centralbl. für Gynäk. 1910 Nr. 12 publiciert. Dieselbe stellt eine Combination zwischen dem Pfannenstielschen und Lennanderschen Schnitt dar.

W. Brandt: Einige Fälle von Genitaltuberculose.

Im ersten Fall handelte es sich um Tubentuberculose, verbunden mit einem Uterusfibrom mit Uebergang auf das Endometrium. Im zweiten Fall waren Tuben, Eierstöcke und Bauchfell ergriffen, im dritten Fall erwies es sich bei der Probelaparotomie, dass die Adnexa, Uterus und Bauchfell tuberculös waren, Pat. starb an Miliartuberculose im Anschluss an den operativen Eingriff. Im vierten Fall handelte es sich um ein tuberculöses Geschwür der Vulva mit Fistelbildung im Rectum, Operation mit Resection eines kleinen Stückes Mastdarm. Drei Fälle genasen.

J. Cholmogorow: Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko.

Casuistischer Fall, beschrieben im Centralbl. 1910 Nr. 16.

M. Schestopal: Behandlung der Blutungen post partum nach Momburg.

Sch. hat in drei Fällen den Momburgschen Schlauch mit gutem Erfolg ohne Nebenerscheinungen angelegt.

F. Weber (Jalta): Ueber die Notwendigkeit der Feststellung strenger Indication zur Einleitung von Frühgeburten und künstlichen Aborten.

W., der in Jalta practiciert, hat die Beobachtung gemacht, dass die Indication zur Einleitung eines künstlichen Aborts bei Tuberculose zu leicht genommen wird. Die Entscheidung sollen 3—5 Aerzte, unter ihnen der Gerichtsarzt und ein Jurist fällen.

A. Selinow: Die morphologischen Veränderungen der Nebennieren während der Schwangerschaft.

S. untersuchte die Nebennieren von Kaninchen am 5, 15 und

20 Schwangerschaftstage. An den beiden ersten Terminen zeichnet sich das Gewebe durch erhöhte secretorische Tätigkeit aus, welche am 20 Tage fehlt. Dann zeigen sich Mitosen und es stellt sich eine regenerative Tätigkeit ein, welche bis zum 28 Tage zunimmt.

K. Ulesco-Stroganowa: Zur Histogenese des Krukenbergschen Ovarialtumors.

Beschreibung zweier Fälle. S. hält die Geschwülste dieses Typus für Carcinome und zwar für Scirrus.

Th. Alexandrow: Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Affectionen des Herzens und der Lungen.

A. führt einige Fälle an, wo Gravidität compliciert mit Herzfehler bestand. Ein Klappenfehler als solcher ist keine Indication zur Untersuchung der Schwangerschaft, aber incompensierte und wenn der Herzmuskel geschwächt ist. Was die Combination mit Tuberculose betrifft, so ist bei Kehlkopftuberculose stets die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt. Ueberhaupt ist der künstliche Abort in jedem Fall einer bestehenden Tuberculose als gesetzlich anzusehen.

K. Bogusch: Operative Behandlung der Uterusdeviationen und Prolapsen.

B. führt die Fixation der Ligam. rotunda an die Bauchdecken nach Olshausen-Liepmann aus.

J. Mininson: Appendicitis und Adnexerkrankung.

Casuistische Fälle.

Th. Burdsinski: Werthheims Uterus-exstirpation.

B. hat 28 Fälle mit gutem Resultat operiert, kein Todesfall. In 15 Fällen Infiltration der Drüsen (ob carcinomatös oder aus anderen Gründen nicht untersucht), 1 mal Ureter verwundet und Niere exstirpiert. In 10 Fällen glatte Heilung, in 5 Fällen Fieber 1—5 Tage, in 11 Fällen dauerte das Fieber länger.

Th. Probossud: Ein Fall von fast ausgetragener Extrauteringravidität mit lebendem Kind.

29-j. Pat., bewusstlos nach einem eclamptischen Anfall, Puls 120. Muttermund offen, Uterushöhle leer, in der Bauchhöhle der Foetus. Laparotomie. Bei der Eröffnung des cystoiden Tumors, fliesst Fruchtwasser hervor, Extraction des Kindes, Lösung der Placenta aus dem Fruchtsack. Dieser verwachsen mit den Därmen, beim Versuch die Verwachsungen zu trennen, wird der Dünndarm traumatisiert, daher reseciert, vernäht und der Versuch den Sack zu separieren und zu exstirpieren aufgegeben. Rechte Adnexa normal. Linke Tube in die Länge gezogen, deutlich zu verfolgen und mit dem Fruchtsack verwachsen. Tamponade. Kind männlich, lebend, 2400, Länge 50 Ctm. starb im 4-ten Monat an Acutem Magen-Darmkatarrh. Pat. erholte sich bald. P. glaubt, dass es sich um eine Ovarialgravidität handelt, das linke Ovarium war nicht zu finden. Litteraturübersicht.

K. Skutal: Extremitätenvorfall bei Kopflage.

Casuistischer Fall.

N. Prosorovski: Decapsulation der Nieren bei puerperaler Eclampsie

Normale Geburt, drei Stunden darauf 1 eclamptischer Anfall, Wiederholung desselben, Coma, Temp. 39,6, Puls 130, Urin 165, Decapsulation als ultimum refugium. Beschreibung der Operation, Heilung

D. Atabunkow: Ileus und Schwangerschaft.

Fall I. Gravidität 5—6 Monat, Stuhlverhaltung, Gaze gehen nicht ab, faecales Erbrechen, links unten undeutliche Dämpfung, starke Auftreibung des Leibes. Laparotomie, wobei es sich erwies, dass eine rechtsseitige Cyste mit Stieldrehung die schwangere Gebärmutter so an die Flexur gepresst, hatte dass dieselbe undurchgängig war. Genesung. Fall II: Schwangerschaft und Ileuserscheinungen. Torsion der Flexura sigmoidea um 360°, Resection der Flexura im Bereich von 35 Ctm., Vernähung mit seitlicher Anastomose. Heilung.

L. Sokolow: Undurchgängigkeit des Darmes als Folgeerscheinung einer Extrauteringravidität.

Casuistischer Fall: Kothbrechen, rechts im Unterleib ein Tumor zu fühlen. Operation. Abknickung des Ileums durch einen Tumor, der aus Placenta und Eihäuten bestand, die Frucht fehlte. Genesung.

Lingen.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Obosr. psich. nevr. i exper. psich. 1910.

A. Rachmanow: Die Veränderungen innerer Organe bei Dystrophia muscularis progressiva. Eine pathologisch-anatomische Studie. (Nr. 4.)

Patientin, 27 Jahre alt, ist krank seit ihrem 10. Lebensjahr an Dystrophia muscularis progressiva juvenilis (Erb). Während $2^1/_2$ Monate in der Klinik keine Aenderung im Zustand, bis nach einer leichten Erkältung Leibschmerzen, blutiger Durchfall, starkes Erbrechen, Kopfschmerzen eintraten; im Urin wurde Eiweiss nachgewiesen; unter dem Bilde der Urämie starb Pat. am 4. Tage an Herzschwäche. Die Section und histologische Untersuchung zeigte Folgendes: Reichliche Fettablagerung in allen Organen, Geweben und Elementen im Bindegewebe, im Unterhautzellgewebe, im intramusculären Bindegewebe, und überhaupt im interstitiellen Gewebe, weiter in den Zellen der Leber, der Nieren, in den drüsigen und epithelialen Elementen. Es bestand also eine diffuse Lipomatose des ganzen Organismus gleichzeitig mit dem atrophischen Process, welch letzterer am stärksten in dem Muskelgewebe ausgeprägt war. Die Veränderungen im Centralnervensystem zeigen im Allgemeinen denselben Charakter einer Fettablagerung und können daher als atrophische oder degenerative Processe angesehen werden: der Pigmentgehalt der Zellen ist recht bedeutend, was bei dem jugendlichen Alter der Kranken als eine vorzeitige Alterserscheinung der Zellen angesehen werden muss. Verf. ist der Ansicht, dass sein Fall und ihm ähnliche die Erkrankung als eine solche nicht ausschliesslich des Muskel- oder Nervensystems auffassen lassen, sondern als eine Krankheit des ganzen Organismus und speciell als eine Stoffwechselstörung; bei dieser findet eine ungenügende Verbrennung der Fette statt, woraus eine übermässige Abspaltung und Ablagerung desselben in allen Organen und Geweben resultiert, und zwar nicht nur im interstitiellen Gewebe sondern auch im Parenchym; auf diese Weise wird die Tätigkeit sämtlicher Organe beeinträchtigt.

M. Shukowski: Ueber das plantar phalangeale Flexionsphänomen. (Nr. 4).

Schlägt man mit dem Percussionshammer auf die Mitte der Fussohle, so erhält man eine Plantarflexion aller Zehen, welche bei stark ausgeprägten spastischen Erscheinungen noch von einer Plantarflexion des Fusses im Talocruralgelenk begleitet wird. Beobachtet hat Verf. diesen Reflex bei cerebralen Lähmungen auf der Seite der Hemiparese, bei spinalen Lähmungen. Bei Polyneuritis, Tabes, bei gesunden Personen fand er ihn nicht. Den Mechanismus, die Bahnen des Reflexes kann Verf. vorläufig noch nicht genauer angeben. Neben dem Babinskischen, Oppenheimschen, Mendel-Bechterewschen Reflex dient auch dieser neue zur Erkennung organischer Läsionen des Centralnervensystems.

W. Bechterew und P. Ostankow: Ueber Fussketten bei Untersuchungsgefangenen und geisteskranken Arrestanten. (Nr. 4).

Bericht über die Tätigkeit derspeciellen Commission beim Medicinal-Conseil in dieser Frage. Die Commission bestand aus dem Medicinalinspector Malinowski, zwei Juristen und Bechterew als Vorsitzendem. Der Medicinalconseil gab gestützt auf das Resultat dieser Commission ein motiviertes Gutachten, welches die Befreiung aller in Untersuchung befindlichen oder schon für geisteskrank erklärter Arrestanten von den Hand- und Fussfesseln, dafür eine verstärkte Beaufsichtigung derselben in den Krankenhäusern und die Einrichtung besonderer Abteilungen. Für diese Zwecke seien dem Gefängnisressort entsprechende Geldmittel anzuweisen. Die Verfasser stellen folgende Thesen auf: 1) Innerhalb der Irrenanstalten Wachtposten aufzustellen ist unanständig. 2) Auf einen geisteskranken Arrestanten darf man vom Moment seiner geistigen Erkrankung an nicht anders sehen als nur auf einen Kranken. 3) Die Untersuchungsgefangenen müssen, solange ihre geistige Gesundheit nicht anerkannt ist, die gleiche Behandlung geniessen wie die Geisteskranken. 4) Für die sog. «gefährlichen» geisteskranken Arrestanten und Untersuchungsgefangenen müssen gerichtlich-psychiatrische Abteilungen eingerichtet werden: solange solche nicht existieren, können die allgemeinen psychiatrischen Krankenhäuser nicht verpflichtet werden solche Kranke aufzunehmen, ohne sich wesentlichen Schaden zu bringen. 5) Die gerichtlich-psychiatrischen Abteilungen sollen sich ausser durch die verstärkte Aufsicht durch nichts von den gewöhnlichen psychiatrischen Krankenhäusern unterscheiden. 6) Die an einem Untersuchungsgefangenen befindlichen Fesseln schliessen die Möglichkeit einer unparteiischen und wissenschaftlich begründeten Untersuchung aus und bringen im Falle einer wirklichen Krankheit des zu untersuchenden Arrestanten seiner psychischen Gesundheit einen ernsthaften Schaden. 7) Hand und Fussfesseln können nur bis zur Schwelle eines jeden psychiatrischen Krankenhauses gelassen werden, wo sie sofort entfernt werden müssen, da man vom ärztlichen Gesichtspunkte aus nicht früher untersuchen und behandeln kann, als bis Alles entfernt ist, was dem Kranken selbst oder der Umgebung schaden kann. Die Sorge über Unterbringung und Behandlung des Kranken gehört ausschliesslich dem Arzte. 8) Die Entscheidung der Frage über Simulation unterliegt nur dem ärztlichen Specialisten.

Michelson.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Paul Klemm.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 51 St. Petersburg, den 18. (31.) December 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Ein individuell-constantes Herzmass.

Vortrag, gehalten auf dem XXI. livl. Aerztetage in Wenden am 28. August 1910.

Von

Dr. Walther Hollmann — Dorpat.

M. H.! Das unzweifelhafte Vorhandensein einer streng gesetzlichen Proportionalität im äusseren Aufbau des normalen menschlichen Körpers hat mich veranlasst, nach einer Antwort auf die Frage zu suchen, ob nicht auch zwischen der Grösse der inneren Organe — speciell des Herzens—und gewissen äusseren Körpermassen eine constante, ich möchte sagen gesetzmässige Progortionalität bestehe? Wie Dietlen[1]) an der Hand einer grösseren Zahl einwandfreier orthodiagraphischer Untersuchungen hat feststellen können, ist die Herzgrösse des erwachsenen Menschen bis zu einem gewissen Grade abhängig von der Körpergrösse, d. h. grössere Menschen haben im Allgemeinen ein grösseres Herz als kleinere Menschen, der unerwachsene hat ein wesentlich kleineres Herz als der gleichgrosse erwachsene Mensch. Zwischen der Herzgrösse gleichalteriger und gleichschwerer Kinder sollen recht auffallende Unterschiede zu beobachten sein, je nachdem es sich um kleine oder aufgeschossene Kinder handelt. Dietlen kommt zu dem Schluss, dass der Einfluss des reinen Längenwachstums auf die Herzgrösse weniger bedeutend ist als die Gewichtsentwicklung. Auf Grund seiner Untersuchungen teilt Dietlen sein Material in 4 Gruppen, und zwar nach dem Längenmass, jeder dieser Gruppen entspricht eine als Durchschnittsnorm zu gelten habende Herzgrösse, die natürlicherweise zwischen einem Maximum und einem Minimum liegt, welche ihrerseits ohne scharfe Trennung Uebergänge zwischen den einzelnen Gruppen vermitteln.

[1]) Dietlen. Ueber Grösse und Lage des normalen Herzens und ihre Abhängigkeit von physiologischen Bedingungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 88, 1907.

Meine Untersuchungen bestätigen zum Teil die Dietlenschen Schlussfolgerungen, doch können sie leider nicht unbedingt mit denselben verglichen werden, da ich mich zur Bestimmung der Herzfigur der Percussion bediente und nicht, wie Dietlen, des Orthodiagraphen. Wie ich soeben anführte, bediente ich mich bei meinen Untersuchungen der Percussion, und zwar in der Weise, wie ich das vor Jahresfrist an anderer Stelle ausführlich auseinandergesetzt habe [2]). Diese Percussionsmethode hat mir stets zuverlässige Resultate gegeben: von ein und demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten gewonnene percutorische Herzfiguren decken sich bei ihrer Uebertragung vermittels meines Orthographen fast vollständig in ihren Conturen, der Fehler beträgt jedesmal nur wenige — bis 5 — Millimeter.

Der Gang meiner Untersuchungen gestaltete sich folgendermassen: nachdem vom Thorax der horizontal gelagerten Versuchsperson die auf percutorischem Wege gefundene Herzfigur nebst 2 Orientierungspunkten (Mitte der Jugularincision des Manubrium sterni und der äussersten Spitze des Processus xiphoideus) sowie die Lage der linken Mammilla vermittels des Orthographen auf ein Blaupapier übertragen worden waren, folgte Messung der Körperlänge und des Brustumfanges in der Höhe der Mammillae. Diese letzteren Masse sowie die folgenden aus der Zeichnung gewonnenen Zahlen wurden in der beigegebenen Tabelle eingeordnet.

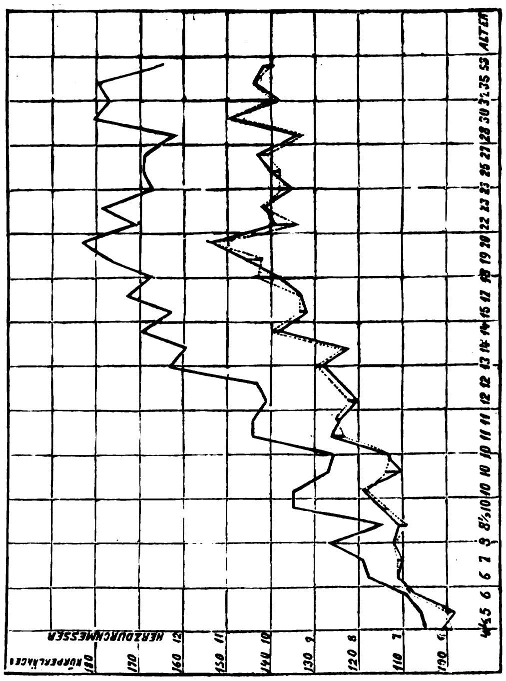
1) Länge des gesamten Sternum (Manubrium + corpus + proc. xiph.),
2) Abstand der linken Mammilla von der lin. med.,
3) Abstand des äussersten linken Herzrandes von der Mammillarlinie,
4) weitester horizontaler Querdurchmesser der Herzfigur.

Weiter folgte dann mit Hilfe eines Schiebezirkels die Messung der Länge des linken Mittelfingers und zwar wurde stets von der Furche des Metacarpophalangealge-

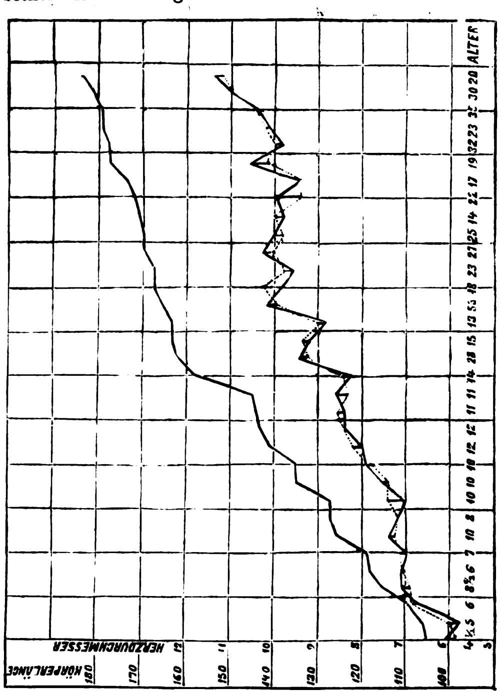
[2]) W. Hollmann, Zur percutorischen Grössenbestimmung des Herzens. St. Petersb. med. Wochensch. Nr. 49, 1909.

№	Namen	Alter	Diagnose	Datum 1910	1 Körperlänge	2 Brustumfang	3 Länge des Sternums (+ xiph.)	4 Mammilla Abstand v. d. Median	5 Abstand l. Herzrand-Mammilla	6 Länge des l. Mittelfingers	7 Horiz. Querdurchm. d. Herzens	8 Differenz zwischen 6 und 7
1	Lisa L.	28	Entero-Colitis nervosa	20. IV.			22.0	12.5	3.9	9.9	9.7	−0.2
2	Peter L.	32	Ulcus ventr. chron.	25. IV.			21.8	9.9	1.5	10.3	10.2	−0.1
3	Eduard S.	23	Phlegmon. thoracis	2. V.			21.0	11.2	1.6	11.4	11.0	−0.4
4	Anton M.	18	Tumor intest?	2. V.	167.0	79.0	20.3	8.8	1.8	10.3	9.8	−0.5
5	Karl K.	32	Ulcus ventr. inveterat.	2. V.	177.5	90.0	23.0	10.2	2.3	10.0	9.8	−0.2
6	Adolf B.	39	Tbc. pulm. Schrumpfg L	9. V.	171.3	84.5	22.6	9.1	0.5	10.3	9.8	−0.5
7	Ofsey Fl.	42	Ulcus ventr. Stenocard.	9. V.	164.5	84.0	21.3	11.0	1.8	10.0	10.8	+0.8
8	Jaan P.	20	Gonorrhoea	16. V.	183.0	98.5	19.3	12.0	3.0	11.3	11.4	+0.1
9	Eduard W.	23	Gonorrhoea	16. V.	179.0	99.0	23.7	11.4	2.8	10.2	10.1	−0.1
10	Gustav P.	23	Gonorrhoea	16. V.	167.0	88.0	20.4	10.1	2.6	9.8	9.5	−0.3
11	Juhan A.	55	Emphysema pulm. Bothryoceph. lat.	25. IV.			22.1	11.1	0.6	11.2	13.5	+2.3
12	Peter W.	30	Schrumpfniere. Retinitis albuminurica.	17. V.	180.5	91.0	24.0	11.2	1.8	11.0	11.0	±0.0
13	Hans M.	27	Gonorrhoea	20. VI.	169.0	96.0	23.1	10.3	2.1	10.1	10.3	+0.2
14	Samuel S.	27	Gonorrhoea. Herz?	20. VI.	168.0	85.0	21.2	9.7	2.0	9.6	10.5	+0.9
15	Eduard P.	22	Gonorrhoea	20. VI.	171.0	89.0	18.3	10.2	2.4	9.4	9.9	+0.5
16	Hans M.	35	Gonorrhoea	20. VI.	179.0	96.0	22.2	11.2	2.8	10.4	10.4	±0.0
17	Eduard T.	19	Nephritis acuta	20. VI.	177.0	90.0	21.3	11.0	3.5	10.2	10.6	+0.4
18	Isi H.	4½	Gesund	20. VI.	105.5	53.0	12.0	6.3	1.2	5.9	6.1	+0.2
19	Isa H.	28	Gesund	20. VI.	162	88.5	17.4	11.9	4.4	9.3	9.4	+0.1
20	Kusta L.	25	Tuberc. pulm. et enter.	22. VI.	169.5	84.0	20.0	9.3	1.9	9.8	10.0	+0.2
21	Mihkel K.	53	Arteriosclerosis	23. VI.	164.5	95.0	22.9	11.4	3.2	10.0	10.2	+0.2
22	Theodor Gr.	31	Insuff. Aortae	25. VI.	160.0	84.5	19.0	10.1	2.5	10.0	11.2	+1.2
23	Jürri K.	29	Pleuritische Schwarte rechts	26. VI.	163.0	91.0	20.0	10.3	2.0	9.5	10.3	+0.8
24	Mary D.	8	Zart. Drüsen?	27. VI.	127.0	58.0	12.7	7.0	1.9	7.2	7.2	±0.0
25	Dora D.	6	Gesund	27. VI.	109.5	54.5	12.0	6.4	1.0	6.8	6.7	−0.1
26	Erwin K.	11	Bronchitis	30. VI.	144.5	70.0	16.0	8.6	1.7	8.3	8.6	+0.3
27	Lilli R.	6	Gesund	9. VIII.	118.0	60.0	12.6	7.0	1.0	7.1	7.1	±0.0
28	Elisabeth St.	8½	Gesund, mager	9. VIII.	115.0	56.0	12.5	6.1	0.2	6.9	7.1	+0.2
29	Nora Freymann	10	Gesund	9. VIII.	135	64.5	15.3	7.4	1.9	7.4	7.5	+0.1
30	Ludmilla K.	11	Gesund	9. VIII.	144	66	14.8	7.6	1.4	8.5	8.4	−0.1
31	Wally W.	10	mässige Hühnerbrust	9. VIII.	135	62.5	13.8	6.4	0.6	7.8	7.9	+0.1
32	Nora Br.	11	Mitralstenose	9. VIII.	139	64	15.4	6.7	1.0	7.8	8.5	+0.7
33	Elisabeth K.	12	Gesund	10. VIII.	141	66.5	14.3	6.8	1.0	8.2	8.0	−0.2
34	Johanna M.	13	Halsdrüsen	10. VIII.	163	74.5	18.5	8.8	2.1	8.9	8.8	−0.1
35	Gretchen K.	14	Gesund	10. VIII.	169.5	73	18.0	8.4	2.9	8.4	8.2	−0.2
36	Erwin D.	19	Stud. gesund?	15. VIII.	164	90.5	20.3	9.8	1.9	9.6	10.3	+0.7
37	Walter R.	14	Gesund	15. VIII.	170	81	20.6	9.7	1.7	10.0	9.8	−0.2
38	Richard K.	16	Sportsherz	15. VIII.	169	87	19.0	10.0	0.9	10.0	12.9	+2.9
39	Ernst H.	17	Gesund	16. VIII.	173	93	18.5	11.5	4.2	9.3	9.3	±0.0
40	Wera H.	5	Gesund	16. VIII.	106	54.5	11.8	6.0	1.2	6.0	5.8	−0.2
41	Eduard J.	12	Gesund	16. VIII.	143	73	14.4	8.1	1.8	8.4	8.4	±0.0
42	Rudolf H.	15	Gesund	16. VIII.	162.5	80	17.3	9.8	2.0	9.3	9.2	−0.1
43	Franz H.	7	Gesund	16. VIII.	119	62.5	13.5	7.1	1.3	7.1	7.0	−0.1
44	W[illegible] H.	10	Gesund, hager	16. VIII.	127.5	60.5	13.5	6.5	0.8	7.4	7.0	−0.4
45		10	Gesund	16. VIII.	126	64	15.5	6.6	0.8	7.3	7.4	+0.1

lenkes bis zur äussersten Convexität der Fingerkuppe gemessen.



Ich wählte den linken Mittelfinger, weil dieser in seiner Entwicklung sowie durch verschiedene äussere



Momente (Arbeit, Verstümmelung etc.) bei der grossen Mehrzahl der Menschen weniger direct beeinflusst wird als der rechte. Zum Schluss wurde das Verhalten von Puls und Herztönen untersucht.

Meine Vermutung, der Mittelfinger könnte ein individuell-constantes Herzmass abgeben, ist keine rein aprioristische; die alten Aegypter nahmen an, dass die Länge des Mittelfingers neunzehnmal in der Körperlänge enthalten sei [3]), und noch heute gilt bei den Anatomen die geballte Faust der Leiche als aproximatives Mass der normalen Herzgrösse. Und in der Tat habe ich bei allen in der Sprechstunde vorgenommenen Messungen constatieren können, dass der weiteste horizontale Querdurchmesser des Herzens und die Länge des linken Mittelfingers mit einer nur wenige Millimeter umfassenden Fehlerbreite mit einander übereinstimmten. Deutlich lässt sich diese Beobachtung aus der beigefügten Tabelle ersehen; die grösste Uebereinstimmung besteht zwischen den Zahlen der Colonnen 6 und 7; wie Colonne 8 zeigt, handelt es sich beim Vergleich zwischen der Länge des linken Mittelfingers und dem weitesten horizontalen Querdurchmesser des gesunden Herzens um eine Differenz von $\pm$ 0,5 Centimeter maxime, welcher Fehler nach de la Camp & Moritz noch in den Bereich der concedierten Fehlerbreite hinein rangiert. Die übrigen Masse weisen grössere Unterschiede auf, es lässt sich kein constantes Verhältnis zwischen einem derselben und dem Querdurchmesser des Herzens zwanglos aufstellen.

Das Verhältnis des horizontalen Querdurchmessers des Herzens (untere Linie) einerseits zur Körperlänge (obere Linie) und andererseits zur Länge des linken Mittelfingers (punktierte Linie) in den verschiedenen Lebensaltern sollen die beiden Curven illustrieren. Aus beiden ist ersichtlich, dass der horizontale Querdurchmesser des Herzens im Allgemeinen der jeweiligen Körperlänge folgt, jedoch unabhängig vom Alter, unabhängig davon, ob das Herz einem erwachsenen oder einem unerwachsenen Menschen gehört. Eine hübsche Uebereinstimmung lässt das Verhältnis zwischen dem horizontalem Querdurchmesser des Herzens und der Länge des linken Mittelfingers constatieren.

M. H., ich bin mir dessen sehr wohl bewusst, dass die Zahl meiner exact durchgeführten Messungen — im Ganzen 45 — eine zu geringe ist, um aus denselben bindende Schlüsse für alle Fälle zu ziehen, doch glaube ich immerhin berechtigt zu sein, die auffallende, von mir stets beobachtete Uebereinsimmung zwischen der Länge des linken Mittelfingers und dem horizontalen Querdurchmesser der percutorischen Herzfigur, zwecks weiterer Nachprüfung, bekannt zu geben. Ich bin der Meinung, dass diese Uebereinstimmung uns eine brauchbare individuelle Masseinheit abgeben kann, welche m. E. in der Klinik des Herzens mehr leisten kann und muss als die auf allgemein statistischer Grundlage construierten «Normalwerte», die naturgemäss zwischen einem minimum und einem maximum schwanken müssen und nur für eine bestimmte Grössen - Alters - oder Gewichtsgruppe von Menschen zulässig sind.

In die Zahl meiner registrierten Beobachtungen habe ich vorzugsweise Kinder und jüngere Individuen beiderlei Geschlechts aufgenommen und zwar aus der Ueberlegung heraus, dass der wachsende Organismus—während seiner fortlaufenden Entwicklung von Zeit zu Zeit controlliert— zur Klärung der Constanz der von mir beobachteten Uebereinstimmung mehr beitragen könnte als eine grössere Anzahl von einmaligen Einzelbeobachtungen an verschiedenen Individuen. Ich behalte mir vor, meine Beobachtungen in dem soeben angedeuteten Sinne fortzusetzen.

---

[3]) Stratz. Die Schönheit des weiblichen Körpers. VI. Aufl. Stuttgart 1900.

Polyarthritis chronica progressiva.

Vortrag, gehalten auf dem XXI livländischen Aerztetag in Wenden 1910.

Von

Dr. A. Schawlow-Riga — Kemmern.

Das Krankheitsbild der Polyarthritis chronica progressiva weist vieles gemeinsame mit den übrigen Arthritiden auf, die Krankheit selbst ist aber in ihrem Wesen vollständig verschieden von den anderen rheumatischen Erkrankungen. Charcot und Virchow betrachten sie nicht als Krankheit sui generis, vielmehr hielten sie sie für eine Abart der Arthritis deformans in ihrer schweren Form, in den leichteren Fällen warfen sie die Polyarthritis chronica progressiva mit dem secundär chronischen Gelenkrheumatismus zusammen. Disese Anschauungen wurden von ihren Schülern aufrecht erhalten, es bildete sich wohl allmählich eine Nomenclatur der einzelnen Formen aus, diese brachte aber eher Verwirrung als Klärung, da jeder Forscher willkürlich Symptome herausgriff und nach ihnen die einzelnen Krankheitsbilder zu classificieren suchte. Erst die Entwickelung der Röntgendiagnostik und die exacte anatomische Untersuchung im Verein mit scharfen und genauen klinischen Untersuchungen haben das Erkennen erheblich gefördert, und allmählich bricht sich das Bestreben Bahn, jeden Fall aus der grossen Gruppe des officiellen Sündenbockes „Rheumatismus", genau zu erforschen und das ernste Wissen und Unterscheiden auf die Fahne zu erheben. Die gründlichsten derart systematisierenden Arbeiten sind erst in den letzten Jahren erschienen, und zwar sind es hauptsächlich Pribram, und noch mehr Hoffa und sein Schüler Wollenberg, die das meiste zur Klärung dieser dunklen Gebiete beigetragen haben. Es liegt ja auch auf der Hand, dass mit der Erforschung der Eigentümlichkeiten der einzelnen Krankheitsformen ganz andere Grundlagen für die Therapie werden geschaffen werden können, und jeder Baustein, der hinzugetragen wird, muss helfen, einmal ein festgefügtes Gebäude aufzuführen, in dem der babylonischen Verwirrung über diese Krankheitsform kein Raum mehr bleiben dürfte.

Das klinische Krankheitsbild der Polyarthritis chronica progressiva ist noch nicht in allen seinen Stadien erforscht, es fehlen uns noch genaue Daten über die Initialerscheinungen. Gewöhnlich wird die Diagnose der Polyarthritis chron. progr. erst gestellt — wenn sie überhaupt gestellt wird — sobald die Krankheit schon grosse Gebiete ergriffen hat. Es finden sich zwar in der Literatur (Spengler, Kahler, Fuller) Angaben über Initialerscheinungen, Parästhesien im Rücken, Schmerzen in der Hand, geringes Fieber, Aenderungen in der Pulsbeschaffenheit, Hautpigmentationen, doch sind sie nur vereinzelt und lassen nicht auf den Zeitpunkt der Erkrankung schliessen. Es gilt doch auch immer bei anamnestischen Erhebungen, das Gewollte vom Tatsächlichen streng zu scheiden und stets im Auge zu behalten, dass häufig der Patient leicht zu beeinflussen ist. Soviel ich zu beobachten Gelegenheit hatte, waren es meist vorgeschrittene Fälle, bei denen die Gelenke in ihrer Mehrzahl ergriffen waren. Der Nachweis gelingt aber fast immer, dass die Krankheit allmählich in steten Nachschüben sich entwickelt hat. Anfangs erkranken gewöhnlich die Finger und Handgelenke, darauf der Schultergürtel und die Wirbelsäule, um zuletzt auf die unteren Extremitäten überzugehen, wo vor den Knien und dem Beckengürtel die Zehen befallen zu sein pflegen. Dieses Schema ist vielfach aber nicht einzuhalten, da oft gleichzeitig die Finger und Zehen erkranken, darauf die Krankheit stationär bleibt, und in jahrelanger Dauer nur langsam die übrigen Gelenke befallen werden. Hervorzuheben ist der progrediente Charakter der Krankheit, man muss bei jedem Patienten, der an Polyarthritis chronica progressiva leidet, damit rechnen, dass alle Gelenke erkranken können, doch lässt sich über den zeitlichen Verlauf und die Entwickelung noch nichts Genaues sagen. Wollenberg hat an einer Statistik von 23 Fällen versucht, die zeitlichen Verhältnisse zu bestimmen, beschränkt sich aber nur darauf, die Dauer der Krankheit festzustellen, ohne eruieren zu können, wann die einzelnen Nachschübe erfolgten. Das Alter variiert in seinen Fällen zwischen 19 und 72 Jahren und die Dauer der Krankheit bis zu 39 Jahren. Reiner hat ähnliche Fälle im Kindesalter beobachtet und Röntgenaufnahmen von ihnen veröffentlicht; er spricht sie als Arthritis deformans an, Hoffa-Wollenberg neigen aber bei der Kritik dieser Röntgenbilder zur Annahme, dass sich mehrfach Polyarthritis chronica progressiva aus den Röntgenbildern herauslesen lasse, wenn auch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen ein nicht vollkommen gleiches Resultat ergeben haben; darauf wollen wir an späterer Stelle zurückkommen. Unsere Fälle umfassen das Lebensalter zwischen 18 und 65 Jahren; es ist mir aufgefallen, dass bei jugendlichem Beginne der Krankheit sie ungemein schnell fortschreitet. Die schwersten Veränderungen traten im Verlaufe von einigen Monaten auf, ich habe Kranke gesehen, die im Mai die ersten Erscheinungen zeigten, und im Juli, also nach 2 Monaten, schon die schwersten Contracturen aller Gelenke aufwiesen, bei älteren Leuten könnte fast immer eine jahrelange Pause zwischen den einzelnen Nachschüben festgestellt werden. Der Beginn war in allen Fällen peripher, meist fieberfrei, wenigstens konnte ich in keinem Falle ein begleitendes oder früheres Fieber anamnestisch sicher feststellen. Das Herz war stets frei, auch dann, wenn die Krankheit stürmisch verlief (im jugendlichen Alter). Vorhergegangene Krankheiten liessen sich kaum bestimmen, wenigstens keine Infectionskrankheiten. Auf einige interessante Beobachtungen will ich bei der Besprechung der Aetiologie eingehen. Bevorzugt war das weibliche Geschlecht, ich habe bloss 2 Männer unter 14 Fällen gehabt.

Ist die Entwickelung eine stürmische, dann treten heftige Schmerzen auf, um beim Stationärbleiben nachzulassen, und erst die stärkere Inanspruchnahme der Gelenke ruft Schmerzen hervor. In den langsam verlaufenden Fällen ist, so lange die kleinen Gelenke befallen sind, die Schmerzhaftigkeit eine so minimale, dass die Kranken selbst den Zustand oft nicht beachten, — deshalb ist es auch so schwer, den Zeitpunkt des Beginnes festzustellen, erst die erkrankten grossen Gelenke haben Schmerzen im Gefolge, aber fast nur bei den Functionen der Gelenke, höchst selten spontane.

Die Erscheinungen in den Gelenken äussern sich in Schwellungen, die durch die Verdickung der Gelenkkapsel und der sie umgebenden Weichteile entstehen. Die eigentlichen exsudativen Processe sind gewöhnlich gering und dauern nicht lange an, sind bloss im Beginne vorhanden. Die Gelenkkapseln fühlen sich mehr oder weniger elastisch und verdickt an, die Synovialzotten sind häufig durchzutasten, am ehesten an ihren Umschlagsstellen. Je älter der Process wird, desto weniger sind die Kapselverdickungen ausgesprochen, da eine Schrumpfung des Gewebes die Verdickungen aufhebt. Wir haben ebenso wie Wollenberg in mehreren Fällen an einem Gelenke Retractionsvorgänge, an dem anderen Gelenke desselben Kranken Exsudationen beobachtet. Was aber wesentlich für diese Krankheit ist, das sind charakteristische Muskelatrophien und die starken Veränderungen in der Lage der Gelenke. Die schnell auftretende Muskelatrophie in der Umgebung der Gelenke im Verein mit der Schwerkraft und den ana-

tomischen Veränderungen verleiht den Gelenken die unmöglichsten Stellungen und Formen. Wie ich schon in einer früheren Arbeit hingewiesen habe, wollte man die Deformitäten in bestimmte Typen einteilen, besonders an den oberen Extremitäten, in einen Flexions-Extensions- und gradlinigen Typus (Charcot, Teissiger, Roque). Doch wechseln die Formen so vielfach, dass, wie Hoffa richtig betonte, es unmöglich wäre, einen bestimmten Typus einzuhalten. Schon deswegen ist es unmöglich, die Deformitäten in bestimmte Typen einzureihen, weil die wirkenden Kräfte, der Muskelzug und die Schwerkraft ständig wechseln. Es atrophieren eben die Muskeln nicht gleichmässig, sondern einzelne Gruppen schneller und stärker als andere, die Streckmuskeln werden früher und stärker atrophisch als die Beuger, auch die interossei und die Daumenballenmuskulatur. Dadurch wird der Muskelzug mehr einseitig und die Stellungen der Gelenke immer contracturierter. Die schrumpfenden Gelenkweichteile, Kapseln, Bänder — üben gleichfalls eine directe Zugwirkung aus, die Gelenkenden werden fester aufeinander gepresst; die Gelenkspalten schwinden allmählich, und diese Momente wirken auf die plastischen Configurationen der Gelenkenden, auf den Knorpel und die Knochen ein; es kommt je nach der Möglichkeit einmal zur Abplattung und Verkleinerung der Gelenkenden, ein andermal zum Druckschwund oder Ineinandertreiben oder Einbruch der Knochensubstanz; die Gelenkenden werden schief gestellt, was wieder von der Bandwirkung, die ebenso einseitig sein kann, abhängt. Je nach der Festigkeit und Länge der Kapselbänder, wo einmal ein Ausweichen ermöglicht wird, dann aber nicht, treten hier Einkeilungen, dort Luxationen oder Subluxationen auf. Ebenso wirkt auch die Schwerkraft mit, und der teilweise oder ganze Functionsausfall der befallenen Gelenke, besonders die Hyperextension und die Ulnarabduction der Finger wird durch die Ueberanstrengung, wie Wollenberg richtig betont, hervorgerufen. Wir wissen ja auch nach der Untersuchung Molls und Reyhers, dass lange fixierte Gelenke leicht dem Knorpelschwunde unterworfen sind, und dieselben Verhältnisse spielen sich bei der Polyarthritis ab, wo ja schon frühzeitig die Gelenkfunctionen herabgesetzt sind.

Was den weiteren Verlauf anbetrifft, so müssen wir betonen, dass er sehr lange anzudauern pflegt. Ich hatte in einer früheren Arbeit ausgesprochen, dass Polyarthritiker leicht intercurrenten Krankheiten erliegen, muss aber nach meinen jetzigen Erfahrungen diesen Satz zurücknehmen und mit Pribram gerade auf die eher vermehrte Widerstandsfähigkeit dieser Kranken anderen Noxen gegenüber hinweisen. Man müsste, wenn man solche Patienten häufiger zu beobachten Gelegenheit hat und die Hilflosigkeit, die sich immer mehr entwickelt, ins Auge fasst, an eine schnelle Schwächung des Organismus denken, an eine sich bald entwickelnde Cachexie; und doch ist das keineswegs der Fall. So kenne ich seit 10 Jahren eine Patientin aus einer exquisit tuberculösen Familie mit Polyarthritis chronica progressiva, die zeitweise selbst an Lungenblutungen leidet, sich aber äusserst schnell erholt und trotz ihrer absoluten Hilflosigkeit sich relativ wohl fühlt. Veränderungen an der Haut und den Nägeln konnte ich nie besonders ausgesprochen finden, die glossy skin, die bei schweren Rheumatikern sich einzustellen pflegt, fehlt in allen unseren Fällen. Die Haut wird wohl teigig, leicht ödematös während der exsudativen Processe, runzelt sich bei Retractionsvorgängen, besonders deutliche Hautveränderungen und trophoneurotische Störungen sind aber in keinem unserer Fälle nachzuweisen. Das Herz wird auch nicht ergriffen, Pribram fand nur 4 % Klappenfehler bei seinen Polyarthritikern, während er beim secundär chron. Gelenkrheumatismus 20 % nachwies. In unseren Fällen hatten wir keinen Klappenfehler, Wollenberg bei 23 Fällen nur 2, die er aber auch als zufällige betrachtet.

Die Aetiologie der Krankheit liegt noch ganz im Unklaren. Vor allem versuchte man das Centralnervensystem verantwortlich zu machen. Die unerklärliche, bedeutende Muskelatrophie und der symmetrische Beginn in den kleinen Gelenken, sowie der stetig progressierende Charakter, die trophischen Störungen der Knochen und Knorpel legten diesen Gedanken nahe. Danilewsky wollte die Glandula thyreoidea als ätiologischen Factor heranziehen. Doch lassen sich diese Hypothesen kaum halten; die entzündlichen Vorgänge in der Synovia, die durch Wollenbergs exacte anatomischen Untersuchungen in den Frühstadien der Erkrankung nachgewiesen sind, sprechen direct gegen eine Beteiligung des centralen oder peripheren Nervensystems. Noch heute wird aber vielfach die Polyarthritis chronica progressiva mit dem chronischen Gelenkrheumatismus zusammengeworfen, besonders Banatyne will die Identität beider Processe vertreten, die wohl im Grossen und Ganzen ein sehr ähnliches Bild besitzen können. Doch sind seine Beweise vollkommen widerlegt. Er behauptet, dass das Herz bei beiden Krankheiten gleich beteiligt wäre. Das ist aber nicht der Fall, ich habe schon auf die Untersuchungen Pribrams und Wollenbergs hingewiesen, die bei Polyarthritis chronica progressiva einen äusserst geringen Procentsatz von Herzerkrankungen gesehen haben. In unseren Fällen war keine einzige. Es bleibt also nur übrig, an ein bakterielles Moment zu denken. Doch auch hier sind die Untersuchungen erst im Stadium der Entwickelung. Die Befunde der einzelnen Forscher sind verschieden, wenn schon eine ganze Reihe von Arbeiten veröffentlicht wurde. Es sind eben 2 Möglichkeiten vorhanden, entweder wird die Krankheit durch in den Gelenken selbst localisierte Bakterien hervorgerufen, die auf irgend einem Wege hineingelangt sind, oder sie ist die Folge von Toxinwirkungen im Organismus kreisender Bakterien. Die letztere Möglichkeit wird hauptsächlich von Franzosen vertreten (Poncet, Barjon), die besonders den Tuberkelbacillus verantwortlich machen. Hier hat der uns so jäh entrissene College Krannhals ähnliche Anschauungen vertreten, doch nicht allein für die Polyarthritis, sondern auch für den acuten und chronischen Gelenkrheumatismus. Ich habe mir zur Aufgabe gesetzt, diese näheren Verhältnisse zu untersuchen, und hoffe noch Gelegenheit zu haben, Ihnen nächstens über einschlägige Untersuchungen referieren zu können. Heute, muss ich gestehen, bleibe ich noch skeptisch dieser Frage gegenüber. Schon der Fall, wo Tbc. mit schwerer Polyarthritis vereint, eine relativ günstige vitale Disposition trotz 10-jährigen Krankseins gelassen hatte, spricht gegen eine maligne bakterielle Erkrankung, zu der wir doch die Tbc. zu rechnen haben. Die Untersuchungen an den Gelenken selbst haben bis heute noch keine einwandfreien positiven Bakterienbefunde ergeben. Den Begriff des Arthritismus habe ich inbezug auf diese Krankheiten ihnen schon im vorigen Jahre als hypothetisch und nicht erwiesen hingestellt.

Man hat vielfach das Milieu als ätiologischen Factor betrachtet und behauptet, dass die Polyarthritis chr. progressiva eine Proletarierkrankheit wäre. Das ist aber durchaus nicht der Fall, es könnten wohl ungünstige hygienische Verhältnisse eine gewisse Disposition schaffen, aber brauchen es nicht immer. Die meisten unserer Fälle, wie auch Pribrams und Hoffa-Wollenbergs gehören den besser situierten Klassen an. Hereditäre Anlagen lassen sich auch nicht nachweisen; die Polyarthritis chron. prog. ist keine derartige Krankheit, die sich leicht übertragen liesse, ich habe mehrfach die Mutter einer kinderreichen Familie jahrelang behandelt,

ohne dass ein anderes Familienglied je Spuren einer rheumatiformen Krankheit gezeigt hätte.

Merkwürdig ist der Umstand, dass Männer viel seltener befallen werden als Frauen; es müssen darum gewisse sexuelle Momente im Spiele sein. Welcher Art sie aber sind, ist heute noch nicht aufgeklärt. Das Climacterium ist es nicht, ebensowenig die Pubertät, ich habe in meinen Fällen immer nach diesen Momenten geforscht; wohl habe ich vielfach gefunden, dass mit dem Eintritt der Polyarthritis bald die Menopause eintritt, oft schon in den 30-er Jahren: bei jugendlichen Personen scheint die Erkrankung eine stärkere Menstruationstätigkeit hervorzurufen. Eines fiel mir auf, dass bei verheirateten Frauen längere geschlechtliche Abstinenz einen rapideren Verlauf der Krankheit nach sich zieht. So sah ich in 4 Fällen, wo die Männer nach Amerika und Afrika gefahren waren, dass die Polyarthritis, die lange stationär sich auf die kleinen Gelenke beschränkt hatte, im Laufe eines Jahres sich auf die meisten Gelenke erstreckte. Auch bei Beginn des zeitigen oder verfrühten Climax treten Exacerbationen der Krankheit auf. In einem Falle stellte sich eine heftige Polyarthritis ein, nachdem der lange verreiste Gemahl zu Besuch gekommen war. Ob hier eine verkappte geschlechtliche Infection nicht in Frage kam, liess sich bei der mehrjährigen Dauer nicht eruieren. Wochenbette konnte ich nicht als Krankheitsstimula heranziehen. Obgleich ich unter meinen Fällen mehr jüdische Patienten hatte, möchte ich nicht von Rassendispositionen sprechen, da ich auch Letten und Russen mit Polyarthritis chron. progr. behandelt habe, die Mehrzahl der jüd. Kranken liesse sich auf die Behandlungslust der jüdischen Rasse eher zurückführen.

Für die pathologische Anatomie sind die klassischen Untersuchungen Hoffa-Wollenbergs ausschlaggebend, ebenso auch ihre Röntgenuntersuchungen. Schon frühzeitig entwickeln sich starke Zottenwucherungen der Synovialis mit reichen Gefässneubildungen und bedeutender Proliferation der fixen Bindegewebszellen. Mächtige, dicht beieinander liegende Rundzellenanhäufungen, in der Form von circumscripten, perivasculären lymphomartigen Gebilden sind nur dieser Erkrankung eigentümlich, daneben sieht man auch stellenweise eine diffuse Durchsetzung des Gewebes mit Lymphocyten. Von Tuberkelknötchen unterscheiden sich diese Rundzellenanhäufungen scharf; die Knochen und Knorpel weisen in frühen Stadien noch gar keine Veränderungen auf. Erst allmählich treten solche regressiver Natur ein, Erosionen, Usuren, oder Substituierung durch ein von der Synovialis entstammendes pannusartiges Bindegewebe, das nach und nach die ganze Knorpelfläche ersetzen kann, wobei eine Proliferation von Knorpelzellen nur in ganz geringem Masse von Wollenberg beobachtet wurde, erst in späteren Stadien kann es durch den Reiz des den Knorpel überwuchernden Granulationsgewebes zu einer Aufquellung der Knorpelsubstanz kommen. Die Knorpel und Knochen sind also nicht der Wucherung unterworfen, werden aber abnorm weich durch die Schädigung der Ernährung, es kommt leicht zu einem Durchbruch der Corticalis des Knochens und zur Einwucherung des Granulationsgewebes in die Markhülle, sodass bei längerer Dauer der Knorpel fast ganz durch das Bindegewebe ersetzt, die Corticalis des Knochens stark zerstört, die knöchernen Gelenkenden verkleinert, die Spongiosa rareficiert, in spärliche, dünne Bälkchen verwandelt erscheint. Die Gelenkkapseln sind stark bindegewebig verdickt und geschrumpft, die gegenüberliegenden Synovialpartien und Gelenkenden verwachsen. In der Nähe der Verwachsungen starke Rundzellenanhäufungen und Infiltrationen.

Das pathologisch-anatomische Bild weist also auf eine Erkrankung der Gelenkweichteile hin, die knöchernen Skelettanteile werden nur mittelbar angegriffen. Dieser Grundsatz wird auch durch die Röntgenbilder bestätigt, in denen man höchst selten Knochenwucherungen sieht, wie sie gewöhnlich bei der Arthritis deformans anzutreffen sind. Die Veränderungen an den Knochen und Knorpeln sind nicht so sehr von dem pathologisch-anatomischen Processe abhängig als von der Summe der mechanischen Momente, wie ich sie schon in der Schilderung des Verlaufes erwähnt habe. Es können wohl Exostosen hier und da im Röntgenbilde sich zeigen, gewöhnlich sind aber nur plastische Umformungen zu beobachten. Diese Fälle, in denen Knochenwucherungen, also für Arthritis deformans sprechende Gebilde zu sehen sind, müssen wir günstiger beurteilen, da sie eine gesteigerte Energie, eine reactive Abwehr des Organismus bedeuten, und diese äussert sich in einer complicierenden Arthr. deformans; die Ernährungsstörung der Gelenke ist noch nicht so gross, dass sie ihre Energie eingebüsst hätten. Dieselben Schlüsse macht auch Reiner, der die einschlägigen Verhältnisse im Kindesalter näher untersucht hat. Er fand eine erhebliche concentrische Atrophie der Röhrenknochen, die Diaphysen stark zernagt, die Epiphysen osteoporotisch zerklüftet. Er sagt, dass der Functionsausfall, die Contracturen der entzündeten Gelenke die deformierende Arthritis verhindern. Hoffa-Wollenberg wollen diesen Satz noch ergänzen durch die Forderung der erhaltenen Vitalität des Knochens. Es erübrigte hier wohl noch, die Stellungen der verschiedenen Gelenke zu skizzieren, das würde aber einen zu grossen Raum in diesem Vortrage einnehmen.

Die Prognose quoad vitam habe ich schon früher gestreift, quoad valetudinem ist sie nicht günstig. Es gibt wohl Fälle, in denen die Krankheit zu einem gewissen Stillstande kommt, scheinbar ausheilt, aber nur für eine gewisse Zeit. So habe ich 2 von meinen mit Fibrolysin behandelten Kranken, (es waren deren nur 3 Polyarthritis) nach 2 Jahren wieder mit neuen, schweren Exacerbationen gesehen. Auch habe ich, wie Wollenberg, beobachtet, dass einige der schwer erkrankten Gelenke einen fast gesunden Befund zeigten, um aber dafür der Krankheit grösseren Spielraum in anderen zu schaffen.

Die Therapie steht augenblicklich noch ziemlich hilflos dieser Krankheit gegenüber. Salicylpräparate nützen gar nicht, und ein anderes Heilmittel ist auch noch nicht gefunden, das bei einer ausgedehnten Ausbreitung der Krankheit von Nutzen sein könnte. Jodpräparate scheinen eine bessernde Wirkung auszuüben, aber nicht in allen Fällen, ebenso das Fibrolysin; es ist aber heute noch nicht möglich, zu bestimmen, wann man die einzelnen Heilmittel anzuwenden hat, wann nicht. Eine Bäderbehandlung in Kemmern oder in einem anderen Curorte leistet häufig gute Dienste, aber auch nur temporär. In wenigen Fällen, wo einzelne grosse Gelenke befallen sind, wie die Kniegelenke, Handgelenke, ist der Vorschlag von Müller nicht von der Hand zu weisen, operativ eine Erleichterung zu schaffen. Wollenberg hat in 2 Fällen die Arthrectomie gemacht, in einem des Kniegelenkes im anderen die Resection des Radiusköpfchens, doch war der Erfolg auch nur für kurze Zeit anhaltend. Meistens erlaubt auch nicht die Schwere der Erkrankung und die grosse Anzahl der beteiligten Gelenke, an operative Eingriffe zu denken.

Bei der Theraphie ist stets das Bestehenbleiben der Function im Auge zu behalten, das Ausschalten der Function bedeutet immer eine Verschlechterung. So kann ich über eine Beobachtung mitteilen, wo eine Patientin sich relativ wohl befand, solange sie sich, wenn auch unter Schmerzen, bewegte, als aber ihr Arzt zur Schonung Bettruhe empfahl, wurde der Zustand täglich schlechter. Sehr zu empfehlen sind deswegen die Hoffaschen Schienenhülsenapparate, die bei längerem Gebrauche eine gewisse Besserung hervorrufen, da sie die Function erhalten. Grosse Erfolge hat Wollenberg von

Sauerstoffeinblasungen in die Gelenke gesehen, die auch sehr gut diagnostisch zu verwerten sind, indem sie die Gelenkverhältnisse den Röntgenuntersuchungen deutlicher machen und functionell gute Erfolge nach sich ziehen, auch schmerzlindernd wirken durch die Entspannung der aufeinanderliegenden Gelenkflächen. Leider sind sie ambulatorisch schwer verwendbar, da die Technik des Wollenberg-Drägerschen Apparates die strengste Asepsis verlangt, und deswegen muss ihre Anwendung der Klinik überlassen bleiben.

In Kemmern verwende ich gewöhnlich Massage, Moor- und Schwefelbäder, gebe intern abwechselnd Jodpräparate und verdünnte Salzsäure in recht grossen Dosen, bis 90 Tropfen pro die, die nach Frankenstein manchmal ganz gute Dienste leistet. Ein Hauptmoment ist und bleibt die Bewegung der Patienten, die soweit als mögliche Functionsausnützung. Wenn ich auch nicht zu günstige Erfolge verzeichnen kann, muss ich doch sagen, dass in allen meinen Fällen eine gewisse Besserung erzielt wurde und jetzt muss das Hauptbestreben darauf gerichtet sein, das Wesen der Krankheit zu erkennen, um die Heilung, die heute problematisch ist, auf eine sichere Basis stellen zu können.

Bücherbesprechungen.

J. Citron. Die Methoden der Immundiagnostik und Immuntheraphie und ihre praktische Verwertung. Mit 27 Textabbildungen, 2 farbigen Tafeln und 8 Curven. Grossoctav. 232 Seiten. Leipzig. 1910. Verl. v. Georg Thieme.

Als Immunitätsforscher, Kliniker und Lector ist der Verf. besonders dazu berufen, ein zusammenfassendes Werk über die im Titel genannten Capitel zu liefern. Hierbei lag es nicht in seiner Absicht, die Zahl der umfassenden und erschöpfenden Handbücher zu vergrössern, sondern rein praktischen Zwecken zu dienen und dem Bedürfnis nach einem kürzeren Lehrbuche für Studierende und Aerzte entgegenzukommen. Die glücklich gewählte Form von Vorlesungen hat es ihm ermöglicht, unter Fortlassung jeglichen Literaturbalastes seinen Stoff in zusammenhängender, fliessender, «leicht verdaulicher» Darlegung zu bieten. Trotzdem bietet er bei der Beschreibung derjenigen diagnostischen und therapeutischen Methoden, welche am Krankenbett und im klinischen Laboratorium bereits praktische Bedeutung gewonnen haben, alles Erforderliche, um selbst minder Erfahrenen als technischer Berater beizustehen. Den Fragen der modernen Tuberculose- und Syphilisforschung ist nicht nur durch besonders ausführliche Behandlung im Text Rechnung getragen worden, sondern auch durch Beigabe guter Farbentafeln zur Illustration der localen Tuberculinreactionen und der Complementablenkung.

A. W.

O. Dornblüth. Compendium der inneren Medicin für Studierende und Aerzte. Sechste umgearbeitete und verbesserte Auflage. Mit zahlreichen Abbildungen im Text. Leipzig. 1910. Verlag von Veit und Comp. 538 Seiten. Pr. 7.50 Mark.

Das weitverbreitete, in Russland besonders beliebte Compendium (es ist zweimal ins Russische übersetzt worden) bedarf bei seinem neuen Erscheinen keiner Empfehlung. Verf. hält es fortgesetzt in allen Abschnitten auf der Höhe der zeitgenössischen Wissenschaft. Im Capitel über Nervenkrankheiten hat Ref. allerdings einige moderne erprobte therapeutische Massnahmen vermisst. Student und Praktiker werden im Buche Alles finden, was sie billigerweise von ihm verlangen dürfen.

Michelson.

G. Norstroem. Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung durch Massage. Zweite, umgearbeitete Auflage. Leipzig. 1910. Verlag von Georg Thieme. 52 Seiten. Preis Mark 1.80.

Verf. beschreibt eine häufige Form des Kopfschmerzes, welche durch chronische Myositis in den Insertionen und Bäuchen der Muskeln des Kopfes und Halses bedingt ist. Diese Entzündungsherde sind von teigig weicher bis brettbarter Consistenz, lassen sich aber durch eine sachverständige und genügend lange durchgeführte Massage beseitigen und dadurch auch den Kopfschmerz zum Schwinden bringen. Viele eingestreute Krankengeschichten illustrieren die guten Erfolge dieser Behandlungsweise.

Michelson.

Prof. H. Helferich. Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen. Achte verbesserte und vermehrte Auflage mit 78 Tafeln und 316 Textfiguren. Lehmanns Med. Handatlanten. Band VIII. München. 1910. Verlag v. J. F. Lehmann. Preis geb. Mk. 14.—.

Nach längerer Unterbrechung hat der Verf. des vorliegenden vorzüglichen Buches sich dazu entschlossen, der 7. Auflage eine 8. folgen zu lassen. Inhaltlich und äusserlich sind daher viele Aenderungen und Ergänzungen nötig geworden, denen der Verf. im besten Sinn gerecht geworden ist. In erster Linie sind hierbei das Zuppingersche Verfahren und die Bardenheuersche Extensionsbehandlung zu erwähnen. Auch sind einzelne Röntgenogramme durch technisch vollkommenere Reproductionen ersetzt worden. Den Abbildungen kann nach wie vor grosses Lob zugesprochen werden.

Hesse.

Dr. O. Ringler. Das Kystoskop. Mit 98 Textfiguren. Leipzig. 1910. Verlag von Dr. W. Klinkhardt. Preis Mk. 7.50, geb. 8.50.

Das vorliegende Lehrbuch über das Kystoskop ist eine Studie der optischen und mechanischen Einrichtungen und der Geschichte dieses von dem verewigten Lehrer des Verfassers, Max Nitze, zu seiner heutigen Bedeutung gebrachten Instrumentes. Die letzten Vervollkommnungen des Kystoskops sind nicht mehr empirisch, sondern auf wissenschaftlicher Basis von Ernst Abbé und seiner Schule in Jena (C. Zeiss) aufgebaut. Diese Basis, die Theorie des Kystoskops, wird vom Autor im ersten Teil eingehend erörtert und mit Zahlen erläutert, es folgen ein praktischer Teil und eine ausführliche Geschichte resp. Entwickelungsgeschichte. Es wird gewiss viele Aerzte interessieren, sich mit den Methoden der geometrischen Optik des Instrumentes näher vertraut zu machen, und kann man diesen das Buch warm empfehlen.

W. Schiele.

E. Kromayer. Repetitorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Aerzte. 3. verbesserte Auflage mit 29 Abbild. im Text. 222 Seiten. Jena. 1910. Gustav Fischer.

Die 3. Auflage des bekannten Kromayerschen Repetitoriums weist eine Reihe von wichtigen Ergänzungen auf, entsprechend den grossen Fortschritten, die auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilidologie in den letzten Jahren erzielt worden sind. Besondere Beachtung findet die Therapie im Allgemeinen und das Gebiet der Strahlen- und Licht-Behandlung der Hauterkrankungen im Besonderen. Somit steht das Buch durchaus auf der Höhe der modernen Anschauungen und ermöglicht durch die knappe und übersichtliche Anordnung des Textes dem Lernenden und Lehrenden ein rasches Orientieren und Nachschlagen.

F. Hinze.

Dr. Küsel. Das Trachom in Ostpreussen. Kurzgefasste Darstellung seiner Pathologie und Therapie. Halle. 1910. Carl Marhold. 80 Seiten. Preis 1 Mk. 80 Pf.

Der Verfasser schildert in einer sehr lesenswerten Schrift die Pathologie des Trachoms und bespricht nach einander den Kampf gegen die Granulose in Preussen, die Aetiologie, den allgemeinen Krankheitsverlauf, die Verlaufseigentümlichkeiten und Recidive, die Complicationen, Diagnose und Prognose, und die pathologische Anatomie. Wenn auch Küsel auf dem Boden der von Kuhnt geschaffenen Anschauungen steht, scheint er doch über so genügende eigene Erfahrungen zu verfügen, um seine Selbständigkeit zu wahren.

Naturgemäss enthält die Arbeit Küsels viel Bekanntes; die Aufgabe des Referenten wäre dem nachhierüber hinweg zu gehen und nur hier und da bemerkenswertere Punkte hervorzuheben. Der Entdeckung des angeblichen Trachomserregers durch Halberstädter und Prowaczek steht Küsel fürs erste skeptisch gegenüber, sieht es auch noch nicht für bewiesen an, dass es sich bei den bekannten Zelleinschlüssen überhaupt um Lebewesen handele, welche Ansicht übrigens auch von namhaften Bakteriologen geteilt wird. Für die Trachominfection seien Epithelverletzungen von Bedeutung, und aus diesem Grunde sei unter Umständen ein Zusammenhang zwischen Erkrankung und Unfall nicht immer von der Hand zu weisen. Das Trachom beginnt nur in seltenen Fällen acut, ein acuter Beginn wird aber häufig durch Mischinfectionen

mit Pneumococcen und Koch-Weekschen Bacillen vorgetäuscht. Das Vorkommen eines acut verlaufenden Trachoms (Sämisch, Kuhnt) sieht Küsel für unbewiesen an.

In einigen Fällen konnte Küsel mit Sicherheit beobachten, wie das Trachom mit einer diffusen Infiltration der Conjunctiva begann und Körner erst in der dritten Woche auftraten. Wenn ein Lid erkrankt ist, scheint der Krankheitsprocess auf das andere continuierlich am äusseren oder inneren Winkel hinüberzugreifen. Je stärker die Secretion, desto rascher breiten sich die Trachomkörner aus, und um so grösser ist die Gefahr der Weiterverbreitung. Der Pannus ist nicht als eine einfache Fortsetzung der Erkrankung per continuitatem anzusehen, wenn auch ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihm und der Oberliderkrankung besteht. Die ersten Pannusinfiltrate scheinen in den tieferen Teilen der Bowmanschen Membran oder noch unter ihr zu entstehen.

Starke Gefässentwicklung wirkt günstig auf den weiteren Verlauf. Die Annahme Straubs, dass die Conjunctiva bulbi im Narbenstadium des Trachoms weit auf den Tarsus hinaufgezogen wird, scheint Küsel nicht unwahrscheinlich. Als Folgezustand des Trachoms tritt eine hochgradige Abnahme der Festigkeit und Elasticität der Conj. bulbi ein. Die Trichiasis entsteht z. T. durch Veränderung der Wachstumsrichtung einzelner Cilien infolge von Schrumpfungsprocessen des Gewebes, z. T. durch Verkrümmung des ganzen Tarsus. Um für das gelegentlich einseitige Trachom eine besondere Immunität des nicht befallenen Auges annehmen zu können, erhebt Küsel die Forderung, dass das langdauernde Vorkommen eines ansteckungsfähigen Trachoms des einen Auges neben dem Fehlen besonderer Schutzmassregeln des zweiten nachgewiesen werden müsste. Von schlimmer Bedeutung ist das Zusammentreffen des Trachoms mit Scrophulose; auch muss bei complicierenden Hornhautgeschwüren daran gedacht werden, dass sich Diphtheriebacillen und Gonococcen gelegentlich auf der trachomatösen Schleimhaut ansiedeln können. Für die Differentialdiagnose ist die Secretuntersuchung unerlässlich.

Der Küselschen Arbeit darf man mit vollem Recht eine möglichst weite Verbreitung wünschen.

Ischreyt.

J. Bresler. Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Mittel. Zweite, bedeutend vermehrte Auflage. Halle a/S. 1910. Carl Marhold.

Da es nur einer geringen Anzahl von Aerzten möglich ist, die in den verschiedensten Organen der medicinischen Presse zerstreuten Veröffentlichungen über die Heilwirkung des neuen Ehrlich-Hataschen Präparates zu verfolgen, ist die 2. Auflage des vorliegenden Sammelreferates mit Freuden zu begrüssen. Textlich um das Doppelte vergrössert, behandelt die Brochüre nun auch die Arbeiten, die im Juli und August erschienen sind in gleich präciser, mehr oder weniger ausführlicher Form und in chronologischer Reihenfolge.

F. Hinze.

E. Finger und M. Oppenheim. Die Hautatrophien. Wien und Berlin. 1910. F. Deuticke. 194 Seiten. Preis 8 Mk.

Das eigentliche Thema der vorliegenden Monographie bilden die idiopathischen Hautatrophien: Atrophia cutis idiopathica, Dermatitis und Acrodermatitis atrophicans chronica progressiva, Atrophia maculosa cutis und Dermatitis atrophicans maculosa. Deuteropathische (secundäre) Atrophien sind nur kurz in einem diesbezüglichen Capitel besprochen, werden aber auch späterhin erwähnt, besonders im Abschnitte der Differentialdiagnose.

Klinik, pathologische Anatomie, Aetiologie, Diagnose und Therapie der idiopathischen Hautatrophien finden eine ausführliche, bis in die kleinsten Details eingehende Bearbeitung. Zum Schluss ist ein grosses, von zahlreichen Autoren stammendes casuistisches Material beigefügt, nebst einigen prägnanten, nicht publicierten Fällen aus der Klinik und dem Ambulatorium der Verfasser. Die äussere Ausstattung des Buches ist eine gediegene, die farbigen Tafeln und die im Texte befindlichen Abbildungen sind vorzüglich ausgeführt.

F. Hinze.

Prof. Dr. F. Pels-Leusden. Chirurgische Operationslehre für Studierende und Aerzte. Mit 668 Abbildungen. Berlin und Wien. 1910. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Preis 18 Mk.

Diese neue Operationslehre, verfasst vom erfahrenen Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik und Leiter der Poliklinik an der Charité zu Berlin, wird Vielen ein sehr willkommenes Buch sein. Ein ähnliches Werk besassen wir in deutscher Sprache bis jetzt nur in der bekannten chirurgischen Operationslehre von Kocher. Vor letzterer hat das vorliegende Buch den Vorteil, dass es weniger subjectiv abgefasst ist, und wenn auch vom Verf., was verständlich und natürlich ist, die Methoden der Königschen Schule bevorzugt werden, so finden doch alle anderen geübten Verfahren vollständige Berücksichtigung. Auch die neuesten Bestrebungen der operativen Chirurgie sind ausführlich erwähnt, die Gefässchirurgie und Lungenchirurgie mit dem Druckdifferenzverfahren haben besondere Capitel. Bei den Operationen werden die Indicationen auch noch kurz präcisiert und ausreichende Richtschnuren für die Nachbehandlung, besonders bei Eingriffen in der Brust- und Bauchhöhle gegeben. Besonders hervorzuheben sind die zahlreichen von einem Arzte ausgeführten Abbildungen, sie sind einfach und schematisch gehalten, alles überflüssige Beiwerk ist weggelassen, sie wirken aber umso klarer, ein Blick genügt zur Orientierung.

Der vom Verf. im Vorwort ausgesprochene Wunsch, sein Buch möge dem, der es zu Rate holt, ebenso viel Nutzen beim Lesen bringen, wie es dem Autor beim Schreiben desselben gebracht hat, wird sicherlich in Erfüllung gehen.

W. Schaack.

Privatdocent Dr. F. K. Weber. Ueber Appendicitis. St. Petersburg. 1910. (Russisch).

Die kurze Abhandlung ist aus einer Reihe von Vorlesungen, die Verf. den Studenten der letzten Semester der Militär-Medicinischen Akademie im Marien-Magdalenen Hospital gehalten hat, entstanden. Die Broschüre orientiert den Anfänger in kurzer, übersichtlicher Weise über Pathogenese, Klinik und Behandlung der Appendicitis. Auch die Differentialdiagnose wird ausführlich besprochen.

Was die Stellungnahme des Verf. zur Frühoperation anbetrifft, so ist er nur bedingter Anhänger derselben: er operiert in den ersten 12—24 Stunden nur dann, wenn wenigstens ein Symptom für die Schwere des Anfalls spricht. Leider ist es nur zu bekannt, dass solche Symptome oft fehlen, besonders in den ersten Stunden der Erkrankung, und sind die erwarteten schweren Symptome im späteren Verlaufe erst da, so kann der Eingriff auch oft schon zu spät kommen.

W. Schaack.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1515 Sitzung. 6 Oktober 1910.

Anwesend: 74 Mitglieder, 2 Gäste.

Vorsitzender Dr. P. Klemm. Schriftführer Dr. C. Brutzer.

Vor der Tagesordnung teilt der Präses der Versammlung mit, dass das ordentliche Mitglied Dr. med. R. Wolferz sen. am 28 September a. c. am Schlage gestorben sei. Dem Verschiedenen zu Ehren erheben sich die Anwesenden von den Sitzen.

Zu ordentlichen Mitgliedern werden die DDr. F. Hoffmann und O. Vogel aufgenommen.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. Sarfels einen kleinen Patienten vor, der vor einem halben Jahr leicht zu hinken anfing, später über Schmerzen erst im linken Knie, dann in der Hüfte klagte und abmagerte. Fälle von Tuberculose sind in der Familie schon beobachtet worden. Der Umfang des linken Beines ist in allen Höhen $1/_2$ cm. geringer als rechts. Das Hüftgelenk ist vollkommen frei beweglich. Es wurde dadurch der Verdacht einer tuberculösen Erkrankung der Umgebung des Hüftgelenkes, speziell des Ileosacralgelenkes rege. Die primäre Erkrankung des Ileosacralgelenkes an Tuberculose ist sehr selten und wird meist an Erwachsenen beobachtet. Dennoch liess sich klinisch nachweisen, dass der Druckschmerz genau auf die Synchondrosis sacroiliaca localisiert wurde. Die Untersuchung per rectum ergab nichts. Eine Röntgenaufnahme bestätigte die Diagnose. Demonstration. Redner schlägt eine conservative Behandlung vor. Er wird das erkrankte Gelenk in einer Celluloidhülse ruhig stellen.

Dr. Bornhaupt: Die Tuberculose des Ileosacralgelenkes ist in der Tat eine diagnostisch schwierige Erkrankung, doch kommt sie bei Patienten im Alter bis zu 15 Jahren häufiger vor, als angenommen wird. Sie wird oft erst später erkannt und als Coxitis behandelt, bis Symptome wie Senkungsabscesse auf einen anderen Ursprung weisen; 3 solche Fälle hat Bornhaupt operiert, bei denen sich der Process auf das Darmbein oder nach anderen Richtungen ausgebreitet hatte. Einer von diesen Patienten, ein Knabe von 14 Jahren, war jahrelang mit Gipsverbänden wegen Coxitis behandelt worden. Die Chirurgen müssten zu grosser Vorsicht mahnen, damit der Process nicht fortschreite.

Dr. Th. Schwartz: Der von Dr. Bornhaupt angeführte Fall betraf einen Knaben, der 2 Jahre bis zu seinem Tode krank war. Zuerst war von berufener Seite die Diagnose Coxitis gestellt worden, und er ging ein Jahr im Stützverband. Die Schmerzen verloren sich. Einige Monate nach Abnahme des Stützverbandes stellten sich wieder Schmerzen ein. Er machte eine Erkrankung an Typhus, dann an Diphtherie durch; dann trat wieder Fieber auf. und es bildeten sich Fisteln in der Gegend des Ileosacralgelenkes. — Redner führt ein Symptom an, das ihm sehr wichtig erscheint und das hier bisher nicht genannt ist, es ist das Erichson sche Symptom und besteht in Schmerzen im erkrankten Gelenk, sobald man die Darmbeinschaufeln an einander drückt. Ferner lassen Lähmungen der Glutäen und im Peroneusgebiet die Diagnose im späteren Stadium nicht schwer stellen. Die chirurgische Behandlung scheint wenig Erfolg zu haben. eher die orthopädische.

P. 1. Dr. J. Eliasberg: hält einen Vortrag über das Fehlen des Complementes im Blute Lepröser (Der Vortrag erscheint im Druck).

Dr. Matthias Hirschberg: (Eigenbericht) demonstriert eine Reihe von Diapositiven, z. T. seltene Hautkrankheiten betreffend (Sclerodermia universalis, unius lateris, localisata, Lepra, systematisierten Naevus u. a.), z. T. in Beziehung zur Röntgentherapie.

Die Indicationen muss man folgendermassen stellen:

a) Als durchaus für die absolute Heilung notwendig (Gewisse Epitheliome u. tylot. Eczeme rosacea).
b) Einziges Mittel für temporäre Rückbildung (Lymphdrüsenerkrankungen, maligne Lymphome und leukäm. Drüsen, Scrophulome, Mucosis fungoides, recidivierende Cancroide).
c) Hilfsmittel bei anderen Methoden z. B. für den Lupus in allen ulcerösen und hypertr. Formen als Vorbereitung für Finsen.
d) Als Methode neben anderen gleichwertigen, vielleicht auch überlegenen, Psoriasis, Lupus erythematodes etc., die z. B. von einigen gerühmt wird; während von andern nicht so gute Erfolge gesehen worden sind.
e) Krankheiten, wo die Röntgenstrahlen absolut refractär, vielleicht sogar schädlich sind, gewisse Krebse, Xeroderma pigmentosum und sicher noch andere Dermatosen, Lupus planus.
f) Röntgenstrahlen als Palliativmittel (jauchige Tumoren) etc. solaminis causa.

Die Röntgenbehandlung der Gesichtsepitheliome verlangt eine 4-fache Einteilung:

1) Ganz oberflächliche, etwa nur atypische Wucherung des normalen Epithels und schwache Ulceration— die Epithelüberhäutung genügt zur Heilung. Weiche, oberflächliche Strahlung.
2) Tiefere Cancroide, Mitbeteiligung der Hautdrüsen — tiefere Strahlung und vorherige Abtragung des Epithels. Bestrahlung bei offner Wunde. Später zur endlichen Ueberhäutung — weiche Röhren.
3) Jauchige Hautcarcinome, wenn chirurg. Hilfe refüsiert wird. Palliativbehandlung, selten Heilung.
4) Aus nicht benannten Ursachen refractäre Epitheliome, selbst oberflächlichste.

1516 Sitzung. 20. October 1910.

Anwesend 82 Mitglieder und 7 Gäste.

Vorsitzender: Dr. P. Klemm. Schriftführer: Dr. Brutzer.

Dr. P. Klemm berichtet über einen Fall von Cholelithiasis: Jahre lang bestanden zu Zeiten kolikartige Schmerzen, die durch Karlsbader Curen gebessert wurden. In den letzten 2 Jahren waren die Schmerzen chronisch geworden, auch trat vorübergehend Icterus auf. Die Leber war nicht vergrössert, aber eine grosse Gallenblase war palpabel. Die Diagnose lautete: Stein im Ductus cysticus; ein Empyem wurde ausgeschlossen, da keine Temperatursteigerungen vorlagen. Die Operation bestätigte die Diagnose. — Demonstration der exstirpierten Gallenblase mit einem grossen Stein im ductus cysticus. In der Gallenblase waren noch mehrere kleine Steine durch Röntgenstrahlen nachgewiesen worden.

P. 1. Dr. Ed. Schwarz hält einen Vortrag über «606». (Eigenbericht). Ed. Schwarz referiert über seine Beobachtung über die Wirkung von 606. Er hat 20 Kranke mit dem Mittel behandelt: übereinstimmend mit den Berichten aus der Literatur zeigt er an 3 frischen Fällen von Lues: 1) Plaques an Vulva und Anus, Nasen- und Mundschleimhaut; 2) Ulcera an der Zunge und zerfallende Plaques am weichen und harten Gaumen, primäres Ulc. im März a. c. 3) papulöses Syphilid am ganzen Körper, primäres Ulcus Juli a. c., dass die Wirkung auf diese eine glänzende, so schnelle und prompte sei, wie sie wohl durch andere Mittel nicht erzielt worden.— Auch auf spätere Stadien wirkt das Ehrlich sche Mittel oft prompt und wunderbar; 3 Fälle von Lues cerebri zeigten eine vorzüglich schnelle Besserung; 2 seien, wie es bis jetzt scheine, auch dadurch geheilt worden, der 3-te zeige jedoch noch geringe restierende Erscheinungen, habe aber in den letzten 4 Wochen nach der Injection 13 Pf. zugenommen, so dass zu hoffen sei, dass auch diese noch schwinden werden.

Vortragender macht darauf aufmerksam, dass 2 dieser Kranken ein auffälliges Verhalten gezeigt hätten; bei beiden sei die Wassermannsche Reaction im Blut und im Serum negativ gewesen; nach therapeutischen Einwirkungen — bei dem einen J. Q., beim zweiten 606 — sei die Reaction — positiv *) geworden; ohne die genauere Liquoruntersuchung (Nonne A-Pandy-Pleocytose) sei eine Diagnose schwer möglich, wenn Wassermann im Stich lasse. — Vortragender habe 8 Tabeskranke gespritzt, über die Wirkung könne erst nach längerer Zeit berichtet werden; jedenfalls vertrügen die Kranken die Injectionen, wenn auch die Reactionserscheinungen heftiger seien als bei Kranken mit frischer Lues II. Sehnervenerkrankungen werden wohl nicht durch 606 erzeugt, jedenfalls sei ein Kranker mit hochgradiger Sehnervenatrophie nicht ungünstig beeinflusst worden.—Vortragender weist aber auf ein auffallendes Verhalten der Wassermann-R. bei Tabes hin: die Reaction könne im Blut negativ, im Liquor aber stark positiv ausfallen, wie das ein Kranker des Vortragenden bei 3-maliger Untersuchung, constant gezeigt habe. Dieses Verhalten sei sehr zu beachten. In Königsberg auf der grossen Ehrlich-Sitzung habe man schlechtweg von der Wassermann-R. gesprochen und habe nur diejenige im Serum gemeint; der Nachweis einer negativen Wassermann R. im Serum genüge nicht, wenigstens bei Erkrankung des C. N's nicht; diese könnte gewiss häufiger als bisher bekannt, bei negativer Wassermann-R. im Blut eine stark positive Wassermann-R. im Liquor zeigen — und wenn nur auf Wassermann im Blut untersucht werde, müssten grosse Fehler in der Beurteilung gemacht werden. Um solche Fehler zu vermeiden, helfe am sichersten die chemische und mikroskopische Untersuchung des Liquors, die leichter als die Wassermann-R. von Jedem ausgeführt werden könne. — Vortragender habe jedem Kranken, der sich zur Behandlung meldete, eine genaue Untersuchung des Liquors zur Bedingung gemacht; dabei hätten sich interessante Beobachtungen von latenter Erkrankung des C. N. gezeigt, von denen die Kranken selbst keine Ahnung gehabt hätten, denn nur das Damoklesschwert über ihrer Schulter, die frühere Infection, habe sie zum Arzt geführt; sie hätten sich wohl gefühlt und eine genaue Untersuchung hätte ein negatives Resultat gehabt. Erst die Untersuchung des Liquors habe das Bestehen von Veränderungen gezeigt, die als Vorstufen von Tabes, Paralyse, Lues cerebri anzusehen seien, und bei denen gewiss eine energische Behandlung bessere Resultate geben würde als bei ausgebildeter Tabes oder Paralyse; auf diese Zustände müsse in Zukunft mehr geachtet werden; ohne diese spezielle Aufmerksamkeit passierten grobe Fehler in der Begutachtung. Vortragender selbst sei bei einem Kranken seiner Abteilung durch den negativen Befund, den sehr guten Allgemeinzustand des Kranken, durch das schnelle Schwinden der Erscheinungen (Kopfschmerz und Agrypnie) bei indifferenter, stimulierender Therapie durch Gesundheit der Frau und Kinder, speziell durch Abwesenheit von Aborten und Todesfällen unter den Kindern, irre geführt worden; erst eine Untersuchung des Liquors zeigte eine ernstere Erkrankung, des C. N. die in Kürze zu schweren Erscheinungen geführt hätten; bei voller Euphorie zeigten sich die 5 Reactionen positiv; namentlich die Pleocytose sei eine sehr hochgradige gewesen.

Ferner referiert Vortragender über einen interessanten Fall von luetischer Erkrankung der r. Lunge. Der als Todeskandidat anzusehende Kranke zeigte auf der r. Lunge complette Dämpfung von oben bis unten bei fast absoluter Abwesenheit von Atmungsgeräusch! Auf der l. Lunge war oben ein ähnlicher Zustand vorhanden gewesen, der nach Hg. geschwunden war. Nach 606 besserte sich der Zustand dahin, dass über der ganzen r. Lunge deutliches Atmungsgeräusch auftrat, unten hinten vesiculäres, in der Mitte der Lunge bronchiales.

Zum Schluss bespricht Vortragender die Methoden der Anwendung; er habe anfangs die neutrale Suspension intramuskulär angewandt; sie sei am wenigsten schmerzhaft, lasse aber immerhin bedeutende Infiltrationen zurück; die alcoholi-

*) Die Reaction wurde damals noch nach der alten Wassermannschen Vorschrift mit 0,2 Liquor angestellt. Bei dem einen Kranken hatte sich nach den Propositionen von Nonne und Hauptmann-Hössli mit 0,8 Liquor die Wassermann-R. im Liquor als stark positiv (++++) erwiesen, während die mit 0,2 nur (1)+ gewesen war. —

sche Lösung, die Geheimrat Ehrlich als die wirksamste Form seines Mittels befunden hat, macht sehr gewaltige Infiltrationen; die letzten Fälle habe Vortragender mit intravenöser Injection behandelt, die keine Unbequemlichkeiten für den Kranken mit sich brächte und bei entsprechender Technik gefahrlos sei, und die Ehrlich in seiner letzten Zuschrift als diejenige bezeichnet, die in erster Linie anzuwenden sei und am besten Dauererfolge zeitigen werde. Ueber solche Dauererfolge könne Vortragender noch wenig berichten; die Zeit sei noch eine zu kurze; er werde später einmal auf diese allerwichtigste Frage zurückkommen; heute könne er nur über einen Fall referieren, der 14 Tage nach der 2. Injection ein Negativwerden der Wassermann-R. im Blut und Liquor (nach der alten Methode) gezeigt habe [1]). Für die Zukunft empfiehlt Vortragender, wenn irgend möglich, die intravenöse Injection an erster Stelle.

Dr. Engelmann berichtet über einen Fall ganz besonders schwerer Lues, den er mit dem Ehrlichschen Präparat behandelte. Der Patient wurde durch die bisher üblichen Mittel, Jod und Quecksilber wohl gebessert, es stellten sich aber immer wieder Recidive ein. Das knöcherne Nasengerüst war erkrankt, und nach jeder Cur traten neue Ulcerationen an der Nase und am harten Gaumen auf. Schliesslich vertrug der Kranke Quecksilber nicht mehr, und nur hohe Atoxylgaben mit Jodkali hielten das Fortschreiten der Krankheitserscheinungen einigermassen auf.

Nach Ehrlichs ursprünglichen Angaben bekam Patient eine intramuskuläre Injection. Zunächst traten heftige Schmerzen auf, die 8 Tage anhielten und Morphiumgaben notwendig machten. Die Ulcerationen breiteten sich nicht weiter aus und bildeten sich dann zurück. Jetzt sind die Ulcerationsflächen vollständig vernarbt, es stossen sich nur noch einige Sequester ab. Es ist dies ein Erfolg, wie er sonst nicht erzielt wurde. Die Wassermannsche Reaction war vor der Injection 4+ jetzt 3+.

1517. Sitzung am 3. November 1910.

Anwesend 65 Mitglieder und 3 Gäste.

Vorsitzender: Dr. von Engelhardt. Schriftführer: Dr. Brutzer.

Dr. C. G. Schultz demonstriert vor der Tagesordnung die Nonnesche und Pandysche Reaction mit dem Serum eines Patienten. Der Patient klagte bei seiner Aufnahme ins Stadtkrankenhaus über Rückenschmerzen, die nach vorn ausstrahlten. Er konnte ohne Stock nicht gehen. Es bestand hochgradige Ataxie, Knie- und Achillessehnenreflexe waren erhöht, Motilitätsstörungen bestanden nicht, auch keine Anästhesie. Die oberen und mittleren Dorsalwirbeldornfortsätze waren druckempfindlich. Die Farbe des wie üblich entnommenen Rückenmarkpunktates war citronengelb. Nonne und Pandy ergaben eine hochgradige Veränderung des Liquors. Nach Zusatz des Reagens trat eine stark milchige Trübung auf, wie sie nur bei Meningitis oder Tumoren zu beobachten ist. Leukocyten waren in normalem Verhältnis vorhanden. Meningitis konnte also nach dem makroskopischen und mikroskopischen Befund ausgeschlossen werden, ebenso Lues, die auch vom Patienten negiert wurde. Die Diagnose Tumor im dorsalen Teil der Wirbelsäule blieb demnach bestehen.

P. 1. Dr. Engelmann: Vortrag über Syphilis der Harnblase. Eigenbericht.

Die syphilitischen Erkrankungen der Harnblase sind bisher so wenig bekannt, dass in den Lehrbüchern ihrer meist keine Erwähnung geschieht oder ihre Existenz geleugnet wird. Aus älterer Zeit liegen einige Sectionsberichte über luetische Harnblasenulcerationen vor (Morgagni, Ricord, Vidal, Tarnowsky). Cystoskopische Beobachtungen sind in neuerer Zeit vereinzelt publiciert worden (Matzenauer, Margoutis, Macgoran, Gräf und Frank). Vortragender hat in den letzten 3 Jahren 3 Fälle von ausgesprochener gummöser Harnblasenerkrankung cystoskopisch diagnosticiert und beobachtet.

I. Fall. 47-jährige Frau. Vor 20 Jahren 2 Aborte im Beginn der Ehe, seit einem Jahre Lähmung der Beine (Myelitis syph.). In der letzten Zeit Harndrang, Schmerzen, zeitweise blutiger Urin. An den grossen Labien ulcerierte Papeln. Bisher nicht antiluetisch behandelt. Bei der cystoskopischen Untersuchung fanden sich multiple, grössere und kleinere, stark mit Incrustationen bedeckte Ulcera an verschiedenen Stellen der Blasenwand. Intensive allgemeine Cystitis. Vollständige Heilung unter Quecksilber- und Jod-Kali-Behandlung.

II. Fall. 60-jährige Frau, wird wegen Blasenblutungen in das Krankenhaus aufgenommen. Urin trübe, eiter- und bluthaltig, keine wesentlichen Beschwerden. Bei der Cystoskopie findet sich in der Gegend der rechten Ureteröffnung ein flacher, ca. 3 cm. im Durchmesser haltender Tumor mit ulcerierter Oberfläche, mit geröteter und geschwellter Umgebung, Blasenschleimhaut sonst normal.

Vortragender hielt den Tumor anfangs für ein Carcinom, da weder anamnestisch eine Luesinfection angegeben wurde, noch objectiv Zeichen einer solchen vorhanden waren, und proponierte die Operation. Auf die daraufhin erfolgte Angabe des Ehemannes, dass die Patientin vor 20 Jahren luetisch inficiert und entsprechend behandelt worden sei, veranlasste Vortr., von der Operation abzusehen und eine combinierte Hg- und IK-Behandlung einzuleiten, wonach der Tumor in kurzer Zeit völlig verschwand.

III. Fall. 46-jähriger Mann. Vor 15 Jahren Lues. Vor einem Jahr Lähmung des einen Beines, die nach Hg-Behandlung schwand. Seit 3 Monaten zeitweise blutiger Urin ohne besondere Beschwerden, Cystoskopie: Unterhalb der rechten Ureteröffnung ein haselnussgrosser, ulcerierter Tumor. Keine allgemeine Cystitis, nur leichte Rötung im Trigonum. Hg-Behandlung (ohne Localbehandlung). Vollständiges Verschwinden des Tumors in einigen Wochen.

In sämtlichen Fällen lieferte der prompte Erfolg der antiluetischen Behandlung den endgültigen Beweis, dass es sich um syphilitische Erscheinungen gehandelt habe. Die Heilung erfolgte stellenweise unter deutlich sichtbarer Narbenbildung.

In 2 Fällen war die Harnblasenerkrankung zur Zeit das einzige Symptom der Lues. Charakteristisch erscheint die geringe Schmerzhaftigkeit, wo es sich nicht um Complication mit allgemeiner Cystitis handelt, wie im ersten Fall.

Differentialdiagnostisch kommt vor Allem das beginnende Carcinom in Betracht, das einen cystoskopisch durchaus entsprechenden Befund liefern und anfangs auch wenig subjective Beschwerden verursachen kann, während die Tuberculose meist klinisch und cystokopisch ein anderes Bild zeigt. (Demonstration fertiger Abbildungen der cystoskopischen Blasenbefunde).

Dr. Poorten hebt hervor, dass in den referierten Fällen die Diagnose nur durch die cystoskopische Untersuchung gestellt werden konnte und dass der Beweis der Richtigkeit der Diagnose auch nur durch die spätere Controlle mit dem Cystoskop erbracht werden konnte. Auch in anderen Fällen, wie namentlich der Unterscheidung von Pyelitis und Cystitis sei die Untersuchung mit dem Cystoskop und dem Ureterencatheterismus ausschlaggebend. Das Gesagte zu illustrieren, führt er einen Fall an, in dem eine Blasenverletzung, während einer Operation geschehen, vernäht worden war. In der Folge stellten sich subacute cystitische Beschwerden ein, die auf locale Behandlung bald schwanden. Der Harn blieb aber trüb. Cystoskopisch liess sich die Narbe auffinden, auch waren drei Nähte zu sehen, die von einer fortlaufenden Naht zu stammen schienen. Da der Ureterencatheterismus klaren Harn ergab, so war eine Erkrankung der Niere auszuschliessen und die Ursache der Blaseneiterung in den Nähten zu sehen.

Dr. Engelmann: Es sei keine Frage, dass das Cystoskop dem Urologen ebenso unentbehrlich sei, wie der Kehlkopfsspiegel dem Laryngologen.

P. 2. Dr. Th. Schwartz: Zur Casuistik der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. (Erscheint in der St. P. Med. W.).

Dr. Bornhaupt: Zur chirurgischen Behandlung dieser Tumoren. (Erscheint in der St. Pet. Med. W.).

Dr. Ed. Schwarz erwidert Dr. Bornhaupt, neben der Forderung der Chirurgen nach exacten Diagnosen resp. genauer Localisation der Tumoren als Indication zur Operation, kämen bei den trostlosen Leiden der Hirnkranken die Schmerzen und die Erhaltung des Sehvermögens auch für die Operation in Betracht. Redner weist ferner auf eine grosse Schwierigkeit bei der Diagnose der Kleinhirntumoren hin, das ist die Differentialdiagnose zwischen Kleinhirn- und Stirnhirntumoren. Redner habe bei einem richtig diagnosticierten Stirnhirntumor eine Blicklähmung nach der gegenüberliegenden Seite gesehen; in einem 2. Falle habe er sich durch das Vorhandensein einer Abducenslähmung verleiten lassen, einen Kleinhirntumor anzunehmen; die Section zeigte einen Stirnhirntumor. Beide Symptome seien bei Stirnhirntumoren ganz ungewöhnlich, erschweren die Diagnose sehr. Leichter sei die Diagnose, wenn zuerst Taubheit auf einem Ohr vorhanden sei.

Dr. Stender: Dass die 3 Fälle von Brückenwinkeltumoren im Verlauf der 7 letzten Monate zur Beobachtung gekommen seien, beweise, dass diese Erkrankung nicht zu den seltensten gehöre. Wo die Diagnose durch typischen Beginn leicht zu stellen sei, wie im letzten der 3 referierten Fälle

---

[1]) Zusatz beim Druck: Vortragender kann noch über 2 weitere Fälle berichten, bei denen nachträglich die anfangs positive Wassermann-R. negativ wurde.

dürte auch keinen Tag mit der Operation gezögert werden; auch die Wassermannsche Reaction und der Versuch einer Schmiercur seien in solch einem Fall zu unterlassen, weil in jedem Moment Vagussymptome und der Exitus drohen. Wenn es auch theoretisch möglich ist, dass dasselbe Krankheitsbild durch Lues cerebri hervorgerufen wird, so trifft das in praxi doch nicht zu, der progressive Verlauf würde gleichfalls gegen Lues sprechen. Nur der chirurgische Eingriff gibt Aussicht auf Erfolg. Redner erinnert daran, dass Tillmanns in Königsberg riet, bei Pulsveränderung im Sinne des Emporschnellens desselben, die Operation zu unterbrechen.

Dr. Voss führt einen Fall aus der Literatur an, in dem der Tumor im Brückenwinkel nicht grösser als eine Nuss war und doch den typischen Symptomencomplex hervorgerufen hatte. Ferner erinnert Redner daran, dass Basany und Kümmel 1908 einen anderen Weg für die Operation vorgeschlagen hätten, nämlich den Zugang vom Ohr aus. Die jetzt übliche Methode hätte es durch die Muskulatur und dicken Weichteile tief hinten unten schon sehr schwer, bis aufs Cranium vorzudringen. Terrain und Lagerung der Kranken seien sehr unbequem. Redner proponiert so vorzugehen, dass man von oben auf das Tent. cerebelli kommt, durch welches der Tumor deutlich sichtbar ist. Nach Durchtrennen des Tentorium würde dann der Tumor dem Operateur entgegenquellen, wie es bei der Section des einen Falles geschah. Die Blutung aus der Muskulatur würde dabei wegfallen.

Dr. Ed. Schwarz stimmt Dr. Stender darin bei, dass das Zuwarten und der Versuch, mit Jod und Hg. zu behandeln, sich auch vermeiden liessen. Er habe schon einen Fall von Lues cerebri mitgeteilt, in dem Wassermann im Blut und Serum negativ waren, nach der Behandlung in beiden schwach positiv. Für die Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri und Tumor sei die Wassermannsche Reaction im Blut nicht entscheidend. Auch die Nonnesche Reaction sei nicht durchaus ausschlaggebend, sie sei freilich bei Hirntumoren nicht so stark positiv wie im Rückenmark; richtig sei die in jüngster Zeit nach Nonne und Hauptmann-Hössli angewandte Wassermannsche R. im Liquor.

Dr. von Krüdener: Wenn zweizeitig operiert werde, habe die erste Operation nur dann den Charakter einer decompressiven Operation, wenn die Dura gleich eröffnet werde, weil sich die sinuösen Räume innerhalb der Dura befänden. Wie sich der Druck im Auge zunächst auf die Chorioidea erstreckt und erst mittelbar auf die Sclera, so werde der Druck des Schädelinnern auch mittelbar durch die Dura auf das Cranium übertragen z. B. beim Hydrocephalus. Nur bei gleichzeitiger Eröffnung der Dura können die Druckverhältnisse im Innern günstig beeinflusst werden.

Dr. Bornhaupt: Die von Dr. Voss vorgeschlagene Operationsmethode erscheint theoretisch wohl begründet, doch sei sie von den Operateuren im Allgemeinen bisher nicht empfohlen und müsste noch an totem Material versucht werden. Gegen Dr. v. Krüdeners Ausführungen verweist Redner auf Krause und Borchardt, die die Dura im ersten Moment nicht eröffnen, weil der mehr oder weniger starke Blutverlust der ersten Operation die Druckschwankung bei der Eröffnung nicht ertragen lässt und exitus im Collaps zu befürchten sei.

Dr. von Engelhardt weist darauf hin, wie schwierig die Frühdiagnose der Kleinhirntumoren dadurch sei, dass auch gebildete Personen an sich die Symptome nicht bemerken. Er führt dazu einen Fall an. Als die betreffende Patientin Redner zum ersten Mal consultierte, fiel ihm auf, dass sie sich am Tisch hielt. Beim zweiten Besuch waren die Zeichen cerebellarer Ataxie deutlich zu bemerken; die Frage, ob Patientin nicht an Schwindel leide, verneinte sie jedoch, nur könne sie in letzter Zeit keine Hochgebirgs-Touren vertragen. Die Diagnose Tumor cerebri wurde in der Folge von Collegen des Auslands bestätigt, zu einer Operation kam es nicht, da damals, vor 8—10 Jahren, selbst Bergmann eine solche ablehnte.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der 10. Russische Chirurgencongress findet am 19. December—23. December 1910 in St. Petersburg im Pirogow-Museum statt (Pirogow-Quai 5). Eröffnung am 19. December 10 Uhr morgens. Erstes Programmthema: Die Behandlung der Varicen und Ulcera des Unterschenkels. Referenten: 1) Napalkow (Moskau). 2) Koslowski (Kiew). Korreferenten: 3) Istomin (Charkow). Neue ätiologische Fragen des varikösen Symptomencomplexes. 4—5) Hesse und Schaack (Petersburg). Die sapheno-femorale Anastomose mittelst Gefässnaht als Behandlungsmethode des varikösen Symptomencomplexes. 6) Diwowin (Bogorodsk). Die Scharffsche Behandlungsmethode der Varicen. 7) Okinschewitcz (Balachany). Die Madelungsche Operation bei Varicen (40 Fälle). 8) Libow (Olonez). Die Behandlung der Varicen. 9) Istomin. Der Wert der chirurgischen Behandlungsmethoden des Ulcus cruris und der Varicen. Ausserprogrammatische Themata: 10) Weber (Ptbg.). Zur Frage der operativen Behandlung der Carotisaneurysmen. 11) Kramarenko. Ein Fall von erfolgreicher Unterbindung der Arteria vertebralis. Abendsitzung am 19./XII. 7½—10½ Uhr abds. 12) Sidorenko (Kronstadt). Die intravenöse Hedonalnarcose. 13) Oppel (Ptbg). idem. 14) Soljenow (Kronstadt) idem. 15) Sabotkin (Kronstadt) idem. 16) Kepinow (Moskau). Die Blutregeneration bei der Transfusion. 17) Lytschkowskij (Ptbg.). Ueber experimentelle Hämophilie. 18) Derjuschinskij (Moskau). Ein Fall von bronchiogenem Carcinom. 20. December. Morgensitzung 10—2 Uhr. Gemeinsame Sitzung mit dem 2. Russischen Congress für Innere Medicin. Zweites Programmthema. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. Referent: 19) Weljaminow (Ptbg.). Korreferenten: 20) Rose (Charkow) idem 21) Pereschiwkin (Ptbg.) Die Röntgenbehandlung des Morbus Basedowii. 22) Spisharnyi (Moskau). Contraindicationen zur operativen Behandlung des Morbus Basedowii. Abendsitzung am 20.XII. 7½—10½ abds. 23) Alexejew (Ptbg.). Oesophaguschirurgie. 24) Steblin-Kamenskij (Moskau). Die pathologische Anatomie des Kropfes. 25) Jassenezkij-Woino. Doppelseitige Läsion des Nervus vagus. Phrenicusresection. 26) Mintz (Moskau). Thymuscatarrh. 27) Schewkunenko (Ptbg.). Hypophysectomia pharyngealis. 28) Ssinjuchin (Moskau). Lupustherapie. 21. December. Morgensitzung 10—2 Uhr. 29) Silberberg (Odessa). Hautdesinfection nach v. Herff. 30) Sabludowskij (Moskau). Spiritus-Tanin-Desinfection der Hände. 31) Popowitsch (Ptbg.). Händedesinfection. 32) Rosenberger. Die chirurgischen Celluloidnähte. 33) Malinowski. Pyoceaneustherapie. 34) Nemenow. Rhinoscleromtherapie. 35) Pikin (Petbg.) Ein Fall von gleichzeitiger Verletzung des Herzens, beider Lungen und der Leber. 36) Okinschewicz. Die dysenterischen Leberabscesse. Abendsitzung am 21. Dec. 7½—10½ abds. Geschäftliche Sitzung. 37) Barodulin (Moskau). Pancreaspathologie. 38) Malinowskij. Zur Casuistik grosser Darmresectionen. 39) Poljenow. Appendectomie nach dem Typus der aseptischen Darmnaht nach Rostowzew. 40) Protasjew. Intestinalklappen. 41) Mirotworzew. Rectumtorsion als Behandlungsmethode bei Prolaps. 42) Derselbe. Conservierung chirurgischer Präparate. 22. December. Morgensitzung 10—2 Uhr. 43) Turner. Angeborene Unterschenkelfracturen. 44) Albrecht. Die Epiphyseolyse und ihre Dauerresultate. 45) Petrow. Transplantation von Röhrenknochen. 46) Wreden. Kreosot bei chir. Tuberculose. 47) Wegner, Intraarticuläre Fracturen. 48) Agrinskij. Zur Pathologie der Bruchsäcke bei Inguinalhernien. Abendsitzung v. 22/XII 7½—10½ abds. Urologische Fragen. 49) Cholzow. Nierentuberculose. 50) Leshnew, Spezifische Behandlung der Nierentuberculose. 51) Liokumowitsch. Spontane Genesung bei Nierentuberculose. 52) Gorasch. Die Behandlung der Secretionsanurie. 53) Alexandrow. Solitäre Nierencysten. 54) Wassiljew, Nierentumoren. 55) Tschernoussenko, Epidurosacrale Injectionen. 56) Wassiljew. Vasotesticuloneostomia. 57) Leshnew. Die Serumtherapie der Gonorrhoe. 23. December. Morgensitzung 10—2. 58) Wenglowski. Blasenektopie. 58) Kreps. 145 Lithotrypsien. 60) Brzosowski. Lithotrypsien bei Kindern. 61) Woskressenskij, Resorcinbehandlung der Blasenpapillome. 62) Cholzow. Contraindicationen zur zweizeitigen suprapubischen Prostatektomie. 63) Woskressenskij. Prostatasteine. Schluss des Congresses. In den Räumen des Pirogow-Museums findet gleichzeitig eine Ausstellung chir. Präparate und Einrichtungen statt.

— Hochschulnachrichten.

St. Petersburg. Dr. W. Rokizkij habilitierte sich als Privatdocent für Chirurgie an dem Medicinischen Institut für Frauen.

Algier. Dr. Poujol, Agrégé an der med. Facultät zu Montpellier ist zum Professor der pathologischen Anatomie und Histologie ernannt worden.

Lemberg. Der a. o. Universitätsprofessor Dr. Adam Solowij ist zum Professor der Geburtshilfe an der Hebammenschule ernannt worden.

— Nova therapeutica. Führer durch das Gebiet der neueren Arznei- und Nährmittel zum Gebrauch für den praktischen Arzt, bearbeitet von Dr. med. Max Wolf und Dr. med. Fritz Fleischer. Verlag der Vereinigten Verlagsanstalten Gustav Braunbeck & Gutenberg-Druckerei A.-G., Berlin W. 35. Preis geb. M. 5.—.

Das Buch enthält in sehr übersichtlicher Anordnung die ge-

bräuchlichsten neueren Heilmittel mit Angabe der Fabrikanten, der Bestandteile, Dosierung und Indicationen. Es ist als durchaus zweckmässig zu bezeichnen, dass der Verlag das Werk in regelmässigen Zwischenräumen erscheinen lassen will, so dass stets die neuesten Erfahrungen in demselben verwertet werden können.

— Gehes Codex der Bezeichnungen von Arzneimitteln, kosmetischen Präparaten und wichtigen technischen Producten mit kurzen Bemerkungen über Zusammensetzung, Anwendung und Dosierung. November 1910. Gehe & Co. A. G. Dresden N.

In alphabetischer Reihenfolge werden die pharmaceutischen und kosmetischen Präparate mit grosser Vollständigkeit angeführt mit Angabe der Zusammensetzung, Eigenschaften, Anwendung und Dosierung und Hinweis auf die Synonyme. Durch Leitsilben am Kopfe jedes Blattes ist das Aufsuchen der Stichworte bedeutend erleichtert und abgekürzt.

Der Inhalt des neuen Jahrganges ist im Vergleich zu den früheren stark erweitert. Bei der Unmenge immerfort neu entstehender Arzneimittel ist ein Nachschlagebuch wie das vorliegende für Aerzte und Pharmaceuten von grossem Wert.

— Die Verwaltung der Ostchinesischen Eisenbahn hat Prof. D. Sabolotnyi und Dr. S. Predtetschenskij zur Erforschung der in der Mandschurei herrschenden Pestepidemie commandiert.

— Cholera. Italien. Vom 24.—30. November fanden in 3 Provinzen 28 Erkrankungen an der Cholera und 2 Todesfälle statt. — Bulgarien. In Varna starb am 28. November die dritte an Cholera erkrankte Person, am 1. December ist Varna für cholerafrei erklärt, nachdem im Verlaufe von 15. Tagen keine neue Erkrankungen gemeldet wurden.— Türkei. In Konstantinopel fanden vom 22.—28. November 168 Erkrankungen und 109 Todesfälle statt. — Portugal. Auf Madeira fanden bis zum 3. December 181 Erkrankungen an der Cholera und 57 Todesfälle statt. — Tripolis. In Tripolis erkrankten vom 15.—21. November 34 Personen an der Cholera und starben 34. — Persien. In Kermanschah fanden vom 5.—10. November 6 Todesfälle an der Cholera statt, in Hamadan vom 8.—14. November 8 Erkrankungen und 1 Todesfall, in Asadabad am 8. November 6, (mit den früheren 55), in Kasre-Chirine am 13. und 20. October 5 und in Enzeli bis zum 13. November 2 Todesfälle. In Mesched kommen täglich einige Erkrankungen an der Cholera vor, auch im Bezirke von Kolat kamen einige Erkrankungen vor. In Turbet-Heidari fanden vom 10.—27. October 28 Erkrankungen an der Cholera und 11 Todesfälle statt, in Mohamera am 8. November 23 Erkrankangen. In Kirman und Birdjend ist die Cholera erschienen. — Niederländisch-Indien. In Batavia fanden vom 19. September bis 16. October 113 Erkrankungen statt, darunter 10 Europäer; in Samarang vom 11. September bis 10. October 301 Erkrankung und 249 Todesfälle. In Soerabaya und Umgegend vom 23. bis 29. October 3 Erkrankungen, die tödlich endeten. — Philippinen. Vom 1. October —5. November fanden in Manila 14 Erkrankungen und 5 Todesfälle statt, in den Provinzen 483 Erkrankungen und 342 Todesfälle; seit dem 1. Januar in Manila im ganzen 302 Erkrankungen und 218 Todesfälle, in den Provinzen 8879 Erkrankungen und 6510 Todesfälle.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 28. Nov. bis zum 4. Dec.	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
St. Petersburg mit den Vorstädten	1 (1)	4591 (1662)	7. Juni
Gouv. Lublin	— (—)	32 (13)	1. Nov.
» Kiew	7 (4)	4077 (1563)	3. Mai
» Tambow	— (—)	5468 (2577)	29. »
» Ssaratow	— (—)	6170 (2588)	7. Juni
» Perm	1 (—)	745 (274)	3. »
» Jekaterinoslaw	4 (3)	18891 (8704)	10. Jan.
» Erivan	— (—)	1910 (699)	8. Juli
Stadt Baku	— (1)	1300 (541)	4. Juni
Gebiet Batum	— (—)	62 (30)	5. Aug.
Im Ganzen	13 (9)	43186 (18051)	

Die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle im ganzen Reich seit dem Beginn der Epidemie bis zum 4. December betrug 216027 (100948).

— Die Pest in Russland. Gouv. Astrachan. Kirgisensteppe. I. Kreis. In dem Observationslager in Beskysk erkrankten im Laufe des 2. und 3. December 2 Personen, vom 4. bis 7. Dec. fanden keine neuen Erkrankungen statt; vom 2. bis 5. Dec. starben von den früher Erkrankten 8. Im Lager von Dshalpak-Tschagyl starb am 3. December von den früher Erkrankten 1, ein Kranker blieb im Lager. Seit dem 29. Nov. wurden keine neuen Erkrankungen gemeldet. Im Kamysch-Ssamarschen Bezirk desselben Gouvernements erkrankten im Dorf Mursen-Tschagyl in einer Familie vom 21. Nov. bis 2. Dec. 5 Personen an der Pest, von denen 4 starben.

Batum. Der verdächtige Fall vom 28. November erwies sich bei der bakteriologischen Untersuchung als eine Pesterkrankung. Seit dem 28. November wurden keine weiteren pestverdächtigen Erkrankungen beobachtet.

Baku. Seit dem 30. Nov. wurde keine pestverdächtige Erkrankung beobachtet.

Gebiet der ostchinesischen Eisenbahn (Mandshurei). Vom 29. Nov. bis 3 Dec. erkrankten und starben an der Pest 4 Personen, und zwar auf der Station Mandshuria 2 (3), auf der Station Charbin 2 (1). Seit dem 4. Dec. wurden keine Pesterkrankungen beobachtet. Seit dem Beginn der Epidemie (13. October) bis zum 3. Dec. sind erkrankt 486 Chinesen und 11 Russen, gestorben 485 Chinesen und 10 Russen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 21. bis zum 27. November 1910 388 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 35, Typh. exanth. 3, Febris recurrens 1, Pocken 16, Windpocken 22, Masern 34, Scharlach 109, Diphtherie 86, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 9, an anderen Infectionskrankheiten 73.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 773 + 50 Totgeborene + 51 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 12, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 5, Masern 10, Scharlach 21, Diphtherie 14, Keuchhusten 5, crupöse Pneumonie 48, katarrhalische Pneumonie 100, Erysipelas 9, Influenza 15, Hydrophobia 0, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 19, Dysenterie 1, Gastroent. epidem. 0, Cholera 2, Magen-Darmkatarrh 24, andere Magen- und Darmerkrankungen 21, Alcoholismus 11, angeborene Schwäche 52, Marasmus senilis 31, andere Todesursachen 257.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 27. Nov. 1910 13923. Darunter Typhus abdominalis 219, Typhus exanth. 10, Febris recurrens 2, Scharlach 366, Masern 50, Diphtherie 275, Pocken 112, Windpocken 4, Cholera 6, acut. Magen-Darmkatarrh 9, crupöse Pneumonie 151, Tuberculose 695, Influenza 204, Erysipel 149, Pustula maligna 1, Keuchhusten 14, Dysenterie 2, Hautkrankheiten 68, Lepra 0, Syphilis 605, venerische Krankheiten 402, acute Erkrankungen 2715, chronische Krankheiten 2220, chirurgische Krankheiten 1697, Geisteskrankheiten 3434, gynäkologische Krankheiten 341, Krankheiten des Wochenbetts 61, verschiedene andere Krankheiten 111.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Witebsk Dr. W. Sczensnowicz, geb. 1853, approb. 1878. 2) In Odessa Dr. L. Mering, geb. 1840, approb. 1862. 3) Dr. N. Nikitin. 4) In Warschau Dr. J. Rogalewicz geb. 1836, approb. 1863. 5) In Kiew Dr. L. Newmerschizkij, geb. 1864, approb. 1896. 6) In Warschau Dr. L. Portner, geb. 1841, approb. 1864. 7) In Rokoziowczisne, Gouv. Wilna Dr. W. Schimanski. 8) In Paris Prof. Huchard, bekannter Klinicist. 9) In Wien Prof. J. Fritsch. 10) Dr. S. Alexander, Professor der Chirurgie an der Cornell-Universität in New-York. 11) Dr. R. H. Vegas, Prof. der Chirurgie in Buenos Aires. 12) Dr. F. A. Guter, Professor der Chirurgie in Lima. 13) Dr. Frank Lewis, Professor der Augenheilkunde in New-York.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 11. Jan. 1911.

Tagesordnung: Prof. Tiling. Präsidialvortrag: Ueber Narkose.

Geschäftliche Sitzung: Wahlen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1911.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Dec. 1910.

Tagesordnung: Albanus. Ein Fall von Lebercirrhose.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. P. Hampeln, Riga.
Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. L. v. Lingen, St. Petersburg. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga.
Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Paul Klemm. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 52 St. Petersburg, den 25. Dec. 1910 (7. Jan. 1911). XXXV. JAHRGANG.

Ueber klinische und balneologische Erfahrungen bei der Gicht.

Von

Privatdocent Dr. med. Idelson.

Vortrag, gehalten auf dem XXI. livländischen Aerztetage in Wenden.

M. H.! Die Gicht ist eine Erkrankung, die uns in ihrem inneren Wesen noch rätselhaft geblieben ist; obgleich die letzten Jahrzehnte das Leiden in vielfacher Beziehung geklärt haben, sind wir doch noch weit davon entfernt, die Pathogenese der Gicht zu kennen. Nach dieser Richtung ist eines sichergestellt: die Gicht beruht im Wesentlichen auf einer verminderten Ausscheidung der Harnsäure, mag diese aus dem Abbau der Körperzellen oder aus dem Nahrungseiweiss stammen. In bestimmten Zuständen, welche klinisch häufig mit den sogenannten Gichtanfällen coincidieren, erfolgt eine massenhafte Elimination der Harnsäure, wonach dann früher oder später die verzögerte oder verminderte Harnsäureausscheidung einzetzt, bis ein neuer Gichtanfall wiederum eine Harnsäureflut mit sich bringt. Ob in den anfallsfreien Intervallen stets eine verminderte Harnsäureausscheidung stattfindet, oder ob zuweilen normale Mengen ausgeschieden werden, ist noch ungewiss; wahrscheinlich schwankt die Harnsäureelimination, so dass gelegentlich auch ganz normale Werte bei Gichtkranken gefunden werden. Im Blut ist die Harnsäuremenge stark vermehrt. Die Anhäufung der Harnsäure findet vorzugsweise aber in gewissen Geweben statt. Ein Lieblingssitz sind die Gelenke, die Muskeln, das periarticuläre Gewebe, die Sehnenansätze—aber auch in den Organen finden sich Depots der Harnsäure und deren Salze (Urate); besonders disponiert erscheinen die Nieren, welche dank ihrer Eigenschaft als Blutfilter die darin gelöste Harnsäure auffangen und zurückbehalten. Im Allgemeinen aber kann man sagen, dass kein Gewebe von der Harnsäureablagerung verschont bleibt. Aus dieser Ubiquität der Harnsäure erklärt sich auch das vielgestaltige Symptomenbild der Gicht, und damit kommen wir von dem aetiologischen Begriff der Gicht zu ihren klinischen Kennzeichen. Die Harnsäure ist für das lebende Gewebe ein Gift, dessen Wirksamkeit von einer leichten Gewebereizung bis zur Nekrose und der Ablagerung von Harnsäurekrystallen im abgestorbenen Gewebe sich äussert. Diese ganze Scala der Giftwirkung findet wohl klinisch ihren Ausdruck in jenen sogenannten fliehenden, rheumatoiden Schmerzen, in den vorübergehenden Gelenkversteifungen, passageren Schwellungen und erreicht ihren Höhepunkt in den schweren, usurierten Synovialmembranen, den deformierenden Gelenkerkrankungen, den bekannten Tophi, den schweren Nierenaffectionen. Zwischen jenen Anfängen und diesen Endstadien liegt das grosse Gebiet der latenten und manifesten gichtischen Erkrankungen, denen die verminderte Harnsäureelimination bei ihrer sonstigen Mannigfaltigkeit eine einheitliche nosologische Charakteristik verleiht. Freilich ist nur in den wenigsten Fällen, die unseren Ausführungen zu Grunde gelegt worden sind, — dieses Postulat einer exacten Diagnostik durch quantitative Harnsäurebestimmung erfüllt worden, jedoch glaubte ich auf die klinischen Merkmale hin die Annahme einer gichtischen Erkrankung basieren zu dürfen, wenn diese in ihrer Combination und bei Berücksichtigung des Allgemeinzustandes die Voraussetzung der harnsauren Diathese resp. Gicht wahrscheinlich machten. Behufs weiterer Klärung unserer Kenntnisse von dem Wesen der Gicht und Förderung einer exacten Diagnose sollten wir in Zukunft bestrebt sein, durch quantitative Harnsäurebestimmung in jedem einzelnen Fall, besonders von sogenannter latenter Gicht, die Diagnose zu fundieren. Nach Noorden, dessen «Sammlung klinischer Abhandlungen über Pathologie und Therapie der Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen» (7 und 8 Heft, 1909) ich diesen Vorschlag entnehme, beträgt der sogenannte endogene Harnsäurewert 0,28—0,4 g. im Tagesharn. Ich will Sie mit chemischen Formeln hier nicht aufhalten,

ich möchte nur mir erlauben, daran zu erinnern, dass die Harnsäure ein Oxydationsproduct der Purinbasen ist, welche zum Teil durch das Nahrungseiweiss—Fleisch—. in den Körper eingeführt werden, zum Teil im Körper selbst, durch Zerfall der Körperzellen insbesondere deren Kerne — Nucleinstoffe — entstehen. Die letztere Bildungsmöglichkeit führt zu der Entwickelung der endogenen Harnsäure, erstere—zur exogenen Harnsäure. Während also der gesunde Mensch bei purinfreier Kost 0,36—0,5 g. Harnsäure täglich eliminiert, producirt der Gichtkranke nur 0,28—0,4 g. Bei purinhaltiger Nahrung pflegt der gesunde Mensch entsprechend höhere Werte auszuscheiden, während der Gichtkranke nur weniger und langsamer die endogen entstehende und exogen sich bildende Harnsäure auszustossen vermag. Der Stoffwechselversuch wird also aus 2 Teilen zu bestehen haben. Erstens: Untersuchung der Harnsäureelimination bei purinfreier Kost; zweitens: bei purinhaltiger Kost, wobei die Menge der auf 100 Gramm Fleisch zu erwartenden Harnsäure als constante Grösse bekannt ist; wo weniger ausgeschieden wird, liegt Harnsäureretention, also Gicht vor.

Aus diesen Ueberlegungen, deren Klarheit nichts zu wünschen übrig lässt, ergibt sich eine Folgerung, die zu der üblichen Auffassung in der ärztlichen Praxis in directem Widerspruch steht. Die vermehrte Harnsäuremenge ist unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht ein Zeichen von Gicht, sondern spricht gerade für das Gegenteil; denn nicht die vermehrte Ausscheidung ist für die Gicht charakterisch, sondern die verminderte. (Von der Harnsäureflut bei dem Gichtanfall können wir bei der grossen Seltenheit im Vergleich zu der überwiegenden Häufigkeit latenter Gicht hier absehen.) Wenn daher unsere Kranken mit einer nicht misszuverstehenden Geste auf die Anmerkung im Protocoll über die Harnanalyse hinweisen, welche lautet «Harnsäurekrystalle in grosser Menge» und hieraus folgern, dass sie an Gicht leiden, so ist dieser Auffassung gegenüber zunächst der Einwand zu erheben, dass eine solche Angabe nichts beweist. Eher ist aus ihr auf das Fehlen von Gicht zu schliessen; einen Wert erhalten diese Analysen erst, wenn die 24-stündige Harnsäuremenge bei purinfreier Kost bestimmt wird und als niedrig sich erweist, oder wenn bei purinhaltiger Nahrung nicht die Werte erzielt werden, die der eingeführten Fleischmenge entsprechen würden.

Die Noordenschen Ausführungen geben uns aber einen weiteren, sehr wertvollen Anhaltspunkt für die Beurteilung der Gicht. Sie zeigen uns, dass eine constante Harnsäureretention stattfindet, selbst wenn monatelang purinfreie Nahrung genommen wird. Man ist also nicht in der Lage, durch völlige Abstinenz vom Fleisch die Harnsäureretention absolut zu verhindern. Gewiss wird weniger zurückbehalten, wenn kein Fleisch gegessen, als wenn solches in grossen Mengen eingeführt wird; da aber der endogene Harnsäurewert niedrig ist, so bleibt er es auch bei völliger Fleischabstinenz, und die zurückleibende Harnsäure kann—wenn auch weniger intensiv als bei Fleischnahrung—ihre deletären Wirkungen entfalten. Einem schweren Gichtkranken dauernd den Fleischgenuss verbieten, wäre daher ebenso falsch, wie einem schweren Diabetiker die Kohlehydrate ganz zu nehmen; dort findet der Körper Bausteine für die Harnsäurebildung wie hier für den Zucker, und wenn er auch das Material aus einem entlegeneren Gebiete holen müsste — die Gicht ist eben so wenig eine Folge der Fleischnahrung, wie der Diabetes ein Ergebnis der Kohlehydrate sein würde, beide Erkrankungen sind die Folgen eines gestörten Chemismus des Stoffwechsels, dessen Wesen und Ursache für uns zur Zeit unerforscht geblieben sind. Wir können es daher nur begrüssen, wenn die fortschreitende klinische Erfahrung, im Einklange mit diesen Anschauungen von der organischen Ursache der Gicht, mit den alten Ansichten aufräumt, nach denen die Gicht nur eine Erkrankung der Reichen sei. Von Horaz bis auf Fritz Reuter wird sie in allen Tonarten als die gerechte Strafe für üppige Lebens- und Tafelfreuden besungen und doch ist das Loos dieser Kranken oft nicht weniger schwer als das vieler anderer. Die Gicht der Armen ist heutzutage eine häufige Erscheinung in den Ambulanzen und Curorten und würde gewiss noch mehr angetroffen werden, wenn die unbemittelten Kranken auf ihre verhältnismässig geringfügigen, die Erwerbsfähigkeit nicht aufhebenden Beschwerden mehr Rücksicht zu nehmen Anlass fänden. Freilich darf man den Begriff der Gicht nicht so eng fassen wie ihn die classischen Autoren gebildet haben. Die Gicht, welche mit dem typischen Schmerz in der grossen Zehe debütiert, das Podagra ist eine bei uns zu Lande seltene Erscheinung. Unter 30,000 Patienten will Hampeln sie nur einige Mal beobachtet haben, dasselbe berichtet auch der Correferent auf dem I. Baltischen Aerztetage v. Engelhardt. Ich habe nur 6 oder 7 echte Podagraanfälle gesehen. Interessant ist die von den genannten Autoren gemachte Beobachtung, dass solche Kranke keine sonstigen Manifestationen der Gicht dargeboten hätten; das Podagra beansprucht also eine gewisse Souverenität! Auch ich kann von meinen 6 Kranken (bis auf einen) dasselbe behaupten; sie hatten jahrelang in langen Perioden ihre typischen Podagraanfälle mit besonderer Localisation in der grossen Zehe und waren sonst von Beschwerden frei. Nur ein Kranker hatte schwere allgemeine Gelenkveränderungen als dauerndes Leiden und Podagraanfälle mit hohem Fieber intervallär. Unter meinen zahlreichen anderen Kranken — ich darf wohl über 500 anrechnen — war das pathognomonische Symptom—der Zehenschmerz—5 Mal angegeben worden. Ist also die typische Gicht, das Podagra, bei uns eine seltene Erscheinung, so gehört die atypische Gicht zu den alltäglichen Krankheitsformen. In besonders reichem Masse präsentiert sie sich in Kemmern, wohin ja Kranke mit chronischen und unbestimmten Beschwerden erfahrungsgemäss häufig dirigiert werden. Obgleich ich über Notizen verfüge, die ich im Laufe von 8 Jahren zusammengetragen habe, möchte ich diesen Ausführungen nur die Krankengeschichten zu Grunde legen, die ich im letzten Sommer zu sammeln Gelegenheit hatte; ist auch die Zahl eine relativ geringe, — es handelt sich um 200 Kranke, — so darf ich doch für diese eine gewisse Sicherheit in der Beurteilung mir zutrauen und bei Ihnen voraussetzen, dass Sie die Diagnose Gicht für diese Fälle mir concedieren werden. Dass eine solche Diagnose nicht immer so leicht gestellt werden kann, dürften Sie gewiss selbst erfahren haben. Oft gelingt es erst einer retrospectiven Beurteilung, den wahren Sachverhalt zu erkennen. Dazu ist die Beobachtung am Curort, wo die Kranken mehrere Jahre der Reihe nach erscheinen, sehr geeignet. Ein Mann, der vor 6 Jahren mit Ischias des einen Beines sich behandeln liess, kommt jetzt mit derselben Affection am andern Bein, er bietet jetzt noch andere Symptome von Gicht; er hätte wohl mit Recht schon vor 6 Jahren in die Kategorie der Gichtkranken rubriciert werden können. Eine Neuritis des n. cutanei femoris, scheinbar ein selbständiges, harmloses Leiden erscheint unter dem Gesichtspunkt einer gichtischen Neuralgie, nachdem plötzlich ein Tophus am Handgelenk oder eine Tarsalgie sich hinzugesellt haben; eine Brachialgie löst sich in eine Omarthritis mit Crepitation auf, Rückenschmerzen als Lumbago, eine frühzeitige Sclerose der Fussarterien wird 3 Jahre später durch gichtische Affection der Phalangealgelenke ihrer Genese nach in klarer Belichtung erkannt u. s. w. Fasst man die Gicht eben nicht als Krankheit, sondern als Constitutionsanomalie auf, so erscheint sie nur als der Boden, auf dem die Manifestationen derselben gleichzeitig oder

successive in Gestalt der scheinbar heterogensten Krankheitsbilder entstehen können. Ganz analoge Verhältnisse bietet ja auch die neuropathische Constitution, die nicht nur die Krankheiten, sondern auch die Lebensführung des Individuums unter den einen Gesichtspunkt der constitutionellen Anomalie zu betrachten häufig eine Handhabe bietet. Bei aller Regellosigkeit in der Entwickelung der gichtischen Symptome und bei deren Mannigfaltigkeit lässt sich aber dennoch an einem grösseren Krankenmaterial eine Reihe von Symptomen darstellen, welchen in der Symptomatologie der Gicht eine besondere Bedeutung zukommt. Dabei sind die Gelenkerkrankungen die häufigsten, aber bei weitem nicht die einzigen Aeusserungen der Gicht. Viele Jahre laufen unbestimmte, meist als rheumatisch bezeichnete Muskelschmerzen im Rücken und in den Extremitäten oder Neuralgien den regulären Gichtsymptomen voraus. Die Beurteilung derselben wird durch den Umstand sehr erschwert, dass die neuropathische Constitution eine häufige Begleiterin der gichtischen ist: ich habe sie in 19% der Fälle ausdrücklich angegeben gefunden. Bei der bekannten Neigung, alle unbestimmten Schmerzen als nervöse zu beurteilen, kommt man bei solchen Kranken leicht dazu, die subjectiven Beschwerden auf das Conto der Neuropathie zu setzen, was ja in manchen Fällen berechtigt sein mag; oft aber sind sie als gichtische Symptome aufzufassen; freilich muss man nach der Gicht suchen! Abgesehn von der Bestimmung der quantitativen Harnsäureausscheidung, die heutzutage durch die populär gewordene Analyse im Laboratorium leicht zu erlangen ist, wird man auf anamnestische und klinische Erhebungen besonders zu achten haben. Die directe heriditäre Disposition zur Gicht, aber auch zu Adipositas, Diabetes, Cholelithiasis und sogenanntem chronischem Gelenkrheumatismus, sowie die Berücksichtigung dieser genannten Momente beim Kranken selbst werden einen Hinweis geben. Die Harnsäureausscheidung beim chronischen Gelenkrheumatismus ist in der Regel vermehrt; ein höheres Alter zu Beginn der Erkrankung, (4.—5. Decennium) spricht eher für Gicht als für Rheumatismus. Ich kann die Differentialdiagnose hier ja nicht erörtern. Als eines der wichtigsten objectiven Frühsymptome möchte ich das Crepitieren der Kniegelenke nennen. Dasselbe ist leicht zu hören, wenn man den sitzenden Kranken auffordert, die Unterschenkel langsam zu strecken und zu beugen. Die Hand wird auf das Knie, resp. auf den anstossenden Kopf des Femur gelegt, während der Kranke die Bewegungen ausführt: man hört und fühlt bei Gichtkranken ein feinkörniges Knarren und Reiben, welches von den Rauhigkeiten der Synovialmembran herrührt. Die Kranken geben meist an, ein Ziehen oder eine Schwäche in den Beinen zu empfinden. Sie klagen auch häufig über eine grosse Unruhe in den Beinen, die sie zwingt, alle paar Minuten die Beine zu bewegen, sie zu strecken oder über einander zu schlagen, sich «durchzutreten». Besonders peinlich wird diese Unruhe im Bett empfunden. Die Kranken geben prompt an, dass die ersten Schritte ihnen schwer fielen, wenn sie aber einige Schritte gegangen sind, so würde es leichter, sie müssen nach längerem Sitzen erst in Trab kommen, «wie ein altes Postpferd», pflegen sie meist zu sagen. Nicht immer sind diese Erscheinungen so ausgesprochen, zuweilen findet sich schon das Knarren der Knie, ohne dass über die subjectiven Symptome geklagt wird; bei den höheren Graden wird das selten vermisst. Das Knarren der Kniegelenke und die Unruhe in den Beinen ist nach meinen Erfahrungen das häufigste Gichtsymptom, ich habe es in über 60% der Falle gefunden. Nächst der Affection der Kniegelenke steht an Häufigkeit die Erkrankung eines oder beider Schultergelenke. In 22% der Fälle fand ich ein Schultergelenk befallen, häufiger war es das rechte, nicht so selten erkrankte erst das rechte und nach einigen Jahren das linke Schultergelenk. Der Schmerz strahlte meist in den ganzen Oberarm, besonders in das Deltoideusgebiet aus, was häufig die Annahme einer Brachialneuralgie veranlasst hatte. Nächst dieser Erkrankungsform ist die Ischias und deren häufige Einleitung—der Lumbago zu nennen, welche in 10% der Fälle notiert wurden. Die gichtische Ischias hat keine Neigung zu Recidiven gezeigt, wohl aber zum Uebergreifen auf das andere Bein. Ueberhaupt gehören Schmerzen in den unteren Extremitäten zu den häufigsten Erscheinungen der Gicht; ich führe hier keine Zahlen an, weil sich solche Schmerzen sehr oft mit anderen Gichtsymptomen combinieren. Eine sehr häufige Erscheinung ist die Tarsalgie, die Achillodynie, der Plantarschmerz, besonders in der Gegend der Grundphalangen der Zehen, die Tophi auf dem Fussrücken. Ein typischer Schmerzpunkt liegt auch an dem Gelenkrande des Condylus femoris internus. Auch die Tibia ist meist sehr druckempfindlich, was wohl auf das Periost zu beziehen ist. Eine nicht so seltene Combination mit der Gicht ist das intermittierende, auf Gefässsclerose beruhende Hinken; ich verfüge über eine ganze Anzahl von Beobachtungen, wo die Gicht bald vor, bald nach der Gefässerkrankung sich offenbarte. Der Zusammenhang mit einer solchen ist ja auch durch die Nierengicht hinreichend sichergestellt. Auf die multiplen Gelenkerkrankungen will ich hier nicht näher eingehen, das sind bekannte Dinge; man verfällt nur leicht in den Fehler, geringfügige Gelenkveränderungen als gichtische aufzufassen und sollte dessen eingedenk sein, dass die Heberdenschen Knötchen an den Fingern sehr häufig symptomlos verlaufen und mit der Gicht nichts zu tun haben, sie sind öfters bei climacterischen Frauen anzutreffen; dagegen sind die spindelförmigen Auftreibungen der Phalangealgelenke meist gichtischer Natur. Zu den selteneren Localisationen der Gicht ist die Spondylilis ossificans zu zählen, die ich in 4 Fällen beobachtet habe, einmal war nur ein Wirbelgelenk am Halse afficiert. Dass es auch scheinbar ganz entlegene Gebiete gibt, wohin die Gicht ihre Wirkung verlegt, beweist das Auftreten von isolierten Neuritiden, der Neuralgia paraesthetica, der Supraorbitalneuralgie; die depressive Neurose ist von Ebstein und Lange in bestimmten Fällen auf Gicht bezogen worden, ebenso die Migräne, das Asthma. Seltene Complicationen waren Facialislähmungen, Arythmia cordis, ganz besonders häufig die Adipositas und die allgemeine nervöse Anlage.

Ich möchte mich auf die angeführten klinischen Bemerkungen beschränken, umfasst doch die Pathologie der Gicht ein Gebiet, das ich auch nur andeutungsweise nicht durchstreifen könnte. Ich möchte nur noch einige allgemeine Fragen berühren. Zumeist gilt die Gicht als die Krankheit des männlichen Geschlechts. Nach Bouchard prävalieren die Männer 25 Mal über die Frauen, nach Ebstein kommen 6,2% Frauen unter seinen Gichtkranken vor; nach meinen Beobachtungen, die sich mit denen der in Kemmern practicierenden Collegen decken, ist das Verhältnis nahezu umgekehrt, d. h. 15 Männer auf 85 Frauen. Wie das mit den sonstigen Statistiken in Einklang zu bringen wäre, hängt gewiss mit der Art von Gicht zusammen, um die es sich handelt. Die classische Gicht, das Podagra, welches ich in 6 Fällen beobachtet habe, betraf nur Männer; ein ähnliches Material mag wohl auch den Statistiken von Bouchard und Ebstein zu Grunde gelegen haben. Merkwürdig ist es jedenfalls dass jene so wenig Fälle atypischer Gicht gesehen haben. Ueber das Alter der Patienten habe ich keine abweichenden Tatsachen anzuführen. Das Prädilectionsalter ist das 4. und 6. Decennium. Die jüdische Race scheint wie zu den anderen Stoffwechselkrankheiten auch zur Gicht besonders disponiert zu sein.

Wenn ich nunmehr in kurzen Sätzen mich der Therapie zuwende, so habe ich vor Allem über die Diät im Laufe der Jahre mir rein empirisch eine von der landläufigen Ansicht abweichende Meinung gebildet. Fast alle Kranken gaben mir an, dass sie trotz minutiöser und jahrelang befolgter Diätvorschriften eine Besserung ihrer Beschwerden nicht erreicht hatten. Es ist zuweilen überraschend, wie Patienten wegen eines schmerzlosen Heberdenschen Knötchens sich jahrelang auf eine fleischarme Diät mit Verzicht auf die gewöhnlichsten Genussmittel eingestellt haben und sich schmerzliche Entbehrungen wegen eines missverstandenen «gichtischen» Symptomes auferlegten. Die zweifelhafte Wirkung solcher rigoroser Diätvorschriften und der schwankende Boden, auf dem sich die Diagnostik der Gicht bewegt, sollten in dieser Richtung zu einer sorgfältigeren Abwägung des ärztlichen Machtwortes den Kranken gegenüber mahnen. Und nun der eingewurzelte Glaube an die Schädlichkeit des dunklen Fleisches! Aus obigen Erwägungen heraus, habe ich stets den Gebrauch des schwarzen Fleisches gestattet. Eine Arbeit, die unter v. Noordens Leitung vor einigen Jahren erschienen und die neuerdings durch Offer und Hall nachgeprüft worden ist, weist auch nach, dass der Gehalt an Nucleinkörpern im weissen Fleisch nicht geringer ist als im schwarzen. Auf die nähere Begründung dieser Ansicht in dem erwähnten Aufsatz sei hier nur hingewiesen. Den Kranken wird hierdurch zweifellos eine grosse Erleichterung gewährt, da sie meistens des weissen Feisches bald überdrüssig werden. Den Fleischgenuss ganz verbieten, ist eine Härte, die wissenschaftlich unbegründet ist, die Gicht ist ja nicht die Folge des Fleischgenusses, sondern die Harnsäureproduction wird nur durch Fleischnahrung vermehrt, was bei mangelhafter Elimination zu einer Stauung führen muss; diese kann unter Umständen bei der classischen Gicht die Symptome verschlimmern; es besteht jedenfalls für jeden Gichtkranken eine gewisse Toleranzgrenze für Purinkörper, innerhalb deren er unbeschadet sich nähren kann. Noorden fordert daher die Feststellung dieser Grenze durch genaue Stoffwechselversuche, auf Grund welcher man dann die individuelle Grösse der zulässigen Fleischnahrung bestimmen könnte. Wie weit manche Autoren in der fanatischen Angst vor der Fleischnahrung gehen, mag folgende Stelle aus dem 600 Seiten dicken Buche des Engländers Haig über die Gicht illustrieren: «Zweifellos ist der Selbstmord die Folge einer falschen Diät, d. h. des Fleischessens, Theetrinkens und Alcoholgenusses, und aus der wachsenden Verbreitung dieser Genüsse muss auch die wachsende Frequenz des Selbstmordes resultieren. Selbstsucht, niederer sittlicher Ton, Mord, Krieg, Revolution und Verlust des religiösen Glaubens müssen auch Ergebnisse ähnlicher oder identischer Ursachen sein!»

Berücksichtigt man die häufige Combination der Gicht mit der Adipositas, so käme man bei der fleischarmen Nahrung in eine Zwickmühle: die Kohlehydrate müssen bei solchen Kranken eingeschränkt werden, und sollte man da noch das Fleisch nehmen, so bliebe den Kranken nichts zum Essen übrig! Ueber die Schädlichkeit der drüsigen, also nucleinreichen Organe des Tierkörpers besteht keine Controverse—sie sind leicht zu entbehren. Ebenso ist der Alcohol zu verbieten, repräsentiert er doch ein Protoplasmagift, das schlimmer ist als die Harnsäure. Seine Schädlichkeit ist allgemein anerkannt und Logau hat Recht, wenn er singt: «Die Gicht verbietet den Wein zu trinken, sonst musst du liegen oder hinken; es ist fürwahr ein Hauptverdruss, wenn übers Maul gebeut der Fuss»[1]. Da der Alcohol erwiesenermassen die Harnsäureausscheidung verlangsamt, so ist das ein Grund mehr, ihn gichtkranken Personen vorzuenthalten. Dagegen wäre solches mit Bezug auf Thee und Kaffee, wegen der darin enthaltenen geringen Mengen von Theobromin (aus denen sich Harnsäure bilden könnte) eine ungerechtfertigte Härte.

Was die eigentliche Therapie der Gicht betrifft, so ist es von vornherein klar, dass eine Krankheit, die zur Kategorie, «der vererbbaren cellulären Stoffwechselstörungen» (Ebstein) gehört, kein dankbares Object der Behandlung sein kann; am wenigsten wird man bei solchen Zuständen etwas von der medicamentösen Behandlung erwarten. Das Heer der täglich erscheinenden chemischen Präparate und Geheimmittel legt Zeugnis ab von dem rastlosen und vergeblichen Suchen nach der Panacee für gichtische Beschwerden. Nach meinen Erfahrungen sind noch Salicylpräparate am ehesten zu verwenden, nächst ihnen das Jod und die Tinctura Colchici, welche besonders von Ebstein gelobt wird. Die beliebten Gichtmittel, z. B. die Lithiumsalze, werden von massgebenden Autoren direct als schädlich bezeichnet, und die sog. harnsäurelösenden Mittel halten einer ernsten Kritik nicht stand. Einigen Nutzen glaube ich von der durch Falkenstein empfohlenen Salzsäuretherapie gesehen zu haben; die verdünnte Salzsäure in steigenden Dosen bis zu 90 Tropfen pro die gegeben, hat wenigstens den grossen Vorzug der Billigkeit. Die Unsicherheit auf therapeutischem Gebiet kann nicht besser illustriert werden als durch diese Versuche: der eine empfiehlt Alkalien, der andere Säuren, der dritte erst Säuren, dann Alkalien. Der Gebrauch der alkalischen Wässer ist durch die Erfahrung eingebürgert, man wird sie daher nicht missen können, zumal sie meist auch gegen die bestehende Obstipation wirksam sind.—Der längere Gebrauch derselben wird von Noorden als direct schädlich bezeichnet.

Den wichtigsten Platz in dem Behandlungsplan der Gicht nimmt bei uns in Kemmern naturgemäss die Bädercur ein. A priori lässt sich auch von dem Aufenthalt in einem Curort, den balneologischen Factoren und den localen Lebensbedingungen am ehesten ein Einfluss auf den Gesammtorganismus und eine Rückwirkung auf das Grundleiden erwarten. Die Bedeutung dieser Heilfactoren brauche ich hier nicht näher zu präcisieren. Ich erlaube mir nur zu erwähnen, dass wir in Kemmern bei Gichtkranken die hochtemperierten Schwefelmoorbäder und die etwas kühleren Schwefelbäder alternierend oder gruppenweise (25—30 Bäder in der Regel) verordnen. Für locale Manifestationen der Gicht (Tarsalgien, Tophi, localisierte Arthritiden) benutzen wir die Moorcompressen aus trocknem Moor, welche Temperaturen bis zu 45° anzuwenden gestatten. Neben den «specifischen» balneologischen Mitteln verwenden wir auch die sonst üblichen Heilmethoden: ich führe nur als Beispiel an: die dankbare Heissluftbehandlung der Omarthritis und die von einem russischen Autor vor etwa 8 Jahren empfohlenen Injectionen von 50% Lösung von Natrium jodicum in die Muskulatur des Oberarms[2]; von der Massage habe ich wenig Erfolg gesehen, eine farradische Bearbeitung der Muskeln scheint zuweilen zu nützen, besonders bei der Lumbago; eine geradezu specifische Wirkung der Schwefelbäder möchte ich auf Grund vielfacher Erfahrung für die Ischias in Anspruch nehmen. Dieselbe ist ja sehr häufig gichtischer Natur; die Engländer wollen sie ausschliesslich auf Gicht zurückführen, aber auch die neuritisch-toxische Ischias ist häufig ein dankbares Object der Schwefelbäderbehandlung. Die Erfolge der balneologischen Behandlung in Kemmern sind ganz bedeutende. Wenn ich als Neurologe voraussetzen darf, dass Sie mich eines therapeutischen Opti-

[1]) cit. nach Ebstein, die Gicht.

[2]) Jeden zweiten Tag, im Anschluss an das Heissluftbad: Nach demselben folgt eine kühle Abgiessung, Frottieren und die Injection.

mismus nicht zeihen werden, so erlaube ich mir eine Zahl von ca 70% Besserungen herauszurechnen! Das ist gewiss bei einer so chronisch verlaufenden constitutionellen Erkrankung eine ganz bedeutende Ziffer! Sie setzt sich allerdings zum grossen Teil aus den Angaben über subjective Besserung zusammen; diese mag unter dem Einfluss der günstigen Lebensbedingungen im Curort eingetreten sein und daher nicht als eine bleibende Erscheinung gelten; andererseits verlassen zahlreiche Kranke den Curort scheinbar ungebessert und erfahren an sich die günstigen Wirkungen der Cur erst einige Monate später; (diese sind bei obiger Berechnung natürlich nicht inbegriffen); — es würden auf diese Weise die Fälle von flüchtiger Besserung durch solche von Dauerfolg compensiert werden, und das obige günstige Resultat bliebe zu Recht bestehen. Bei der Hoffnungslosigkeit der sonstigen Therapie kann eine Bädercur in Kemmern daher nur empfohlen werden, um so mehr als diese Erkenntnis unter den baltischen Collegen weniger verbreitet zu sein scheint als unter den übrigen Aerzten im Reiche.

Ueber „Meningitis carcinomatosa“ [1]).

Von

Eduard Schwarz — Riga.

M. H.! Am 13./VIII. 1908 übergab mir Herr College Max Schönfeldt den 35-jährigen A. Gr. zur Begutachtung. Herr A. Gr. war bis zur Erkrankung voll und mit Erfolg tätig gewesen, war aber vor einigen Tagen in psychisch verändertem Zustand von einer Geschäftsreise aus Petersburg zurückgekehrt; er war leicht benommen, redete irre und klagte über heftige Kopfschmerzen; der Puls war 60 und unter 60; er hatte während der Beobachtungszeit nie erhöhte Eigenwärme gezeigt, Temp. nie über 37°, auch während des späteren Verlaufes nicht. Der Organbefund war ein negativer, auch der Befund am Nervensystem zeigte keine Ausfallssymptome: Fundus oculi normal; keine Lähmungserscheinungen. College Schönfeldt meinte: «Wenn es sich um ein Kind handelte, würde ich an eine tuberculöse Meningitis denken», und er hatte Recht: das Bild war das einer Meningitis. In der Familien-Anamnese war keine Tuberculose vorhanden, auch sonst waren keine Anhaltspunkte vorhanden, die eine Erklärung für den schweren Zustand hätten geben können. Die Anamnese ergab, dass Patient bis vor einem Jahr völlig gesund gewesen war und sehr angestrengt gearbeitet hatte; im letzten Jahre hatte er namentlich nach stärkeren psychischen Erregungen an Kopfschmerzen und Erbrechen gelitten; die Erscheinungen hatten aber jedes Mal nur kurze Zeit angehalten und dann wieder völligem Wohlbefinden Platz gemacht. Patient hat mehrfach Aerzte consultiert. In Moskau und in Riga habe man ein Magenleiden angenommen; in Moskau sei Achylie constatiert worden.

Am 16./VIII. 1908 machte ich eine Lumbalpunction, nachdem ich Pat. in die Petersonsche Klinik aufgenommen hatte. Der Liquor, der unter anscheinend starkem Druck mit weitem Strahl aus der Kanüle strömte, war makroskopisch trübe, so dass die Diagnose einer Meningitis bestätigt wurde. Ich erwartete von der genaueren Untersuchung des Liquors aber nun Aufschluss über die Art der Meningitis. Diese wurde von dem damaligen Assistenten meiner Abteilung, Herrn Dr. Makkaweiski, ausgeführt und ergab einen damals noch vollkommen neuen und ungewöhnlichen Befund. Tbc. waren nicht nachweisbar, aber neben «3—5 gewöhnlichen Lymphocyten im GF. eine grosse Menge grösserer Zellen epithelialen Characters, die meist dicht nebeneinander lagen, aber keinen Zusammenhang untereinander hatten.» Es waren meist runde resp. ovale Zellen mit einem oder mehreren (stark sich färbenden) Kernen [2]). Auf seiner dem Untersuchungsergebnis beigegebenen Zeichnung sind deutlich Zelleinschlüsse zu sehen, 2 und 3 Zellen ineinander; auch fiel bei genauerer Untersuchung auf, dass viele Kerne randständig waren und so die Siegelringform zeigten. Einige Zellen waren sehr gross; ihr Durchmesser betrug das 10-fache, ja das 15-fache eines Lymphocyten.

[1]) Vortrag, gehalten in der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Königsberg. Sept. 1910.

[2]) Späterer Zusatz von mir; diese Präparate waren ungefärbt.

Die gewonnenen Präparate wurden damals auf dem zur Zeit in Riga tagenden XX. livl. Aerztetage durch Herrn Dr. Makkaweiski demonstriert. Unser damals unter uns weilender, leider so früh verstorbener, College Krannhals hielt die Zellen, deren Charakter nicht ohne Weiteres klar war, für „Neoplasmazellen“. In der Literatur waren Angaben über einen ähnlichen Liquorbefund nicht vorhanden. In meinen an obige Demonstration sich anschliessenden diagnostischen Ausführungen betonte ich, dass 1) die Symptome einer Meningitis vorlägen und dass 2) die vorhandenen Symptome durch diesen Zellbefund im Liquor auf einen malignen Process im Gehirn zu beziehen wären. Die im letzten Lebensjahr anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen mit Erbrechen seien nicht unbedingt als durch ein Magenleiden hervorgerufen anzusprechen. Ich wies auf den Fall Nonne [3]) hin, bei dem die Section makroskopisch ein negatives Resultat ergeben hatte; bei negativem Befund aller Organe zeigte an dem makroskopisch anscheinend auch fast völlig intakten Gehirn erst die mikroskopische Untersuchung eine sarcomatöse Infiltration der Meninx, die von dem perivasculären Perithel ihren Ausgang genommen hatte; es hätte sich somit im Nonneschen Falle wohl um eine primäre Sarcomatose der Meningen gehandelt—ein Unicum [4]). In meinem Fall wäre es somit denkbar, dass ein ähnlicher Process vorläge; die Achylie sprach ja wohl für eine Affection des Magens, doch kommt Achylie auch bei functionell-nervösen Zuständen vor. Die Prognose war jedenfalls eine absolut schlechte und die Therapie ohnmächtig; falls der maligne Process in cerebro einen malignen Tumor darstellte, so war bei Abwesenheit aller Localsymptome an einen Eingriff nicht zu denken.

Die Punction hatte Pat. wesentliche Erleichterung geschafft er wurde ganz klar, die Kopfschmerzen liessen nach, der Puls wurde schneller, 80, auch über 90, doch hielt die Besserung kaum 2 Tage an, am 3. Tage verschlimmerte sich der Zustand wieder bedeutend; am 4. Tage (20. VIII. 1908) wurde eine zweite Lumbalpunction gemacht; auch diese brachte vorübergehende Erleichterung. Durch die Punction war dem Liquor etwas Blut beigemengt worden, so dass sich keine mikroskopische Untersuchung machen liess. Am 23. Aug. machte ich eine dritte Lumbalpunction, die aber wenig Erleichterung brachte [5]); der Puls ging herunter, war am übernächsten Tage (25. VIII.) schon wieder 60, die nächsten 2 Tage etwas unter 60. Am 30. VIII. wurde Pat. häuslicher Pflege übergeben und starb einige Tage darauf. Herrn Collegen Schönfeldt ist es gelungen, das Gehirn zu erhalten; die übrige Section wurde nicht gestattet, was sehr zu bedauern ist. Nachdem das Hirn in Formol einige Zeit gelegen hatte, hatte der College die grosse Freundlichkeit, mir dasselbe zu zeigen. Die Basis, der vordere und hintere Pol erschienen vollkommen frei, die Meningen waren an diesen Orten makroskopisch als völlig normal zu betrachten; an der Convexität war aber die Pia leicht milchig getrübt, ähnlich wie bei der Paralyse. Das Cerebrum selbst erschien intact, nirgends ein Tumor zu entdecken; auch auf etwa 1—1½ cm. dicken Frontalschnitten war eine Umbildung nicht zu entdecken. Das Empendym und die Seitenventrikel frei; Dura intact. Ich erhielt Stückchen aus allen Teilen des Gehirns und liess sie im pathologisch-anatomischen Institut für die mikroskopische Untersuchung vorbereiten. Das hochinteressante Resultat einer genauen Durchmusterung aller Präpa-

[3]) Literatur siehe weiter unten bei Dr. Bertels.

[4]) Andere Fälle: Busch (Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde IX. pag. 114 ff.) hatten makrosk. Befunde; cf. auch Westphal Arch. für Psychiatrie. Bd. XXVI, H. 3.

[5]) Die mikrosk. Untersuchung zeigte dieselben grossen Zellen, nebenbei aber einen zu beachtenden Befund: bei der 2. Punction hatte ich ein kleines Gefäss verletzt; es war ein wenig Blut dem Liquor beigemischt worden. Im ersten Punctat war nach dem Centrifugieren der Bodensatz «vollkommen weiss» gewesen, also keine Blutbeimengung! Der Liquor der 3. Punction zeigte aber nach dem Centrifugieren schon eine «sehr deutliche gelbe Verfärbung». (Makkaweiski). Das Sediment war rot gefärbt. Es genügte also schon 3 × 24-stündige Anwesenheit von Blut, um den Liquor gelb zu färben, ein unzweifelhaftes Zeichen, dass das Blut, das bei einer Punction zu Tage tritt, schon längere Zeit im Liquor vorhanden gewesen sein muss.

rate war: dass sich im Arachnoidalraum, namentlich an der Convexität des Gehirns dieselben grossen Zellen fanden, die wir im Punctat schon bei Lebzeiten gesehen hatten; und zwar waren sie nur hier zu finden. Pia und Gehirn waren frei; die Pia zeigte keine Entzündungserscheinungen, und in das Gehirn selbst waren die Zellen nicht hineingewandert; sie lagen in dem Arachnoidalraum ganz frei, ohne Stützgewebe, eine Zelle neben der anderen, oft in grösseren Mengen und auf weiteren Strecken, oft stellenweise den ganzen Arachnoidalraum ausfüllend, namentlich zwischen den Gyri, in den Einsenkungen der weichen Hirnhäute. Aber auch am Kleinhirn, am Pons konnte man die Infiltration des Arachnoidalraumes finden, jedoch in kleinen und selteneren Herden. Ebenso waren in den Ganglien Herde von diesen Zellen zu finden; doch waren die Gefässe selbst überall frei. Der Arachnoidalraum setzt sich ja mit den Gefässen auch ins Innere des Hirns fort, und hier in diesen Räumen waren dieselben Zellen zu sehen!

Damit waren ja wohl die Hauptsymptome des Krankheitsbildes erklärt und war ein gewaltiger Fortschritt in unserer Erkenntnis von dunklen Krankheitszuständen gemacht. Dieser Fall demonstriert klar und deutlich, so klar, wie wohl kaum ein anderer, wie wir jetzt mittelst der Lumbalpunction imstande sind, dunkle Krankheitsbilder schon bei Lebzeiten zu erkennen.

Und ich meine bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen zu müssen, dass die Ergebnisse der Lumbalpunction, die mikroskopische, chemische und biologische Untersuchung des Liquors, noch lange nicht die Rolle in der ärztlichen Praxis spielen, wie sie es verdient hätten; denn oft genug haben erst diese Untersuchungen eine Diagnose ermöglicht. Durch den genialen Gedanken Quinckes sind wir imstande, in dunkle, der Erkenntnis unzugängliche Gebiete hineinzuleuchten und unsere Anschauungen über diese Gebiete zu modificieren. Auf der Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Wien im vorigen Jahre habe ich mich bemüht, an einer Reihe von Fällen zu zeigen, wie die Lumbalpunction unsere Anschauungen über Commotio cerebri [6]) verändern muss. In einem lehrreichen Artikel („Einige Indicationen und Contraindicationen der Lumbalpunction") [7]) sagt Hans Curschmann über diese Mitteilungen: „die eminente diagnostische Bedeutung der Punction für diese bisher anscheinend reinen Commotionsfälle wird von Schwarz ausdrücklich hervorgehoben", und Curschmann glaubt, dass, „wenn man künftig, Schwarz und seinen Erfahrungen folgend, „Kopftraumatiker" der verschiedenen, besonders der frühen Stadien planmässig punctierend untersucht, man in nicht wenigen Fällen seine Ansicht über den „rein functionellen" Charakter dieser Krankheitsform werde revidieren müssen"!

Ein weiteres Beispiel sei ferner noch gestattet: Oppenheim führt in seinem lehrreichen Referat auf dem internationalen Med. Congress in Budapest am 30. Aug. vorigen Jahres die Schwierigkeiten in der Diagnose zwischen dem extramedullären Tumor und der Meningitis serosa circumscripta an: „wir müssen uns also damit abfinden, dass die Unterscheidung des meningealen Tumors von der Meningitis spinalis serosa unsicher ist" [8]). Ueber die cytologische und chemische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis in solchen Fällen sagt Oppenheim nichts. Ich werde demnächst über einen mit glänzendem Erfolge von A. von Bergmann operierten extramedullären Tumor referieren, wo das von Nonne (in seinem Referat in Heidelberg 1908 [9]) zuerst angegebene Verhalten des Liquors sehr deutlich hervortrat. Ich habe die collossal stark positive „Nonne-Apeltsche Reaction (Phase I) bei negativer Pleocytose (es tritt nicht Trübung, sondern gelatinöse milchige Veränderung der Mischung ein) bei keinem anderen Leiden gesehen. Die Reactionen des Liquors bei Meningitis serosa sind ganz und gar andere. Diese Reaction könnte, wenn ihr stetes Fehlen bei Meningitis serosa noch weiter bestätigt werden sollte, doch zu einem äusserst wichtigen diff.-diagnostischen Hilfsmittel in den äusserst schwierigen Verhältnissen werden, die bei der Diagnose der Rückenmarkstumoren obwalten. Und so ist der Untersuchung des Liquors m. E. noch so mancher Aufschluss in dunklen Verhältnissen vorbehalten. Ich meine, es ist die Pflicht der Dankbarkeit bei dieser Gelegenheit des Mannes zu gedenken, ohne dessen genialen Gedanken, die Cerebrospinalflüssigkeit der Untersuchung zuzuführen, alle diese Dinge unmöglich geblieben wären.

Nach dieser Abschweifung kehren wir zu den merkwürdigen Zellen zurück. Ich übergab die Präparate unserem pathologischen Anatomen Herrn Dr. A. Bertels; er hat auch die Literatur genauer zusammengestellt. Es ergab sich, dass zu Ende des Jahres 1908 Stadelmann [10]) über einen ähnlichen Fall berichtete, in dem er im Lumbalpunctat dieselben grossen Zellen fand; die Beschreibung stimmt zu meinen Zellen sehr gut. Er diagnosticierte eine „Meningitis carcinomatosa", ich habe denselben Ausdruck gebraucht, doch Meningitis in Anführungszeichen gestellt, denn um eine Meningitis handelt es sich eigentlich nicht; es ist eine Infiltration des Arachnoidalraumes. Wie diese zustande kommt, muss die Zukunft lehren. Stadelmann hatte auch bei Lebzeiten ein Magencarcinom diagnosticieren können und beides bestätigte sich bei der Section. Es fand sich (Section Prosector Dr. Pick) ein Medullarcarcinom des Magens, Metastasen in Drüsen, Pleura, Lungen und neben eitriger Meningitis „eine zweifellose, allerdings wenig ausgedehnte und schwer aufzufindende Meningitis carcinomatosa im linken Cerebellum; die Zellen in den Meningen waren dieselben, wie im Punctat". Dieser Fall unterscheidet sich nicht unerheblich von dem meinigen; die ganze makroskopisch sichtbare Veränderung der Meninx in meinem Fall erwies sich mikroskopisch als von dem carcinomatösen Process herrührend; im Stadelmannschen war der Befund einer „Meningitis carcinomatosa» ein Nebenbefund und schwer auffindbar. Stadelmann berichtet über einen zweiten Fall, in dem in vivo im Punctat derselbe positive Befund erhoben worden ist — den Fall Kroenigs; doch ist über Section nichts gesagt. Ferner berichtet Stadelmann über 3 weitere Fälle, die ähnliche Symptomenbilder darboten, und wo bei der Section Carcinom gefunden wurde, bei denen aber die Untersuchung des Lumbalpunctats ein negatives war. Nehme ich meinen Fall hinzu, so stehen 3 positiven Fällen 3 negative Fälle entgegen; in der Hälfte der Fälle sind also bisher die grossen Zellen gefunden worden!

College Bertels hat in der Literatur 9 Fälle finden können, die ähnliche Erscheinungen gezeigt haben; bei 7 handelte es sich um Magencarcinome, beim achten lag ein „Cylindercarcinom" der Lungen vor, und als Unicum bleibt der Nonnesche Fall bestehen, der eine primäre Sarcomatose der weichen Hirnhäute darstellte, makroskopisch aber einen fast absolut negativen Befund darbot, und in dem erst die mikroskopische Untersuchung die Veränderung erkennen liess.

Es ist sehr zu bedauern, dass die ganze Section in meinem Fall nicht gestattet wurde; die Frage, ob es sich um eine secundäre oder primäre Carcinose der weichen Hirnhaut gehandelt hat, muss somit unentschieden bleiben. Die in vivo beobachteten Erscheinungen: das Erbrechen, die in Moskau constatierte Achylie sind schwer in die Wagschale fallend für ein primäres Ma-

[6]) St. Petersburger Med. Wochenschrift 1910, Nr. 19.
[7]) Deutsche Med. Wochenschrift. 1910. Nr. 39, pag. 1800 und 1801.
[8]) Deutsche Med. Wochenschrift 1909. Nr. 44, pag. 1908.
[9]) Verhandlungen der Gesellsch. Deutscher Nervenärzte. Heidelberg. 1908, pag. 58.

[10]) Berliner klin. Wochenschrift. 1908. pag. 2262.

gencarcinom, und der Umstand, dass von 9 Fällen ähnlicher Befunde in cerebro 7 bei Magencarcinomen beobachtet worden sind, spricht gewiss dafür, dass es sich in meinem Fall um eine secundäre Veränderung der Meningen gehandelt habe. Aber das bei Lebzeiten auftretende Erbrechen trat verbunden mit Kopfschmerzen auf, nur anfallsweise und auch nur nach stärkeren Gemütsbewegungen! Der Befund am Magen war bei Lebzeiten ein normaler, auch der Allgemeinzustand ein guter und in keiner Weise auf ein malignes Magenleiden hinweisender; aber der Kranke hätte nach der Anamnese schon ein Jahr lang am Magenkrebs gelitten haben müssen! — Diese Frage muss unentschieden bleiben! — College Bertels hat die Neubildung der Meningen für ein diffuses Blastom ohne Stützgewebe angesehen. Das diffuse Auftreten ohne Tumorbildung dürfe nicht irre führen, denn nur durch die mikroskopische Untersuchung nachweisbare Blastome seien auch anderweitig beobachtet worden; so habe er selbst eine ähnliche Beobachtung am Peritoneum gemacht; die Veränderungen am Peritoneum sähen makroskopisch einer diffusen chronischen adhäsiven Peritonitis vollkommen ähnlich, und erst die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass den peritonitischen Adhäsionen Krebsalveolen eingelagert waren, ausgehend von einem Gallenblasencarcinom; Orth habe Aehnliches beobachtet. (Spec. path. Anatomie 1887. Bd. 1. S. 1011). In den Meningen käme es nun zu ähnlichen Veränderungen; zunächst 4 Fälle von Seifert[11]), in denen sich nach primärem Lungencarcinom metastatische Tumoren im Gehirn und Rückenmark entwickelt hatten, von denen dann die Meningen direkt per contiguitatem inficiert worden seien. Auch hier war die Veränderung der Meningen erst mikroskopisch entdeckt worden. Ohne deutliche Tumorbildung gebe es die oben erwähnten 9 Fälle (der 8. Fall = der Stadelmannsche, 9. Fall Krönig). In diesen Fällen sei die Diagnose nie gestellt worden.

In dem ältesten Fall von Ewerth[12]) wurde die Kranke in die Irrenanstalt übergeführt, von dort in die Med. Klinik; erst 14 Tage vor dem Tode traten Herdsymptome auf (Strabismus). Section: Arachnoidea der Basis milchig getrübt; an den Sylvischen Lappen hirsekorn- bis linsengrosse Knötchen; mikrosk.: Epithelwucherung der Arachnoidea, die sich längs den Gefässen 1 cm. weit in das Innere des Hirns fortsetzt; obige Knötchen erweisen sich als zerfallene, verfettete Haufen von neugebildeten Epithelien; Ewerths Kranke litt auch an einem Cylinderzellencarcinom der Lungen, so dass wohl der Process in cerebro auch als metastatischer angesehen werden muss. (cf. Benda).

Der 2. Fall ist der von Lilienfeld und Benda[13]) Klinische Diagnose: Hysterie, die Magensymptome werden auch als hysterische angesprochen; Section: Magencarcinom; Meningen makroskopisch: das Bild einer frischen Entzündung; an den Nerven Geschwulstknoten; mikrosk.: gleichmässige Infiltration der Arachnoidea mit Epithelzellen. Benda fasst die Veränderung als metastatische auf.

Der 3. Fall ist der Nonnesche[14]). Anfangs hat man auch hier an Hysterie gedacht. Nonne hat dann später die Diagnose auf einen Tumor in cerebro gestellt mit Metastasen im Rückenmark. Die Section habe ich schon oben erwähnt, wohl der einzige Fall primärer Sarcomatose der Meningen. Die Untersuchung des Lumbalpunktats ergab keine Anhaltspunkte.

4. Fall: Westenhöfers[15]) Kranker, der mit Verdacht auf Typhus der Charité übergeben wird, stirbt nach 2 Tagen; Section makrosk.: Pachymeningitis hämorrhagica fibrino-purulenta; mikrosk.: Infiltration der Lymphspalten und Capillaren der Dura mit Carcinomzellen, primäres Magencarcinom; also auch die Dura kann secundär erkranken. Es folgen (5 und 6) 2 Fälle von Scholz[16]), gleichfalls primäre Magencarcinome. Makroskopisch: Leptomeningitis, mikrosk.: «Infiltration der Piamaschenräume mit entschieden epithelialen Elementen; im ersten Falle ist aber stellenweise ein gerüstartiges Bindegewebe zwischen den teilweise in doppelten und mehrfachen Reihen angeordneten Zellen zu sehen». Diagnose in vivo: Meningitisähnliches Symptomenbild.

7) Marchand[17]). Klin. Diagnose: Magencarcinom und Tumor in cerebro; Section: Magencarcinom, in cerebro aber kein Tumor, sondern nur eine leichte Trübung der weichen Hirnhäute an der Basis, die von weisslichen Flöckchen in den subarachnoidalen Räumen herzurühren schien. An der unteren Fläche des Chiasma eine etwa linsengrosse, etwas unregelmässig abgegrenzte Masse, zum Teil unter der Arachnoidea verschieblich; ähnliche Gebilde auch an anderen Stellen. Mikrosk. erweisen sich alle diese weisslichen Trübungen als aus «dichtgedrängten kugligen, gequollenen Zellen bestehend, mit grossen Kernen und durchsichtigen hellen Zellkörpern, von derselben Beschaffenheit, wie die gequollenen Zellen des gallertartigen Teils des Carcinoms». Die Beschreibung dieser Zellen passt am ehesten auf die von mir und Stadelmann beobachteten.

Der 8. Fall ist der Stadelmanns, der 9. der Krönigsche, bei dem über eine Section nichts gesagt ist, er war zur Zeit der Stadelmannschen Veröffentlichung noch nicht publiciert; als 10. reiht sich dann meiner an diese kleine Zahl von Fällen an!

Ob diese Zustände wirklich so selten sind, wird wohl die nächste Zukunft entscheiden; cerebrale Symptome sind bei Carcinom keine grosse Seltenheit. Oppenheim[18]) hat auf dieses Vorkommen hingewiesen und zwar bei Fällen ohne anatomisch nachweisbaren Befund im Gehirn. Nach ihm sind mehrere Arbeiten erschienen, die letzte (?) von Hochhaus[19]). Oppenheim ist geneigt, diese cerebralen Symptome einer Toxinwirkung des Carcinoms zur Last zu legen. Solche Toxinwirkungen gibt es sicher; so sind wohl auch die Polyneuritis beim Carcinom und die Fälle von Neuralgien zu erklären.— Die obigen 10 Fälle zeigen aber wohl, dass in Fällen, in welchen es sich um anscheinende „cerebrale Symptome ohne anatomischen Befund" handelt, sich durch eine sehr genaue mikroskopische Untersuchung doch noch eine Veränderung wird nachweisen lassen; makroskopisch ist der Befund in der Regel ein negativer!

Wenn ich mir zum Schluss noch einige Bemerkungen über die Zellen selbst erlauben darf, so möchte ich hervorheben, dass sie sich von den jetzt bekannten Zellen, die man im Liquor gefunden hat, grell unterscheiden. Schon ihre Zahl ist massgebend. Wenn Sie, m. H., die wunderschöne Tafel von Alzheimer[20]) betrachten wollen, die der Rehmschen Arbeit über die Cerebrospinalflüssigkeit beigegeben ist, so sehen Sie auf derselben alle Zellen, die bisher im Liquor beobachtet worden sind, in vollendeter Form vorgeführt. Sie sehen auch hier grosse, sehr grosse Zellen, auch Zelleinschlüsse, eine Zelle in der anderen, mehrere kleine Zellen in einer grossen. Sie ähneln aber alle nicht denen meiner Präparate; das Charakteristische sind neben ihrer Grösse die grossen Kerne, die sich stark färben und oft wandständig sind, wodurch die Siegelringform zustande kommt. In jedem Präparat sind aber besonders grosse Zellen zu finden, die mehrere Kerne enthalten, bis zu 7; andere von diesen besonders grossen Zellen enthalten 2 siegelringförmige Zellen in einander und ausserdem noch 2 oder 3 Kerne. Solche Zellen finden sich auf der Alzheimerschen Tafel nicht.

[11]) Münch. Med. Wochenschrift. 1902, pag. 826.
[12]) Virchows Arch. 49. 1870.
[13]) Berl. klin. Wochenschrift 1901. pag. 729.
[14]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde XXI. 5. u. 6. Heft. 1902.
[15]) Deutsche Med. Woch. 1903. Vereinsbeitrag.
[16]) Wiener klin. Woch. 1905. pag. 1231.
[17]) Münch. Med. Wochenschrift. 1907. pag. 637.
[18]) Charitéannalen. Bd. 13.
[19]) Deutsche Med. Woch. 1908. pag. 1657.
[20]) Ich habe in Königsberg dieselbe in vergrössertem Massstabe demonstriert.

Bücherbesprechungen.

Dr. Bachmann. Ernährung und Körperbeschaffenheit (Beiträge zum Constitutionsbegriff). München 1908. Verlag der ärztlichen Rundschau. (Otto Gmelin). 29 Seiten. Preis M. 0.75.

In diesem Beitrag zur Ernährungsfrage geht Verf. von seinen Beobachtungen über erworbene habituelle Constitutionsfehler der Bevölkerung Hamburgs und seiner Vororte aus. Nicht nur somatische, sondern auch psychologische Erscheinungen werden festgestellt, durch die sich die Stadtbevölkerung von der Landbevölkerung unterscheidet und die der Verf. als Folgezustand einer Uebernährung mit eiweissreicher Kost, besonders Fleischnahrung, betrachtet. Es ist eine populär gehaltene, leicht lesbare Agitationschrift.

Holzinger.

Armin Steyerthal. Was ist Hysterie? Eine nosologische Betrachtung. Halle a. S. 1908. Carl Marholds Verlagsbuchhandlung. 79 Seiten 8°.

Die Geschichte des Begriffes «Hysterie» verfolgend, von den ältesten Zeiten bis auf die Gegenwart und die Hauptetappen seiner Wandlungen markierend, kommt Verf. zu folgendem Schluss: «Eine selbstständige, einige und unheilbare Krankheit „die Hysterie" gibt es nicht, es gibt nur einen „hysterischen Symptomencomplex", auch genannt „hysterische Stigmata". Diese Symptome sind Ermüdungs- und Erschöpfungszeichen, ihr Vorkommen bei den verschiedensten somatischen und psychischen Affectionen ist leicht erklärlich, um nicht zu sagen selbstverständlich. Nichts ist natürlicher, als dass sich ein Schwächezustand auf körperlichem oder geistigem Gebiete durch Erschöpfungssymptome manifestiert: sie sind gewissermassen das Exanthem der Schwäche. Mithin ist das, was wir Hysterie nennen, eine aus den verschiedensten pathologischen Gebieten künstlich zusammengesetzte Gruppe von Krankheitstypen, die nichts miteinander gemeinsam haben als eben jene Stigmata.

Die geistreiche und glänzende Beweisführung dieser Behauptung wird sachlich kaum angefochten werden können, ob sie aber zu praktischen Folgen führen wird, wenigstens in absehbarer Zeit, scheint fraglich zu sein. Sicher ist wohl auch, dass Verf. dem Wesen nach Gedanken formuliert, die vielen vorgeschwebt haben. Ja, der Leser gewinnt fast den Eindruck, als wolle der Verf. offene Türen einrennen, so nahe liegt der ausgesprochene Gedanke, und doch muss zugegeben werden, dass er zum ersten Male ausgesprochen worden ist. Was hilft es aber, wenn wir ein Unbekanntes durch ein anderes ersetzen?

Holzinger.

Prof. Georg Sticker. Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre. I. Band: Die Pest. Erster Teil: Die Geschichte der Pest. Mit einer Beilage von 12 Karten. Giessen. 1908. Verlag von A. Töpelmann (vormals J. Ricker).

Infolge von äusseren Umständen erscheint die Besprechung dieses vortrefflichen Werkes leider später als beabsichtigt war, doch dürfte es nie zu spät sein, auf die Vorzüge eines Buches hinzuweisen, das lange noch nicht die Verbreitung in ärztlichen Kreisen gefunden, die es hätte finden müssen, damit die Principien der Seuchengeschichte und der aus ihr zu ziehenden Lehren Allgemeingut der Aerzte würden.

Der Verfasser entrollt vor uns eine historische Darstellung aller Pestepidemien, angefangen von dem Jahre 1320 vor Chr. bis auf die Jetztzeit.

Der reiche Inhalt des über 400 Seiten starken Buches lässt sich auch in Kürze nicht wiedergeben. Er zeugt von einer erstaunlichen Belesenheit des Verf., der es verstanden hat, den spröden Stoff, die sich vielfach wiederholenden Begebenheiten, in einer so fesselnden Form zur Darstellung zu bringen, dass die Schilderung der zahllosen Pestgänge auf den Leser nicht ermüdend wird, vielmehr verfolgt er mit Interesse die stetige Wiederkehr der Epidemie, die, wenn auch in ihren Erscheinungsformen immer die gleiche bleibt, doch durch den Ort, wo sie auftritt, das Volk, das sie befällt, und die jeweilige Culturepoche ein charakteristisches Gepräge erhält. Dabei kann man auch hier, wie sonst in der Culturgeschichte die Beobachtung machen, dass Völker, die räumlich und zeitlich weit von einander getrennt sind, häufig ähnliche Sagen, Sitten, Gebräuche aufweisen und in ihrem Verhalten gegenüber Seuchen und anderen Naturereignissen manche Aehnlichkeit darbieten. Wie im Jahre 542 in Byzanz, so wird 1092 in Russland die Epidemie in der Weise geschildert, dass Gespenster in menschlicher Gestalt den Leuten einen Stoss oder Hieb versetzten, worauf diese an der verderblichen Seuche erkrankten. Auch die kindliche Auffassung, dass die Seuche von der erzürnten Gottheit über das Volk geschickt wird, findet sich von Homer angefangen bis auf die Neuzeit, und dem entsprechend ist auch das Heilmittel dasselbe: Anrufung und Beschwörung der Gottheit, kirchliche Processionen, Erbauung von Kirchen und dergl. Aber auch die nüchterne Beobachtung der Krankheit und ihrer Erscheinungsform beginnt früh, und schon im VI. Jahrhundert p. Chr. wird die Beobachtung gemacht, dass die Berührung der Kranken an und für sich durchaus nicht immer zur Erkrankung führt.

Der Zusammenhang zwischen einem Massensterben der Ratten und der Menschenpest war schon längst vielen Beobachtern—Aerzten und Laien—aufgefallen. Schon Avicenna wies auf diese Erscheinung hin. Die Nomaden der Mongolei wissen von altersher, dass es eine Krankheit der Tarabagane (Murmeltiere) gibt, die sie für den Menschen nicht nur ungeniessbar macht, sondern sogar direct eine tötliche Erkrankung mit Drüsengeschwülsten zur Folge hat. Ebenso wurde die Zunahme des Ungeziefers, namentlich der Flöhe während der Pestepidemie schon längst beobachtet.

Auch die Abwehrsmassregeln gegen die Pest reichen weit zurück. Während der Epidemie des schwarzen Todes (1347—1352) waren Sperren in Italien schon gebräuchlich, 1538 wurden Leute, die aus pestverdächtigen Orten nach Venetien kamen, an der Grenze 40 Tage im Lazarett gehalten, ehe sie eine Stadt betreten durften; aus dem Jahre 1540 stammt die erste «Infectionsordnung» der Stadt Wien.

Wenn auch die Entscheidung inbetreff der ältesten Seuchengänge nicht immer sicher zu treffen ist, ob es sich um Pest oder eine andere Infectionskrankheit (Flecktyphus, Pocken) gehandelt hat, so gibt es doch vielfach so charakteristische Schilderungen der Seuche aus ältesten Zeiten, dass wir nachträglich die Diagnose auf Pest mit grösster Wahrscheinlichkeit stellen können. In der Einleitung weist Verf. darauf hin, dass wenn wir von einer Seuche lesen, dass sie die Mehrzahl der Bevölkerung wahllos befiel, mit ausserordentlicher Sterblichkeit einherging, dass die Menschen entsetzt vor ihr flohen, dass die Krankeit sich mit Drüsenbeulen charakterisierte, wir mit Sicherheit schliessen können, dass es Pest war. Wir würden noch hinzufügen: wenn dabei berichtet wird, dass viele Menschen an Husten mit blutigem Auswurf litten und in 2—3 Tagen starben (wie es häufig in den russischen Chroniken heisst).

Nachdem Verf. die 16 Perioden der Pest ausführlich geschildert, fasst er in einem Schlusscapitel unter dem Titel «der Ursprung und die Entwickelung der Pest. Ein Naturbild» die Ergebnisse der Pestgeschichte und Pestforschung zusammen. Dieses glänzend geschriebene Capitel, in welchem sich der Autor als ein Meister des Stils erweist, führt uns in überaus lebhafter Weise das ganze Drama der Pest vor Augen, wie es sich im Laufe der Jahrtausende abspielt — in beständiger Wechselbeziehung der Infection zwischen Nagetieren, Ungeziefer und Menschen, bis auf die neuste Zeit den vielfachen Abwehrbestrebungen Trotz bietend, bis die auf die Bekämpfung der Seuche gerichtete Geistesarbeit des Menschen nach vielen Irrgängen schliesslich die höchst einfachen Verhältnisse in der Natur erkennt und dadurch auch den Weg zur Vermeidung der Gefahr findet, der in dem einen Wort «Reinlichkeit» ausgedrückt wird.

Das Buch Prof. Stickers ist in der medicinischen Fachpresse schon vielfach lobend erwähnt worden, auch wir heben seine Vorzüge rühmend hervor, es sei aber gestattet, auf einige Fehler hinzuweisen, und zwar nur zu dem Zweck, dass sie in einer neuen Auflage vermieden werden, damit an dem Werke nichts auszusetzen wäre. Obgleich Verfasser bei der Schilderung der Pestepidemien in Russland meist auf mein Buch hinweist, findet sich (S. 71) in der Beschreibung der Epidemie des schwarzen Todes in Russland im Jahre 1352 derselbe Fehler, den schon Haeser gemacht und auf den ich in meinem Buch ausdrücklich hingewiesen. Es heisst nämlich: «Von Moskau verbreitete sich die Pest südwärts bis zur Donaumündung, bis Odessa und den Don entlang nach Südrussland»... Odessa wurde erst 1794 von Katharina II. gegründet und das Land (Gouv. Cherson), wo jetzt Odessa steht, gehörte damals ebenso wenig wie das Donau- und Dongebiet zu Russland. Auf S. 211 heisst es «Perekop am toten Meere». Das ist ein Irrtum: Perekop heisst die Landenge, die die Halbinsel Krim mit dem Festlande verbindet. Die Angabe, dass 1722 in Moskau eine Pestepidemie war, ist nicht richtig, dasselbe gilt für die Angabe einer Pest in Odessa im Jahre 1866. Kolobowka, wo die Pest 1899 herrschte, liegt nicht im Gouvernement Ssamara, sondern im Gouvernement Astrachan. Dies ist insofern von wesentlicher Bedeutung, als in diesem letzteren Gouvernement wahrscheinlich endemische Pestherde bestehen, durch die sich die so häufigen Pestausbrüche erklären lassen, während das Gouv. Ssamara immer pestfrei gewesen ist. Die vielfach fehlerhaft angegebenen russischen Namen und Ortsbezeichnungen hier aufzuzählen, würde zu weit führen. Es ist nur zu bedauern, dass sie sich in einem so vorzüglichen Buch neben vielen anderen Druck-

fehlern nicht vermeiden liessen. Eine sehr wertvolle Beigabe bilden die 12 Karten, auf welchen die endemischen Pestherde, die Pestgänge, die Seequarantäneplätze und die Pestcordons anschaulich wiedergegeben sind.

F. Dörbeck.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 16. November.

Vorsitzender: Prof. Tiling. Secretär Fuhrmann.

1) Wanach demonstriert einen Patienten und berichtet über die freie Knochentransplantation.

Nach einem kurzen Ueberblick über die Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Ersatz von Knochendefecten, besonders von der Knochentransplantation, demonstriert Wanach eine Patientin, bei der er mit sehr gutem Erfolg die freie Transplantation einer mit Periost gedeckten der Tibia entnommenen Knochenspange in einem ca. 12 cm. grossen Defect der Ulna ausgeführt hat. Der Kranken war nach ihrer Angabe vor ca. 1/2 Jahr eine Geschwulst der rechten Ulna operativ entfernt worden; welcher Art die Geschwulst war, konnte nicht festgestellt werden. An der Operationsstelle war ein Defect nachgeblieben, der zu Functionsstörung des Armes Anlass gab. Bei der Operation am 1. IX 1910 fand W. einen Defect der Ulna von ca. 2 cm. Länge. Die atrophischen, zugespitzten Knochenenden waren von einem Gewebe bedeckt, dessen makroskopisches Aussehen ein Recidiv einer etwaigen bösartigen Neubildung nicht ausschliessen liess. Daher resecierte W. den Knochen samt Periost im Gesunden, wodurch der Defect bis auf 12 cm. vergrössert wurde. Sodann wurde der vorderen Tibiakante eine mit Periost bedeckte Spange entnommen und beiderseits mit den zugespitzten Enden in die Markhöhle der beiden Ulnafragmente hinein getrieben, die Wunde genäht. Heilung per primam. Jetzt ist der transplantierte Knochen fest eingewachsen, die Function des Armes normal. Auf der letzten Röntgenaufnahme ist deutlich zu sehen, wie sich von seiten des Periostes der transplantierten Knochenspange Knochencallus bildet.

In einem zweiten Fall hat W. versucht, durch freie Knochentransplantation (Bolzung) eine Pseudarthrose des Femur, die erfolglos genäht worden war, zur Heilung zu bringen. Der Fall ist noch nicht abgeschlossen, es besteht noch (2 1/2 Monate nach der Operation) geringe Beweglichkeit an der Fracturstelle.

(Autoreferat).

Discussion.

Hesse: Im Obuchowkrankenhaus für Männer wurde in den letzten beiden Jahren an 9 Fällen die freie Knochenplastik ausgeführt. Die Hauptindication bildeten Pseudarthrosen nach Fracturen, und zwar in erster Linie solche des Oberschenkels, seltener des Oberarmes und der Tibia.

Das transplantierte Knochenstück wurde in allen Fällen mitsamt dem Periost der Tibia entnommen. In den meisten Fällen handelte es sich um die autoplastische Methode, in einem Fall jedoch wurde heteroplastisch vorgegangen.

Die bei uns beobachteten Resultate waren im allgemeinen gut. Die Consolidation trat im allgemeinen im Verlauf von 2—4 Monaten auf und nur in einem einzigen Fall kam eine solche wegen Vereiterung nicht zustande. Ferner wurde in einem Fall von Oberarmpseudarthrose nach Zermalmung des Ober- und Unterarmes mit primärer Zerstörung von Nerven und Muskeln ein functionell nur relativ gutes Resultat erlangt. Es gelang zwar eine Consolidation am Oberarm herbeizuführen, von einer Bolzung am Unterarm musste aber wegen der weitgehenden Zerstörung Abstand genommen werden. Mit einer Prothese konnte Pat. nur relativ arbeitsfähig entlassen werden.

Wanach hat in der letzten Zeit die einschlägige Casuistik durchgesehen und Fälle beschrieben gefunden, wo trotz Sequesterbildung doch Consolidation eintrat.

2. Dobbert. Die vaginalen Operationsmethoden in der Gynäkologie.

An der Hand des Materials der gynäkologischen Abteilung des Alexandrastifts (1171 abdominale und vaginale Eröffnungen der Bauchhöhle mit einer Gesamtmortalität von 2,9 pCt.) sucht Vortr. nachzuweisen, dass nur durch rationelles Hand in Hand gehen der abdominalen und vaginalen Operationsmethoden es möglich ist, die Mortalität nach Eröffnung der Bauchhöhle auf ein Minimum herabzusetzen, und dass durch Erweiterung der Indicationen für die vaginalen Methoden allein dieses Ziel nicht zu erreichen ist. (Erscheint im Druck).

Hesse: Zur Frage der röntgenologischen Differentialdiagnose der Nierendystopien.

Nach kurzer Besprechung der Pathogenese und Differentialdiagnose dieser Erkrankung und Schilderung der Untersuchungstechnik Bericht über 4 in dieses diagnostische Gebiet gehörige Fälle, von welchen 2 intra vitam als angeborene Nierendystopien angesprochen wurden. In diesen beiden Fällen konnte in der Höhe der Synchondrosis sacro-iliaca ein faustgrosser Tumor palpiert werden. Der bis zum Nierenbecken eingeführte Mandrin resp. das eingespritzte Collargol konnten röntgenographisch in der Höhe des Tumors gesichtet werden. Die auf Grund dieses Befundes gestellte Diagnose Nierendystopie konnte durch die Autopsie der an intercurrenten Erkrankungen gestorbenen Patienten bestätigt werden. In den beiden anderen Fällen waren gleichfalls faustgrosse Tumoren über der Synchondrosis sacro-iliaca palpierbar, die klinisch den Eindruck einer dislocierten Niere erweckten. Der in das Nierenbecken eingeführte Mandrin war jedoch in beiden Fällen röntgenographisch in normaler Höhe, in der Gegend der XII Rippe sichtbar und die betreffenden Tumoren mussten dem Darmsystem zugesprochen werden. Die bald darauf vorgenommene Operation bestätigte die Annahme. In einem Falle wurde ein Carcinom des ptotischen Magens, im anderen ein Tumor des Colon descendens gefunden.

Im Anschluss an diese Fälle bespricht der Vortr. die Vorzüge der röntgenographischen Untersuchung im Verhältnis zu anderen Methoden, welche die Diagnose einer Nierendystopie nicht mit absoluter Sicherheit ermöglichen.

(Autoreferat).

Westphalen: Nicht jedem Arzt steht ein Röntgencabinett zur Verfügung, es gibt aber eine Methode, eine Nierenverlagerung zu diagnosticieren, die vom Vortragenden nicht genannt worden ist: es ist die Schreibersche Methode der Nierenpalpation. Der fragliche Tumor wird durch 3 Minuten stark comprimiert, handelt es sich um die dislocierte Niere, so sind in dem bald nach Aufhebung der Compression entleerten Harn Albumin, Blutkörperchen und Cylinder nachzuweisen. Die Methode ist allerdings an sich etwas lästig und könnte allerdings unter Umständen auch recht schmerzhaft werden, wenn im Nierenbecken Steine vorhanden sind. Westphalen hat diese Methode in 2 Fällen zur Klärung der Diagnose verholfen.

Kreps hat in einem Falle die Diagnose einer Dislocation der Niere ohne Mandrin im Katheter und ohne Collargol stellen können. Bei der Katheterisation des Harnleiters pflegt der Harn tropfenweis zu fliessen, solange der Katheter sich im Ureter befindet, dringt er ins Nierenbecken ein, so fliesst der Harn sofort in einem Strahl. In dem erwähnten Fall nun wurde die Diagnose gestellt auf Grund des sehr frühen Eintretens des Strahls bei dem Einführen des Katheters.

Hesse hat auch einmal die Schreibersche Probe mit Erfolg ausgeführt.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 7. October 1910.

Präses: Dr. Falk. Secretär: Dr. Brehm.

1. Falk referiert über die Vorträge und Discussionen auf der diesjährigen Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher in Königsberg über das Thema: das Präparat Ehrlich-Hata 606.

Discussion:

Zoepffel weist darauf hin, dass ein Mitglied der Libauer Aerztegesellschaft, Dr. Haensell es gewesen sei, dem es zuerst gelang, mit Erfolg Syphilis auf Tiere zu verimpfen. Lange bevor Metschnikoff beim Affen Syphilis erzeugte, hatte schon Haensell syphilitische Veränderungen in der vorderen Augenkammer des Kaninchens durch Impfung erzielt und verdient dadurch auch in dieser Frage eine bedeutungsvolle Stellung. Leider ist dieses grosse Verdienst Haensells ganz in Vergessenheit geraten, nur Neisser citiert ihn. Hinsichtlich der Technik der Injection wird vielfach noch sehr geklagt, da sehr heftige Schmerzen ausgelöst werden, welche zum Teil den nicht neutralen Eigenschaften des Präparats zur Last gelegt werden. Auch Vergiftungen sind beobachtet worden, die allerdings von anderen Autoren nicht auf das Präparat als solches, sondern auf den Zusatz von Methylalcohol bezogen werden. Alles in allem sei es jedenfalls ratsam, die Patienten einstweilen vor der Cur zu warnen und die enthusiastischen Erwartungen des Laienpublicums etwas zu dämpfen, denn für die allgemeine weite

Anwendung sei das Mittel doch noch nicht reif, eine gründliche, dauernde klinische Erfahrung fehlt noch, wir wissen noch nichts über die Häufigkeit und Natur der Recidive, über die Dauerwirkung hinsichtlich der metasyphilitischen Erkrankungen; die geradezu verblüffenden schnellen Heilerfolge dürfen uns nicht blenden.

Alksne referiert über einen Fall, welcher nach anfänglich eingeleiteter Hg-Cur sich der Ehrlich-Hata-Cur bei Wechselmann-Berlin unterzog und sich dann hier in Libau nachbehandeln liess. Die Injectionen schilderte er als äusserst schmerzhaft. sie riefen hohes Fieber hervor, so dass Pat. 2 Wochen ganz zu Bett liegen musste. Zwischen den Schulterblättern fand sich eine faustgrosse, fluctuierende Intumescenz. Auf den Rat Wechselmanns hin wurde dieselbe punctiert und 3 mal ca. 20—30 ccm. einer bernsteinähnlichen Flüssigkeit entfernt, die anfangs klar, zum Schluss trübe abfloss, ohne dass die Schwellung sich dadurch im Wesentlichen geändert hätte. Dann stellten sich heftige neuralgieforme Schmerzen im Gebiete des Trigeminus, namentlich im Auge ein, die spontan wieder schwanden. Die Geschwulst machte schliesslich eine Incision notwendig, die einen eigentümlichen Befund ergab. Die ganze Operation war absolut schmerzlos, das Fett verflüssigt, die Fascie total nekrotisch, schwarz, wie verkohlt, der drunterliegende Muskel, gleichfalls ausgedehnt nekrotisiert, hatte das Aussehen gekochten Fleisches. Die ganze nekrotische Partie wurde excidiert, und die Excision nach einiger Zeit wiederholt, da nicht die geringste Heilungstendenz vorlag, auch jetzt sieht die Wunde immer noch torpide und schlecht aus. Diese eigentümliche Nekrose muss doch wohl dem Mittel zur Last gelegt werden. An den Vortragenden richtet A. die Frage, ob die Wirkung des Mittels als eine rein chemische aufzufassen sei oder auf der Bildung von Antikörpern im Blute beruhe.

Stender bemerkt zu dem Falle von Alksne, dass auf dem Congress in Königsberg Orth zwei Präparate von ähnlichen Fällen von Nekrose demonstriert habe, wobei Orth auch das Präparat 606 beschuldigen zu müssen glaubte Auch in den Fällen hatten sich an den Injectionsstellen handtellergrosse nekrotische Defecte gebildet. — Zur Frage der Injectionstechnik möchte er noch mitteilen, dass neuerdings in der Lassarschen Klinik ein besonderes Verfahren geübt werde, namentlich um die heftigen Schmerzen und sonstigen giftigen localen Erscheinungen zu umgehen. Es wird nicht das ganze Quantum des Mittels mit einem Mal injiciert, sondern man spritzt es zu 0,1 in einer Emulsion von Ol. olivarum in Pausen von 1 Woche mit der Recordspritze in die Glutäal- oder Rückenmuskulatur. Die Resultate wurden als sehr günstig bezeichnet. Das ganze klinische und ambulatorische Material an Syphilitikern der Lassarschen Klinik wird ausschliesslich mit Ehrlich-Hata 606 behandelt, weder Hg. nach Jodkali wird gebraucht, um ein möglichst einheitliches, klares Bild der Wirkung des neuen Mittels zu gewinnen.

Friedberg fragt, da ja die Syphilis der Säuglinge durch Injectionen an der Amme behandelt werde, ob diese Amme syphilitisch sein müsse, um durch Injectionen mit 606 das Kind günstig zu beeinflussen, oder ob es auch gesunden Ammen injiciert werde.

Zoepffel erwidert, dass man principiell syphilitische Kinder bei gesunden Ammen nicht anlege, um dieselben nicht zu inficieren; hinsichtlich der Mutter sei es jetzt bekannt, dass die frühere Annahme, eine Frau könne ein syphilitisches Kind gebären und selbst gesund bleiben, irrig ist, und zwar hat hier gerade die Wassermannsche Reaction Klarheit gebracht. Die Mütter syphilitischer Kinder reagieren durchweg stark positiv auf Wassermann, auch wenn sie keine syphilitischen Erscheinungen aufweisen.

Siebert teilt mit, dass erfahrungsgemäss solche scheinbar gesunde Mütter nicht selten von metasyphilitischen Erkrankungen befallen werden.

Brehm schliesst sich der Meinung Zoepffels an, dass man die Begeisterung des Congresses und die vielen günstigen Berichte einstweilen mit Vorsicht aufnehmen müsse; es sei ein Segen, dass das Präparat 606 noch nicht gleich der allgemeinen Experimentierlust aller Aerzte preisgegeben worden sei, wie z. B. vor 5 Jahren die Stauungsbehandlung nach Bier, die auch auf dem Congress 1906 fast nur Zustimmung, z. T. begeisterte Aufnahme fand und dann sofort von der ganzen Aerztewelt in weitester Ausdehnung geübt wurde, keineswegs immer zum besten der Kranken; die hochgespannten Erwartungen haben sich nicht erfüllt.

Falk gibt Zoepffel darin recht, dass der ungeduldige, unverständige Enthusiasmus des Publikums gedämpft werden solle, 606 sei durchaus nicht das Specificum par excellence. Buschke—Berlin und andere Autoren mahnten zu grosser Vorsicht. es kämen recht viele Versager vor; wo eben die Therapia sterilisans magna, d. d. die Abtötung aller Spirochäten misslingt, ist die ganze Cur als misslungen zu betrachten. Trotzdem war die allgemeine Stimmung auf dem Congress sehr günstig, und soviel steht doch fest, dass 606 zweifellos specifisch gegen Syphilis wirkt und zwar sehr energisch, dass es in dieser Hinsicht alle bisher bekannten Antisyphilitica übertrifft, wenigstens in der unmittelbaren Wirkung. Ehrlich selbst hält die ganze Frage für noch nicht abgeschlossen und stellt Verbesserungen und Vervollkommnungen in Aussicht. Die in der Lassarschen Klinik üblichen kleinen Dosen widersprechen eigentlich der Theorie der Therapia sterilisans magna, deren Zweck es ja gerade ist, mit einem Schlage alle Spirochäten abzutöten. — Die Frage Alksnes möchte er dahin beantworten, dass die Wirkung von 606 in erster Linie als eine chemische zu denken sei, das Mittel werde in den sog. Chemiceptoren der Zellen verankert und entfalte so seine Wirkung, immerhin sei es wahrscheinlich, dass sich auch Antikörper im Serum bilden.

D. Z. Secretär: Dr. Brehm.

Protocolle des XXI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden.

Vom 28.—30. August 1910.

I. Sitzung

am Sonnabend den 28. August 10 Uhr morgens.

1. Der XXI. livländische Aerztetag wird im Namen des Medicinalinspectors durch den Wendenschen Kreisarzt eröffnet.

2. Der Präses Dr. A. v. Bergmann begrüsst die versammelten Mitglieder des Aerztetages mit folgender Ansprache:

M. H. Zum 21. mal tritt der livl. Aerztetag zusammen, und dieses Mal sind wir, der freundlichen Einladung der Collegen folgend, nach Wenden gekommen, wo wir mehr als den 4. Teil aller unserer Tagungen abgehalten haben.

Es ist die Ansicht verlautbart worden, wir sollten die Aerztetage nur in Dorpat und Riga abhalten, wo die Möglichkeit geboten sei, ein grosses Material an Kranken und interessanten Präparaten vorzustellen.

Die Majorität der Collegen teilt diese Ansicht nicht, und ich glaube mit Recht. Gibt doch die kleine Stadt uns die grössere Musse, wichtige Fragen eingehender zu discutieren, und die bessere Möglichkeit, alte collegiale Beziehungen zu erneuern und neue zu knüpfen.

Wir durchleben eine wichtige Epoche in der Entwickelung unserer Wissenschaft. Die gewaltigen Umwälzungen, welche durch die Bakteriologie in den meisten Specialgebieten der Medicin hervorgerufen worden sind, die Ergebnisse der serologischen Forschungen, neue und neueste Errungenschaften auf therapeutischem Gebiet, welche glänzende Heilresultate in Aussicht stellen da, wo Jahrhunderte lang der Kampf nur mit teilweisem oder fraglichem Erfolg geführt worden ist. — Alles das fordert eifrige, stetige Arbeit von uns, um den Fortschritten der Wissenschaft folgen zu können und den Forderungen der neuen Zeit gegenüber nicht zurückbleiben zu dürfen. Aber die rasche Folge neuester Empfehlungen mahnt andererseits zu nüchterner Kritik. Was durch subtile und mühsame Arbeit experimentell und im Laboratorium gefunden worden, es bekommt seinen wahren Wert erst durch die Prüfung und Beobachtung am Krankenbett. Wollen wir es nicht vergessen, welche Meister in der Beobachtung, der Diagnose und der Prognose die Kliniker der alten Schule waren! Wenn wir es hier zu Lande wesentlich schwerer haben als die Collegen jenseit der Grenze, denen jede grössere Stadt in der Nähe die Möglichkeit bietet, durch Fortbildungscurse sich rasch über die neuesten Fortschritte orientieren zu können, so müssen unsere Aerztetage fortfahren — wie bisher — die Stätte zu sein, welche uns über die neuesten Errungenschaften Mitteilungen bringt und den Austausch gegenseitiger Erfahrungen vermittelt!

Lassen Sie mich hoffen, dass auch dieser Aerztetag sich würdig an die Reihe seiner Vorgänger anschliessen, dass ein jeder von uns Anregung und wissenschaftliche Auffrischung mit nach Hause nehmen möge!

In den seit unserer letzten Tagung verflossenen 2 Jahren hat im December 1908 der Secretär dem estländischen Aerztetage den Gruss unserer Gesellschaft überbracht.

Im vorigen Herbst fand der I. baltische Aerztecongress statt, auf dem unser Präsidium vollzählig vertreten war.

Der allgemein befriedigende Verlauf des Congresses bewies, dass das Bedürfnis vorhanden war, sectionsweise das aus unseren 3 Provinzen zusammengetragene wissenschaftliche Material zu bearbeiten.

Ein ständiges Büreau, dessen Director College v. Holst ist, hat seinen ständigen Sitz in Riga, es hat seine Aufgabe, die Arbeiten des Congresses gesichtet zur Veröffentlichung zu bringen, gelöst und leitet nun die Vorarbeiten für den 1912 in Reval stattfindenden Congress.

Der Wunsch, Dorpat oder Riga ein für allemal zum Sitz des Congresses zu bestimmen, wurde von der Majorität abgelehnt.

Im Mai dieses Jahres überbrachte ich dem in Libau tagenden kurl. Aerztetage den Gruss unserer Gesellschaft.

Schauen wir rückblickend auf die Lücken, die der Tod in unsere Reihen gerissen, so haben wir den Verlust von 6 Collegen zu beklagen: Am 5. Oct. 1908 starb Dr. Hugo Brehm, am 21. December 1908 starb Dr. Axel Kusmanow, der ein treuer Besucher unserer Aerztetage gewesen ist, den 1. Februar 1909 starb Dr. Karl Bock, am 22. April Prof. der Ophthalmologie Dr. Jewezki, am 26. Mai Dr. Leo Freiherr v. Osten-Sacken, am 14. Nov. Dr. Jean Faure, am 6. Februar 1910 wurde Dr. Johannes Kraunhals als ein Opfer seines Berufes vom Flecktyphus hingerafft.

3. Dr. Thomsen begrüsst den Aerztetag als Vertreter des estländischen Aerztevereins, Dr. Sadikoff übermittelt dem Aerztetage die Glückwünsche der kurländischen Aerztegesellschaft und der Präses verliest eine Reihe von Glückwunschtelegrammen.

4. Es wird der Beschluss gefasst, Professor Dr. K. Dehio, der durch Krankheit verhindert ist, am Aerztetage teilzunehmen, für seine Glückwunschdepesche sofort telegraphisch zu danken und ihm im Namen aller versammelten Aerzte baldige Genesung zu wünschen.

5. Bei der darauf stattfindenden Wahl werden Dr. A. v. Bergmann zum Präses, Prof. Dr. W. v. Zoege-Manteuffel zum Vicepräses, Dr. W. v. Holst zum I. Secretär per Acclamation wiedergewählt. An Stelle des abtretenden II. Secretärs Dr. E. Kroeger wird Dr. Th. Boettcher neugewählt.

Da der Kassaführer am Ort ansässig sein muss, wo der Aerztetag stattfindet und die Wahl des Ortes für den nächsten Aerztetag aus später zu erörternden Gründen noch nicht vollzogen werden kann, findet die Neuwahl des Kassaführers nicht statt. Zu Kassarevidenten werden Dr. H. Idelson und Dr. Etzold ernannt.

6. Der Secretär des Centralcomitees zur Gründung des Ernst von Bergmann-Denkmals Dr. Hohlbeck stattet Bericht über das Resultat der bisherigen Sammlungen ab.

Uebersicht der eingelaufenen Spenden für das E. v. Bergmann Denkmal.

Bis zum 28. VIII 1910 sind auf Conto des E. v B. Denkmals bei der Dorpater Bank eingezahlt worden	2196 Rbl. 95 Kop.
Ausgegeben wurden für den Druck der Aufrufe, diverse Vollmachten u. s. w.	112 » 11 »
Baarbestand	2084 Rbl. 84 Kop.

Die Spenden verteilen sich wie folgt:

	Rbl. Kop.
aus Livland (darunter aus Riga 709.90)	1145 95
aus Estland	150 —
» Kurland	107 —
» dem Inneren des Reichs (davon durch die Reichsrentei 408.76)	523 61
aus dem Ausland	219 02
an Zinsen	51 37

Aus Petersburg sind vom Comitee des E. v. Bergmann Stipendiums 2500 Rbl. in Wertpapieren dem Denkmals-Comitee angekündigt worden, falls die Errichtung des E. v. B. Denkmals in Angriff genommen wird. Die Zinsen dieses Capitals ab 1. III 1908 werden gleichfalls dem Denkmalfond zugewiesen.

(NB. Seit dem 28. VIII 1910 sind noch 1065 Rbl. an Spenden eingelaufen).

7. Prof. v. Zoege-Manteuffel fügt in Ergänzung dieser Mitteilungen folgendes hinzu: In Deutschland wäre man anfangs dem Denkmalsplan durchaus entgegengekommen, dann aber hatte man die Absicht verlautbart, in Deutschland selbst ein Denkmal für Ernst v. Bergmann zu errichten, und das Interesse für unseren Plan war dementsprechend erkaltet.

Zur Beteiligung an der Concurrenz hatten sich zwar Fräulein v. Rosenthal, Prof. Bernewitz und Weizenberg gemeldet und auch Dornbach unter speciellem Hinweis darauf, dass er Ernst v. Bergmanns Totenmaske abgenommen hätte. Im Sommer dieses Jahres war Professor Treu, Director des Dresdener Albertinums in Dorpat gewesen und war in der Denkmalfrage um sein Gutachten gebeten worden.

Sein Urteil ging dahin, dass man vor allem von jeder Concurrenz angesichts der geringen Mittel wegen deren Kostspieligkeit absehen solle. Dagegen wäre es das Zweckmässigste, sich an einen namhaften Künstler zu wenden, ihm die verfügbare Summe zu nennen und ihn zu fragen, was er dafür zu leisten geneigt sei. Als Bildhauer käme in diesem Fall an erster Stelle Prof. Hildebrandt in Betracht, da er als einziger Ernst von Bergmann zu dessen Lebzeiten modelliert hätte und als Ort für die Aufstellung des Denkmals wäre von Prof. Treu nach genauester Besichtigung aller Möglichkeiten eine Art Hain hinter der chirurgischen Klinik gebilligt worden.

Der Aerztetag fasst auf Grund dieser Mitteilungen den Beschluss, mit der Ausführung des Denkmals in der von Professor v. Zoege geschilderten Weise das Central-Comitee in Dorpat zu beauftragen und in der Voraussetzung, dass die zeitraubenden Arbeiten bis zum Herbst nächsten Jahres noch nicht beendigt sein dürften, wird als Termin für die Einweihung des Denkmals der XXIII. livl. Aerztetag im Jahre 1913 ins Auge gefasst, da 1912 der baltische Aerztecongress in Reval stattzufinden hat.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Zum Director des Evangelischen Hospitals ist Prof. Dr. Tiling ernannt.

Die Gesellschaft der Kinderärzte feierte am 15. (28) December ihr 25-jähriges Jubiläum. Aus diesem Anlass erwählte die Gesellschaft zu ihren Ehrenmitgliedern die Professoren Ehrlich, Baginsky, Ebstein, Czerny, J. Pawlow und A. Russow.

Der Director der Marien-Entbindungsanstalt Dr. Schmidt hat auf eigenes Ersuchen wegen Krankheit seinen Abschied erhalten.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 5. bis zum 11. Dec.	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie
St. Petersburg mit den Vorstädten	— (—)	4591 (1662)	7. Juni
Gouv. Podolien	4 (—)	1289 (586)	7. Juli
» Kiew	— (—)	4077 (1563)	3. Mai
» Perm	— (—)	745 (274)	3. Juni
» Orenburg	14 (5)	3355 (1635)	4. Juli
» Jekaterinoslaw	3 (—)	18894 (8704)	10. Jan.
Stadt Baku	— (—)	1300 (541)	4. Juni
Im Ganzen	21 (5)	34251 (14965)	

Die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle im ganzen Reich seit dem Beginn der Epidemie bis zum 11. December betrug 216051 (100953).

Nach längerer Pause fand am 12. December in St. Petersburg wieder eine Choleraerkrankung statt.

— Die Pest in Russland. Gouv. Astrachan. Kirgisensteppe. Im Dorfe Kolden (Kreis Narynsk) erkrankten vom 6. bis 13. December 8 Personen, starben 3. Im Dorfe Kolybai (Kreis Kamysch-Ssamarsk) erkrankten vom 10. bis 13. December 5 Personen, starb 1. Im Dorfe Scheschekti starstarben am 15. December 2 Personen. Im Dorfe Kossai erkrankten und starben am 17. December 2 Personen.—Gebiet der ostchinesischen Bahn. Im Laufe des 7. und 8. December erkrankten auf der Station Charbin 2 Personen, starb 1. Im Laufe des 10. und 11. December erkrankten daselbst 5, starben 4. Am 12.—13. December erkrankten daselbst 12, starben 6. Am 14.—15. December erkrankten daselbst 13, starben 18. In der Nähe der Station Loschayan — ausserhalb des Gebiets der russischen Eisenbahn — erkrankten und starben am 14. December 4 Personen.

Auf Anordnung des Chefs der Transkaukasischen Eisenbahnen werden vom 17. December an alle Züge, die von Batum und Baku nach Tiflis abgehen, auf den Abgangsstationen einer ärztlichen Untersuchung zwecks Vermeidung einer Verschleppung der Pest unterworfen.

— In der chinesischen Vorstadt Fudsjadjan bei Charbin sind vom 10. bis zum 15. December 78 Personen im Hospital und 34 auf der Strasse an der Pest gestorben.

— Hochschulnachrichten:

Dr. C. Biondi, Professor an der medicinischen Facultät zu Cagliari, ist zum Professor ernannt worden. — Dr. E. Emrys-Roberts ist zum Professor der Pathologie an dem University College of South Wales and Monmouthshire in Cardiff ernannt worden. Dr. Th. Beattie ist zum Professor der Therapie an der University of Durham College of Medicine in

Newcastle-upon-Tyne ernannt worden. Dr. A. I. Smith ist zum Professor der Tropenkrankheiten an der University of Pennsylvania in Philadelphia ernannt worden.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 28. Nov. bis zum 4. December 1910 427 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 32, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 0, Pocken 37, Windpocken 40, Masern 39, Scharlach 122, Diphtherie 70, Cholera 0, acut. Magen-Darmkatarrh 10, an anderen Infectionskrankheiten 75.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 788 + 35 Totgeborene + 65 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 9, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 11, Masern 8, Scharlach 23, Diphtherie 18, Keuchhusten 4, crupöse Pneumonie 43, katarrhalische Pneumonie 126, Erysipelas 6, Influenza 9, Hydrophobia 0, Pustula maligna 0, Pyämie und Septicaemie 8, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 2, Gastroent. epidem. 0, Cholera 1, Magen-Darmkatarrh 35, andere Magen- und Darmerkrankungen 26, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 45, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 264.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug am 4. Dec. 13955. Darunter Typhus abdominals 222, Typhus exanth. 9, Febris recurrens 3, Scharlach 353, Masern 52, Diphtherie 247, Pocken 118, Windpocken 7, Cholera 5, acut. Magen-Darmkatarrh 15, crupöse Pneumonie 160, Pustula maligna 1, Tuberculose 725, Influenza 210, Erysipel 139, Keuchhusten 17, Dysenterie 1, Hautkrankheiten 67, Lepra 0, Syphilis 595, venerische Krankheiten 375, acute Erkrankungen 2729, chronische Krankheiten 2235, chirurgische Krankheiten 1698, Geisteskrankheiten 3449, gynäkologische Krankheiten 351, Krankheiten des Wochenbetts 61, verschiedene andere Krankheiten 111.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) In St. Petersburg Dr. A. I. Jogiches. 2) In St. Petersburg die Aerztin P. N. Tarnowskaja, Witwe des Prof. W. M. Tarnowskij, bekannt durch ihre Arbeiten auf dem Gebiete der Anthropologie, approb. 1878. 3) In Kostroma Dr. N. P. Domaschew. 4) In Kabulety (bei Batum) die Aerztin N. M. Kostomarowa. 5) In Moskau Dr. E. A. Steshenski, geb. 1838, approb. 1860. 6) Dr. Ch. A. Herter, Professor der Therapie am College of Physicians and Surgeons in New-York. 7) Dr. G. Profeta, Professor der Dermatologie und Syphil. an der med. Facultät zu Genua.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 11. Jan. 1911.

Tagesordnung: Prof. Tiling. **Präsidialvortrag:** Ueber Narkose.

Geschäftliche Sitzung: Wahlen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1911.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Jan. 1911.

Tagesordnung: Lunin. Ueber die Heine-Medinsche Krankheit.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Determann. Die Viscosität des menschlichen Blutes. 1910. Bergmann. Wiesbaden.

Lehmann und Neumann. Atlas und Grundriss der Bakteriologie. I. Teil: Atlas. 1910. Lehmann. München.

Gehe. Codex der Bezeichnungen von Arzneimitteln, kosmetischen Präparaten und wichtigen technischen Producten. 1910. Gehe u. Co. Dresden.

E. Portner. Therapeutisches Taschenbuch der Harnkrankheiten. 1910. Fischer. Berlin.

Sommer. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. 1910. C. Marhold. Halle.

J. Bresler. Ausgewählte Kapitel der Verwaltung öffentlicher Irrenanstalten. 1910. C. Marhold. Halle.

A. Vossius. Besteht ein ätiologischer Zusammenhang zwischen parenchymatöser Keratitis und Verletzung. 1910. C. Marhold. Halle.

A. Schüle. Wesen und Behandlung der Achylia gastrica 1910. C. Marhold. Halle.

Wolf und Fleischer. Nova therapeutica. 1910. Braunbeck u. Gutenberg. Berlin.

F. Blumenfeld. Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen. 1910. C. Kabitzsch. Würzburg.

Mackenzie. Krankheitszeichen und ihre Auslegung. Uebersetzt und herausgegeben von E. und J. Müller. 1910. C. Kabitzsch. Würzburg.

v. Bruns. Deutsche Chirurgie. Lieferung 66. 2. Hälfte. 1910. Enke. Stuttgart.

A. Dietrich. Die Elemente des Herzmuskels. 1910. G. Fischer. Jena.

Wullstein u. Wilms. Lehrbuch der Chirurgie. I. Band. 1910. Fischer. Jena.

R. Zander. Aus Natur und Geisteswelt. Vom Nervensystem. 1910. B. Teubner. Leipzig.

H. Rosin. Herz, Blutgefässe und Blut und deren Erkrankungen. 1910. Teubner. Leipzig.

Heller, Schiller, Taube. Encyklopädisches Handbuch des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge. 1910. W. Engelmann. Leipzig. 1. Lieferung.

E. Gierke. Taschenbuch der Pathologischen Anatomie. I. Teil. 1910. Klinkhardt. Leipzig.

E. Gierke. Taschenbuch der Pathologischen Anatomie. II. Specieller Teil. 1910. Klinkhardt. Leipzig.

K. Mendel. Die Paralysis agitans. 1910. Karger. Berlin.

H. Boas. Die Wassermannsche Reaction mit besonderer Berücksichtigung ihrer klinischen Verwertbarkeit. 1910. Karger. Berlin.

H. Stelzner. Die psychopathischen Constitutionen und ihre sociologische Bedeutung. 1910. Karger. Berlin.

E. Kindborg. Theorie und Praxis der inneren Medicin. I. Band. 1910. Karger. Berlin.

W. Stoeltzner. Oxypathie. 1910. Karger Berlin.

L. Bregman. Diagnostik der Nervenkrankheiten. 1910. Karger. Berlin.

S. Seligmann. Die mikroskopischen Untersuchungsmethoden des Auges. 1910. Karger. Berlin.

W. Pfitzner. Leitfaden für Situs-Uebungen an der Leiche. 1910. Deuticke. Leipzig und Wien.

O. Pfister. Die Frömmigkeit des Grafen Ludwig v. Zinzendorf. 1910. Deuticke. Leipzig und Wien.

E. Steinach. Geschlechtstrieb und echt secundäre Geschlechtsmerkmale als Folge der innersecretorischen Function der Keimdrüsen. 1910. Deuticke. Leipzig und Wien.

S. Freud. Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre 1893—1906. Deuticke. 1910. Leipzig und Wien.

K. Dehio. Klinische und poliklinische Recepte und Verordnungen. 1910. C. Glück. Dorpat.

Th. Brugsch. Diätetik innerer Erkrankungen zum praktischen Gebrauch für Aerzte und Studierende. 1911. Springer. Berlin. Preis Mk. 4.80.

A. Samojloff. Weitere Beiträge zur Elektrophysiologie des Herzens. 1910. Hager. Bonn.

A. Samojloff. Ueber die Actionsstromcurve des quergestreiften Muskels bei zwei rasch aufeinander folgenden Reizen. 1910.

F. Kanngiesser. Vergiftungen durch Pflanzen und Pflanzenstoffe. 1910. Fischer. Jena.

A. Samojloff. Praktische Notizen zur Handhabung des Saitengalvanometers und zur photographischen Registration seiner Ausschläge. 1910.

Отчетъ о состоянiи народнаго здравiя и организацiи врачебной помощи въ Россiи за 1908 годъ. 1910. СПБ. Изданiе Управленiя Главнаго Врачебнаго Инспектора М. В. Д.

Pharmazeutische Producte der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer u. Co. Ergänzungsband. 2. Jahresbericht 1906—1908.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das **Jahr**, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 2 mal gespaltene Zeile in Petit beträgt auf der ersten und letzten Seite des Umschlags sowie auch auf den Seiten vor und nach dem Text 30 Cop. oder 65 Pfen. pro Zeile, auf den übrigen Seiten 25 Cop. oder 55 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. F. Dörbeck** in St. Petersburg, Krjukow Kanal Nr. 4, zu richten. Sprechstunden: täglich von 6—7 Uhr abends. Telephon 490-18.

Abonnements-Aufträge sowie alle **Inserate** sind an die Verlagsbuchhandlung, Buch- & Steindruckerei von **A. Wienecke**, Jekateringofskij Prosp. 15, zu richten. Teleph. 19-50.

№ 51. St. Petersburg, den 18. (31.) December 1910. **XXXV. JAHRGANG.**

Verein St. Petersburger Aerzte.

Das zum 50-jährigen Jubiläum des Vereins herausgegebene

BIOGRAPHISCHE ALBUM

ist zum Preise von 1 Rbl. (für Mitglieder unentgeltlich) beim geschäftsführenden Secretär, Dr. Ucke (Никольская площадь, 6) zu erhalten.

Etwaige Ergänzungen und Berichtigungen der im Album enthaltenen biographischen Daten werden an die Adresse von Dr. Blessig (Моховая, 38) erbeten.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.)

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.



Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als atmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtatmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urteil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen, und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab, und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (1) 76—76.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

ESTORAL (Borsäure-Mentholester)

Einfach und angenehm zu verwendendes

SCHNUPFENMITTEL

in Pulverform. Bei **Rhinitis atrophica simplex** und **Rhinitis sicca** ärztlich erprobt.

Literatur:

- Prof. Dr. **O. Seifert:** Heilmittel-Revue, 1906, Nr. 2 und Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1907, No. 20.
- Dr. **F. Girardi:** Revista Internazionale di Clinica e Terapia, 1906, No. 7.
- Dr. **N. Spezia:** Gazzetta Medica Lombarda, 1907, No. 4.
- Dr. **F. Angelo:** Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1908, No. 5.
- Dr. **S. J. Dibailoff:** Praktitscheskij Wratsch, 1908, No. 19.
- Dr. **Peters:** Fortschritte der Medicin, 1908, No. 36.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten zur Verfügung. (41) 2—2.

Ich praktiziere wieder in Sanremo (Italien)

Dr. POHL, dirig. Arzt des Kaiser-Friedrichkrankenhauses in Sanremo, im Sommer in Bad Reinerz in Schlesien.

(152) 6—4. (Zà 4202 g.)

Dr. Emmerich's Sanatorium B.-Baden Gegr. 1890

für Nerven-, Morphium- etc. Alkohol-Kranke.

Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. Alkohol-Entwöhn. n. erpr. Verfahr. Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Jekateringofskij Pr. № 15.